

TESIS

**EFEK PROGRAM MODIFIKASI *ADVANCE CARE PLANNING* TERHADAP
SIKAP LANSIA TENTANG PEMILIHAN PERAWATAN AKHIR HAYAT
DI PANTI TRESNA WREDHA HARGO DEDALI, SURABAYA**



Oleh:

RISTA FAUZININGTYAS
131214153010

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

TESIS

EFEK PROGRAM MODIFIKASI ADVANCE CARE PLANNING TERHADAP
SIKAP LANSIA TENTANG PEMILIHAN PERAWATAN AKHIR HAYAT
DI PANTI TRISNA WREHDA HARJO DEBALL, SURABAYA



Oleh:

RISTA FAUZININGTYAS
131214123010

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014

**EFEK PROGRAM MODIFIKASI *ADVANCE CARE PLANNING* TERHADAP
SIKAP LANSIA TENTANG PEMILIHAN PERAWATAN AKHIR HAYAT
DI PANTI TRESNA WREDHA HARGO DEDALI, SURABAYA**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga

Oleh :

**RISTA FAUZININGTYAS
131214153010**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2014

ii

REKAMEN PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
TAYAN MERKA MATAWARASU HAKIKATIS OPLATMET AIRMAJ TAMB
DI FAKULTAS TEKNIK SIPIL DAN PERENCANAAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA
Untuk Menanggapi Calon Penerima Calon Mahasiswa (P.M.)
Efek Program Studi Magister Perencanaan Wilayah dan Kota
Universitas Airlangga

Disusun oleh

RISTA FAUZININGTYAS
121110010

PROGRAM STUDI PERENCANAAN WILAYAH DAN KOTA
FAKULTAS TEKNIK SIPIL DAN PERENCANAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Rista Fauziningtyas

NIM : 131214153010

Tanda Tangan :



Tanggal : 10 Juni 2014

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rista Fauziningtyas
NIM : 131214153010
Program Studi : Magister Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**EFEK PROGRAM MODIFIKASI *ADVANCE CARE PLANNING* TERHADAP
SIKAP LANSIA TENTANG PEMILIHAN PERAWATAN AKHIR HAYAT
DI PANTI TRESNA WREDHA HARGO DEDALI, SURABAYA**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 10 Juni 2013
Yang menyatakan



Rista Fauziningtyas

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

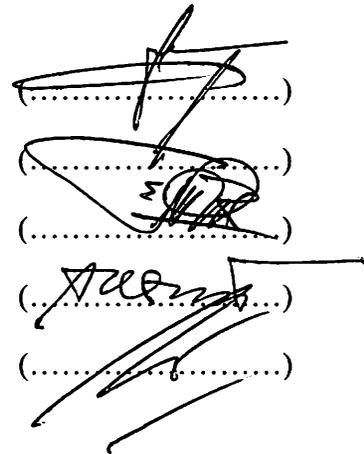
Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Rista Fauziningtyas
NIM : 131214153010
Program Studi : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Judul : Efek Program Modifikasi *Advance Care Planning* terhadap Sikap Lansia Tentang Pemilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat Di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya

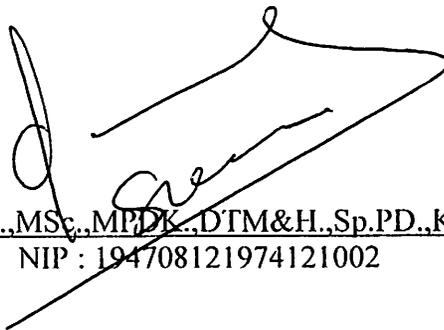
Tesis ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal : 02 Juni 2014

Panitia penguji :

1. Ketua Penguji : Prof.Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
2. Penguji Anggota : Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr. MS.
3. Penguji Anggota : Joni Haryanto, S.Kp.,M Si.
4. Penguji Anggota : Prof. Dr. Ida Bagus Wirawan, SU. M.Si.
5. Penguji Anggota : Dr. Windhu Purnomo, dr., MS.



Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Keperawatan UNAIR



Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,MPDK.,DTM&H.,Sp.PD.,K-PTL.,FINASIM
NIP : 194708121974121002

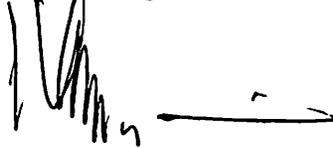
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**EFEK PROGRAM MODIFIKASI *ADVANCE CARE PLANNING* TERHADAP
SIKAP LANSIA TENTANG PEMILIHAN PERAWATAN AKHIR HAYAT
DI PANTI TRESNA WREDHA HARGO DEDALI, SURABAYA**

Rista Fauziningtyas
NIM. 131214153010

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, Juni 2014

Oleh:
Pembimbing I



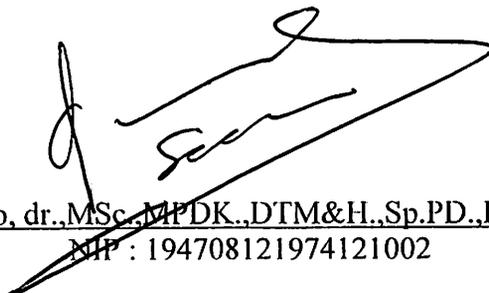
Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr. MS.
NIP : 194806021981031002

Pembimbing II



Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP: 196306081991031002

Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Keperawatan UNAIR



Prof. Dr. Suharto, dr., MSc., M.PDK., DTM&H., Sp.PD., K-PTI., FINASIM
NIP : 194708121974121002

RINGKASAN

Demensia dan gangguan fungsi kognitif menyebabkan lansia merasa tidak berdaya pada saat menghadapi akhir hayat (WHO, 2011). Solusi untuk meminimalkan ketidakberdayaan pada lansia adalah menambahkan *Advance Care Planning* sebagai program perawatan lansia di Eropa, Amerika Serikat, Australia dan New Zealand (Vollandes, A. et al., 2009). Berdasarkan *Global Burden of Disease* (WHO, 2004), lansia dengan demensia akan berjumlah 11,2% dan akan memberikan tambahan jumlah pasien stroke sebanyak 9,5%, gangguan muskuloskeletal 8,9%, kanker 2,4 % dan penyakit kardiovaskuler 5,0%. Studi pendahuluan yang dilakukan di Panti Wredha didapatkan penderita Demensia berjumlah 15 orang dari 40 orang. Berdasarkan data awal yang telah diambil dari 3 orang lansia pada tanggal 14 Februari 2014 menyatakan ketiga lansia belum pernah melakukan pemilihan, berkonsultasi dengan dokter dan perawat maupun berdiskusi dengan keluarga mengenai perawatan akhir hayat. Perbedaan kebudayaan dan pendidikan lansia di Indonesia dengan negara yang telah menerapkan ACP perlu mendapatkan perhatian khusus. Oleh karena itu, penambahan media video dan *booklet* pada tahap 1 ACP perlu dilakukan untuk memperoleh tujuan yang diharapkan yaitu memperkuat sikap lansia tentang pemilihan perawatan akhir hayat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh modifikasi *Advance Care Planning*(ACP) tahap 1 dan 2 terhadap pemahaman, keyakinan diri, sikap dan pilihan perawatan kesehatan akhir hayat.

Advance Care Planning(ACP) adalah sebuah proses yang berfokus pada individu serta melibatkan individu, petugas kesehatan (dokter, perawat, psikolog dan sukarelawan) dan atau keluarga atau orang yang mengasuh. Kegiatan ini dilakukan untuk merencanakan perawatan kesehatan di masa depan dan menunjuk orang yang bertanggung jawab atas diri individu (Ministry-Health-New-Zealand, 2011). Pemahaman adalah hasil pengolahan pengetahuan (tahu) secara lebih lanjut yang diperoleh melalui proses penginderaan. Keyakinan diri adalah keyakinan seseorang mengenai kemampuan diri dalam melakukan aktivitas tertentu dalam suatu waktu tertentu. Sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup (Notoatmodjo, 2010) Perawatan kesehatan akhir hayat meliputi (1) Harapan, ketakutan dan hal yang berharga bagi lansia (2) Perawatan medis yang dipilih lansia (3) Orang yang bertanggung jawab pada lansia (4)Tempat perawatan akhir hayat (5) Tempat dan cara pemakaman.

Penelitian ini merupakan penelitian *Experimental* dengan metode *randomized control group pretest posttest design*. Jumlah sampel 19 lansia yang dipilih berdasarkan kriteria sampel. Variabel independen adalah modifikasi ACP tahap 1 dan 2; variabel dependen dalam penelitian adalah pemahaman, keyakinan diri, sikap dan pilihan perawatan akhir hayat. Instrumen pada penelitian ini adalah kuisisioner pemahaman, kuisisioner keyakinan diri, kuisisioner sikap dan lembar pilihan perawatan akhir hayat. Analisa data dilakukan secara deskriptif dan uji *Wilcoxon*, *Mann-Whitney*, *Fisher exact test*, dan *Mc. Nemar*. Sampel yang telah ditentukan di bagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kelompok

perlakuan diberikan modifikasi ACP tahap 1 dan 2, sedangkan kelompok kontrol diberikan *booklet*. Penelitian diawali dengan *pre test* pada kedua kelompok. *Pre test* yang dilakukan untuk mengetahui pemahaman, keyakinan diri dan sikap lansia sebelum perlakuan diberikan. Program modifikasi ACP tahap 1 dan 2 ini dilakukan 4 sesi selama 2 minggu, dengan rincian 2 sesi tahap 1 dan 2 sesi tahap 2. Tahap 1 adalah tahap pengenalan. Sesi pertama tahap 1 dilakukan pemberian informasi melalui ceramah, video dan *booklet*. Materi yang diberikan pada sesi ini adalah proses penuaan dan demensia. Sesi kedua pemberian informasi dilakukan dengan metode dan media yang sama dengan sesi pertama, namun materi yang diberikan mengenai "*Advance Care Planning*". Tahap kedua adalah tahap diskusi, diskusi pertama dilakukan secara berkelompok dengan contoh kasus. Diskusi kedua dilakukan secara perorangan, materi diskusi mengenai pilihan perawatan kesehatan akhir hayat klien. *Post test* dilakukan dalam kurun waktu 1 minggu setelah program selesai dijalankan, baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

Berdasarkan uji *Wilcoxon* yang dilakukan untuk menguji efek ACP terhadap pemahaman dan keyakinan diri pada kelompok perlakuan didapatkan nilai kedua $p < 0,050$ (pemahaman: $p = 0,002$; keyakinan diri: $p = 0,003$), berarti modifikasi ACP menyebabkan perubahan pada pemahaman dan keyakinan diri lansia. Uji *Mc. Nemar* dilakukan untuk mengetahui efek ACP terhadap sikap lansia. Hasil yang didapatkan pada uji ini adalah $p = 0,031$ ($p > 0,050$), berarti modifikasi ACP memberikan efek pada sikap lansia. Temuan lain pada penelitian ini adalah hanya 30% lansia yang telah memilih dengan lengkap perawatan kesehatan akhir hayat, sedangkan sisanya belum lengkap memilih perawatan kesehatan akhir hayat,

Kesimpulan penelitian adalah intervensi modifikasi ACP dapat meningkatkan pemahaman, keyakinan diri dan sikap lansia mengenai pemilihan perawatan akhir hayat, namun peningkatan tersebut tidak disertai dengan lansia yang memilih perawatan kesehatan akhir hayat dengan lengkap. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan dengan mengikutkan keluarga dalam proses ACP. Keikutsertaan keluarga dalam ACP tahap 2 diharapkan dapat membantu lansia dalam memilih perawatan kesehatannya secara lengkap.

SUMMARY

Dementia and cognitif function disorder cause the older people to be powerless when they are facing their death (WHO, 2011). The solution to minimize this powerless condition in the older people is to add Advance Care Planning (ACP) in the older people caring program in Europe, United States, Australia and New Zealand (Vollandes, A., et al, 2009). Based on Global Burden Disease (WHO, 2004), the older people with dementia will increase by 11.2% and causes the increasing of the amount of patient with stroke 9.5%, musculoskeletal disorder 8.9%, cancer 2.4% and cardiovascular disease 5.0%. From the preliminary study that carried out in Nursing Home for the elderly, founded that 15 people from 40 people suffered dementia. From the early data that taken from 3 older people in February 14th 2014, showed that all of them were never taking a programme of selection, consultation and discussion about their end of life caring programme with physician or nurse. The difference of culture and education of the older people in Indonesia with various country which are already applied the ACP needs a special attention. Therefore, video and booklet media addition on first step of ACP is required to get the expected goal of improving the older people's behaviour about selection of end of life caring. The objective of this study is to know about the influence of modification of 1st and 2nd step of Advance Care Planning (ACP) on understanding, self efficacy, behaviour and selection of end of life caring.

Advance Care Planning (ACP) is a process focussing on individual and also involving the individual, medical officer (physician, nurse, psychologist and medical volunteer) and/or family and caretaker. This activity is held to plan the future caring for the client and choose a person who will take the responsibility about health status for that client (Ministry of Health, New Zealand, 2011). The understanding is the result of knowledge (know) processing furtherly that obtained from sensing process. Self efficacy is a certainty about his ability in performing an activity in a certain time. Behaviour is not an action (open reaction) or activity, however, it is a manner predisposition (action) or a closed reaction (Notoatmodjo, 2010). End of life caring include (1) Expectation, fearness and valuable thing for the older people, (2) Medical caring chosen by the older people, (3) Person who take the responsibility for the older people, (4) Place to held the end of life caring and (5) Place and procedure of burial.

This study is an Experimental study with randomized control group pretest posttest design. Sample amount is 19 older people that is chosen from sample criteria. Independent variable is modification of 1st and 2nd step of ACP; dependent variable are understanding, self efficacy, behaviour, and selection of end of life

caring. Instruments in this study are questioner of understanding, questioner of self efficacy, questioner of behaviour and end of life caring selection sheet. Data analysis carried out descriptively with Wilcoxon test, Mann-Whitney test, Fisher Exact test and Mc. Nemar test. Selected sample divided into 2 group, that are treatment group and control group. Treatment group get modification of 1st and 2nd step of ACP, and the control group only get a booklet. The study began by a pretest in both groups. Pretest is carried out to know about understanding, self efficacy and behaviour before treatment. Modification of 1st and 2nd step ACP programme is carried out in 4 sessions in 2 weeks, the details are 2 sessions for the 1st step and 2 sessions for 2nd step. 1st step is introducing step. In first session of 1st step, the older peoples got an information from a lecture, video and booklet. The substance in this session was aging process and dementia. In second session, information was given by the same media, but the substance was about "Advance Care Planning". 2nd step were discussion session. First discussion carried out clusterly with a case example. The second session held individually. The substance of second discussion was client's end of life caring selection. Posttest carried out in a week after the programme is totally done in both groups.

Based on Wilcoxon test that carried out to test the ACP effect on the understanding and self efficacy in treatment group, it is obtained both $p < 0.050$ (understanding $p = 0.002$; self efficacy $p = 0.003$), it means that ACP modification caused a changing in understanding and self efficacy of the older people. Mc Nemar test is carried out to know about ACP effect on the older people's behaviour. The result is $p = 0.031$ ($p > 0.050$), it means that ACP modification give an effect to the older people's behaviour. Another finding in this study is only 30% of the older peoples are already choosed end of life caring completely, and the other still choose the end of life caring uncompletely.

The conclusion of this study is intervention of ACP modification can improve the understanding, self efficacy and behaviour of the older peoples about selection of end of life caring programme, however, the improvement does not accompanied with the ability of the older people to choose the end of life caring programme completely. Further study is still needed to do by involving family in ACP programme. Family involvement in ACP 2nd step is expected to help the older people to choose their health caring completely.

ABSTRAK

EFEK PROGRAM MODIFIKASI *ADVANCE CARE PLANNING* TERHADAP SIKAP LANSIA TENTANG PEMILIHAN PERAWATAN AKHIR HAYAT PANTI TRESNA WREDHA HARGO DEDALI, SURABAYA

RISTA FAUZININGTYAS

Pendahuluan: Lansia yang berdaya dan bermartabat dapat tercapai jika lansia bisa memilih perawatan akhir hayat. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui efek modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) tahap 1 dan 2 terhadap pemahaman, keyakinan diri dan sikap lansia mengenai pemilihan perawatan akhir hayat. Modifikasi yang dilakukan dalam ACP ini adalah pemberian informasi melalui video dan *booklet*. **Metode:** Metode penelitian ini adalah *randomized control group pretest posttest design*. Jumlah sampel 19 lansia yang dibagi menjadi kelompok kontrol dan perlakuan. Variabel independen adalah modifikasi ACP tahap 1 dan 2; variabel dependen adalah pemahaman, keyakinan diri, sikap dan pilihan perawatan akhir hayat. Instrumen yang digunakan adalah kuisioner pemahaman, keyakinan diri, sikap dan lembar pilihan perawatan akhir hayat. Analisa data dilakukan secara deskriptif dan uji *Wilcoxon*, *Mann-Whitney*, *fisher exact test*, dan *Mc. Nemar*. **Hasil:** Berdasarkan uji *Wilcoxon* didapatkan nilai p untuk pemahaman dan keyakinan diri kelompok perlakuan adalah $p > 0,050$ (pemahaman: $p = 0,002$; keyakinan diri: $p = 0,003$), berarti modifikasi ACP meningkatkan pemahaman dan keyakinan diri. Hasil uji *Mc Nemar* didapatkan nilai $p = 0,031$ ($p > 0,050$), berarti modifikasi ACP memberikan efek pada sikap lansia. Temuan lain pada penelitian ini hanya 30% lansia yang telah memilih perawatan akhir hayat dengan lengkap. **Diskusi:** Intervensi modifikasi ACP dapat meningkatkan pemahaman, keyakinan diri dan sikap lansia mengenai pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat, namun peningkatan tersebut belum disertai pemilihan perawatan akhir hayat secara lengkap. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan dengan mengikutkan keluarga dalam proses ACP.

Kata Kunci: Modifikasi ACP, Pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat, Sikap, Pemahaman, Keyakinan diri

ABSTRACT

**THE EFFECT OF MODIFICATION ADVANCE CARE PLANING
PROGRAMME ON THE BEHAVIOUR OF THE OLDER PEOPLE IN THE
SELECTION OF END OF LIFE CARING IN PANTI TRESNA WREDHA
HARGO DEDALI, SURABAYA**

Introduction : The expendent and prestigious older people will be achieved if the older people could choose the end of life caring. The objective of this study is to know about the influence of modification of 1st and 2nd step Advance Care Planning (ACP) on the understanding, self efficacy and behaviour of the older people about end of life caring selection. The modification of ACP was giving information by video and booklet media. **Methods :** The method of this study was randomized control group pretest posttest design. The amount of sample is 19 older people that were divided into control group and treatment group. The independent variable was modification of 1st and 2nd step ACP; the dependent variable were understanding, self efficacy, behaviour, and end of life caring selection. The instrument are questioner of understanding, questioner of self efficacy, questioner of behaviour, and end of life caring selection sheet. Data analysis was carried out descriptively with Wilcoxon, Mann-Whitney, Mc. Nemar an fisher exact test. **Results :** Based on Wilcoxon, found that $p > 0.050$ for understanding and self efficacy in the treatment group (understanding, $p = 0.002$; self efficacy, $p = 0.003$), it means the modification of ACP caused improvement on the understanding and self efficacy. From Mc. Nemar test, found that the $p = 0.031$ ($p > 0.050$), it means that the modification of ACP had an effect to the older people's behaviour. Another finding in this study was only 30% of the older people choosed the end of life caring completely. **Discussions :** The intervention of ACP modification could improve the understanding, self confidence and behaviour of the older people about end of life caring selection, but the improvement was not accompanied with the ability to choose end of life caring competely. Another research was needed to be carried out by involving the older people family in ACP.

Keywords : Modification of ACP, End of life caring selection, behaviour, understanding, self efficacy

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT, Tuhan yang Maha kuasa, pencipta langit, bumi dan segala isinya. Hanya dengan petunjuk dan karunia Allah serta atas rahmat dan ridho-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Efek Program Modifikasi *Advance Care Planning* terhadap Sikap Lansia Tentang Pemilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat Di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya”.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya ucapkan kepada yang terhormat Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr. MS., selaku pembimbing pertama dan Joni Haryanto, S.Kp., M.Si., selaku pembimbing kedua, yang dengan penuh perhatian, dan kesabaran selalu meluangkan waktu, memberikan pengarahan dan dorongan dalam penulisan tesis ini.

Penulis dapat menyelesaikan tesis ini, juga tidak terlepas dari bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, maka perkenankan saya dengan hati yang tulus ikhlas menyampaikan ucapan terima kasih tak terhingga kepada:

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
2. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan arahan, kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Mira Triharini, SKp, M.Kep., selaku Wadep I, Yuni Sufyanti Arief, SKp., M.Kes., selaku Wadep II, dan Yulis Setiya Dewi, S.Kep.Ns., M.Ng., selaku Wadep III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah memfasilitasi kelancaran perkuliahan Program Studi Magister Keperawatan.
4. Prof. Dr. Suharto, dr., MSc., MPDK., DTM&H., Sp.PD., K-PTI., FINASIM., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
5. Seluruh Pengajar Program Studi Magister keperawatan, yang telah mentransfer ilmu pengetahuannya melalui kegiatan perkuliahan dan praktika.
6. Seluruh pengelola dan penghuni Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya.
7. Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Angkatan V yang selalu kompak dan saling mendukung, saling mendoakan baik dalam perkuliahan maupun dalam penyelesaian penulisan proposal ini.
8. Bapak dan ibu yang selalu memberikan doa dan nasehat sepanjang hidup.
9. Suamiku yang selalu memberikan dukungan, doa, dan kasih sayang untukku. Terimakasih karena selalu membantu dan menguatkan ketika saya hampir menyerah.
10. Fahri, anakku tercinta, yang memberikan kekuatan untuk ibu agar selalu tersenyum
11. Seluruh sahabatku dimanapun kalian berada.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan proposal ini. Penulis menyadari bahwa proposal ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saran dan kritik sangat diharapkan demi kesempurnaan tulisan ini.

Surabaya, Juni 2014

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	iv
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	iv
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS	v
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
KATA PENGANTAR	xiii
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
DAFTAR SINGKATAN	xxii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
1.5 Riset Pendukung	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Proses Penuaan	11
2.1.1 Teori proses menua.....	11
2.1.2 Penurunan kognitif pada lansia	12
2.2 Konsep Lansia	13
2.3 Konsep Demensia.....	13
2.3.1 Pengertian demensia	13
2.3.2 Penyebab demensia	14
2.3.3 Tanda dan gejala demensia.....	15
2.3.4 Penatalaksanaan demensia.....	16
2.4 Konsep <i>Advance Care Planning</i>	17
2.4.1 Definisi <i>Advance Care Planning</i>	17
2.4.2 Tujuan <i>Advance Care Planning</i>	18
2.4.3 Pelaksanaan dan tahapan <i>Advance Care Planning</i>	18
2.4.4 Hambatan pelaksanaan <i>Advance Care Planning</i>	21
2.4.5 Materi tahap 1 dan 2 <i>Advance Care Planning</i>	21
2.5 Konsep Pemahaman	27

2.5.1	Definisi pemahaman.....	27
2.5.2	Kedudukan pemahaman di dalam domain kognitif.....	27
2.5.3	Cara memperoleh pengetahuan	28
2.5.4	Berbagai faktor yang mempengaruhi pengetahuan	29
2.6	Konsep Sikap.....	30
2.6.1	Definisi sikap.....	30
2.6.2	Berbagai komponen sikap	31
2.6.3	Pengukuran sikap.....	31
2.7	Konsep Keyakinan Diri (<i>Self Efficacy</i>)	32
2.7.1	Pengertian keyakinan diri (<i>self efficacy</i>)	32
2.7.2	Keyakinan diri (<i>Self efficacy</i>) pada lansia	32
2.7.3	Dimensi <i>self efficacy</i>	33
2.7.4	Berbagai faktor <i>self efficacy</i>	34
2.7.5	Pengaruh <i>self efficacy</i> terhadap proses dalam diri manusia	35
2.7.6	Pengukuran <i>self efficacy</i>	37
2.8	Konsep Akhir Hayat	37
2.8.1	Definisi akhir hayat	37
2.8.2	Komponen akhir hayat	38
2.8.3	Transisi menuju akhir hayat	38
2.9	Konsep Stres Persepsi.....	39
2.9.1	Definisi persepsi	39
2.9.2	Proses persepsi.....	40
2.9.3	Pembagian persepsi	42
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	44
3.1	Kerangka Konseptual	44
3.2	Hipotesis Penelitian.....	46
BAB 4	METODE PENELITIAN.....	47
4.1	Desain Penelitian.....	47
4.2	Populasi dan Sampel.....	48
4.2.1	Populasi	48
4.2.2	Sampel	48
4.2.3	Tehnil pengambilan sampel dan besar sampel	49
4.3	Kerangka Penelitian.....	50
4.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	51
4.4.1	Variabel bebas (<i>independent</i>)	51
4.4.2	Variabel tergantung (<i>dependent</i>)	51
4.4.3	Definisi operasional.....	51
4.5	Alat dan Bahan Penelitian	53
4.6	Instrumen Penelitian.....	54
4.6.1	Instrumen penelitian	54
4.6.2	Uji coba instrumen	55
4.7	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	59
4.8	Prosedur Pengumpulan Data	59
4.9	Pengolahan dan Analisa Data.....	61
4.9.1	Pengolahan data.....	61

4.9.2 Analisa data	62
4.10 Etika Penelitian.....	63
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS.....	64
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	64
5.2 Karakteristik Responden	65
5.2.1 Usia.....	65
5.2.2 Pendidikan	66
5.2.3 Hasil Pemeriksaan MMSE	66
5.2.4 Status Pernikahan	67
5.2.5 Agama.....	67
5.3 Data Variabel Penelitian.....	69
5.3.1 Pemahaman.....	69
5.3.2 Keyakinan Diri (<i>Self Efficacy</i>).....	71
5.3.3 Sikap	73
5.3.4 Efek modifikasi <i>Advance Care Planning</i> (ACP) terhadap pemahaman.....	76
5.3.5 Efek modifikasi <i>Advance Care Planning</i> terhadap keyakinan diri	77
5.3.6 Efek modifikasi <i>Advance Care Planning</i> (ACP) terhadap sikap	78
5.4 Pilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat.....	79
5.4.1 Orang yang bertanggung jawab.....	79
5.4.2 Harapan dan ketakutan	79
5.4.3 Hal yang berharga.....	80
5.4.4 Perawatan medis.....	80
5.4.5 Tempat perawatan akhir hayat.....	81
5.4.6 Tempat pemakaman.....	82
5.4.7 Cara pemakaman	82
BAB 6 PEMBAHASAN	84
6.1 EfekIntervensi Modifikasi <i>Advance Care Planning</i> (ACP) terhadap Pemahaman Lansia Mengenai Pilihan Perawatan Akhir Hayat.....	84
6.2 EfekIntervensi Modifikasi <i>Advance Care Planning</i> (ACP) terhadap Keyakinan Diri Lansia Mengenai Pilihan Perawatan Akhir Hayat.....	86
6.3 EfekIntervensi Modifikasi <i>Advance Care Planning</i> (ACP) terhadap Sikap Lansia Mengenai Pilihan Perawatan Akhir Hayat	88
6.4 Pilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat.....	89
6.5 Keterbatasan Penelitian	92
BAB 7 PENUTUP	94
7.1 Kesimpulan.....	94
7.2 Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA	96
Lampiran.....	99

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Berbagai Sumber dan Metode Induksi <i>Self Efficacy</i>	36
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian.....	44
Gambar 4.1	Kerangka Penelitian.....	50

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Daftar Riset <i>Advance Care Planning</i>	7
Tabel 2.1	Skrining FAST, MMSE, Gejala Klinis dan Lama Waktu Menjadi Demensia Lanjut.....	17
Tabel 4.1	Definisi Operasional Variabel.....	51
Tabel 4.2	Tabel Uji Validitas Pemahaman.....	56
Tabel 4.3	Tabel Uji Reliabilitas Pemahaman.....	57
Tabel 4.4	Tabel Uji Validitas Keyakinan Diri.....	57
Tabel 4.5	Tabel Uji Reliabilitas Keyakinan Diri.....	57
Tabel 4.6	Tabel Uji Validitas Sikap.....	58
Tabel 4.7	Tabel Uji Reliabilitas Sikap.....	58
Tabel 4.8	Jadwal Penelitian.....	59
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	65
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan.....	66
Tabel 5.3	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan MMSE.....	66
Tabel 5.4	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan.....	67
Tabel 5.5	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Agama.....	67
Tabel 5.6	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Suku.....	68
Tabel 5.7	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Masuk Panti.....	68
Tabel 5.8	Distribusi Pemahaman Responden Sebelum (<i>pre test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	69
Tabel 5.9	Distribusi Jawaban Responden Tiap Item Kuisiner Pemahaman Sebelum (<i>pre test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	69
Tabel 5.10	Distribusi Pemahaman Responden Sesudah (<i>post test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	70
Tabel 5.11	Distribusi Jawaban Responden Tiap Item Kuisiner Pemahaman Setelah (<i>post test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	70
Tabel 5.12	Distribusi Keyakinan Diri Responden Sebelum (<i>pre test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	71
Tabel 5.13	Distribusi Jawaban Responden Tiap Item Kuisiner Keyakinan Diri Sebelum (<i>pre test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	72
Tabel 5.14	Distribusi Keyakinan Diri Responden Sesudah (<i>post test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	72
Tabel 5.15	Distribusi Jawaban Responden Tiap Item Kuisiner Keyakinan Diri Setelah (<i>post test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	73
Tabel 5.16	Distribusi Sikap Responden Sebelum (<i>pre test</i>) Diberikan	

	Intervensi Modifikasi ACP.....	73
Tabel 5.17	Distribusi Jawaban Responden Tiap Item Kuisisioner Sikap Sebelum (<i>pre test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	74
Tabel 5.18	Distribusi Sikap Responden Sesudah (<i>post test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	75
Tabel 5.19	Distribusi Jawaban Responden Tiap Item Kuisisioner Sikap Setelah (<i>post test</i>) Diberikan Intervensi Modifikasi ACP.....	75
Tabel 5.20	Tabulasi Silang <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Pemahaman Responden Kelompok Kontrol	76
Tabel 5.21	Tabulasi Silang <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Pemahaman Responden Kelompok Perlakuan.....	76
Tabel 5.22	Tabulasi Silang <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Keyakinan Diri Responden Kelompok Kontrol	77
Tabel 5.23	Tabulasi Silang <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Keyakinan Diri Responden Kelompok Perlakuan.....	77
Tabel 5.24	Tabulasi Silang <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Sikap Responden Kelompok Kontrol	78
Tabel 5.25	Tabulasi Silang <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Sikap Responden Kelompok Perlakuan.....	78

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Permohonan Responden.....	99
Lampiran 2	Lembar <i>Informed Consent</i>	104
Lampiran 3	Skrining Fungsi Kognitif Lansia.....	106
Lampiran 4	Kuisisioner Pemahaman.....	108
Lampiran 5	Kuisisioner <i>Self Efficacy</i>	109
Lampiran 6	Kuisisioner Sikap Pilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat..	110
Lampiran 7	Lembar Pilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat.....	111
Lampiran 8	SAK dan Materi.....	114
Lampiran 9	Rekapitulasi Data.....	126
Lampiran 10	Hasil Diskusi.....	127
Lampiran 11	Hasil Uji Statistik.....	133
Lampiran 12	Jawaban Tiap Item Pertanyaan	143
Lampiran 13	Surat Izin Penelitian	144
Lampiran 14	<i>Booklet & Foto Kegiatan</i>	151

DAFTAR SINGKATAN

ACP	= <i>Advance Care Planning</i>
FAST	= <i>Functional Assesment Staging Tool</i>
MMSE	= <i>Mini Mental State Examination</i>
MCI	= <i>Mild Cognitive Impairment</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>
PFC	= <i>Pre Frontal Cortex</i>
NIH	= <i>National Institutes of Health</i>
SAK	= Satuan Acara Kegiatan
AD	= <i>Advance Dementia</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan perbaikan fasilitas kesehatan dan perekonomian di Indonesia terlihat dari peningkatan taraf hidup dan Umur Harapan Hidup (UHH) (Kemenkes-RI, 2013). Seiring dengan peningkatan umur harapan hidup, jumlah penduduk lansia juga meningkat. Peningkatan jumlah penduduk lansia berakibat pada kemunculan penyakit yang berkaitan dengan proses penuaan, antara lain penurunan kognitif dan demensia (WHO, 2003). Demensia tahap lanjut mengakibatkan lansia kehilangan fungsi kognitif secara drastis sehingga lansia tidak mampu untuk melakukan aktivitas setiap hari bahkan tidak mampu mengambil keputusan untuk diri sendiri. Lansia merasa tidak berdaya pada saat menghadapi akhir hayat (WHO, 2011). Sebagai solusi untuk meminimalkan ketidakberdayaan tersebut, *Advance Care Planning* diaplikasikan sebagai program perawatan lansia di Eropa, Amerika Serikat, Australia dan New Zealand. Fokus ACP adalah menghormati pilihan klien pada akhir hayat (Volandes, A. *et al.*, 2009). ACP berisi 5 tahapan yaitu pengenalan, diskusi, dokumentasi, *review*, dan penerapan. Tahap 1 berisi narasi mengenai pilihan akhir hayat dan penyakit klien. Tahap ini penting karena melandasi sikap lansia terhadap pemilihan perawatan akhir hayat (Lip, 2009). Penerapan ACP di Indonesia membutuhkan modifikasi karena berdasarkan hasil Susenas 2012 memperlihatkan pendidikan lansia di Indonesia masih rendah. Modifikasi ACP dilakukan dengan

menambahkan media video dan *booklet* pada tahap 1, sehingga dapat memperkuat sikap lansia terhadap pemilihan perawatan akhir hayat. Gambaran visual dapat meningkatkan komunikasi pada informasi kesehatan yang kompleks dan membantu dalam pengambilan keputusan akhir hayat (Deep, S. K., Hunter, A., Murphy, K. & Volandes, A., 2010; Volandes, A. et al., 2009). Sejauh ini efek program modifikasi ACP tahap 1 dan 2 terhadap sikap lansia tentang pemilihan perawatan akhir hayat masih belum dapat dibuktikan.

Berdasarkan WHO (2010) pada tahun 2000-2005 UHH adalah 66,4 tahun (populasi lansia tahun 2000 yaitu 7,74%), akan meningkat pada tahun 2045-2050 diperkirakan menjadi 77,6 tahun (populasi lansia tahun 2045 yaitu 28,68%). Laporan Badan Pusat Statistik (BPS) terjadi peningkatan UHH. Pada tahun 2000 UHH di Indonesia adalah 64,5 tahun (populasi lansia yaitu 7,18%). Angka ini meningkat menjadi 69,43 tahun pada tahun 2010 (populasi lansia yaitu 7,56%), pada tahun 2011 menjadi 69,65 tahun (dengan persentase populasi lansia yaitu 7,58%) dan Jawa Timur menduduki posisi kedua tertinggi jumlah lansia se-Indonesia dengan populasi lansia sebesar 10,40% (Kemenkes-RI, 2013). Diperkirakan jumlah penduduk lansia pada tahun 2020 akan meningkat 11,34% dari total penduduk tahun 2010 atau tercatat 28,8 juta orang, yang menyebabkan Indonesia menjadi negara dengan jumlah penduduk lansia terbesar di dunia (Anonim, 2011). Pertambahan jumlah lansia akan berdampak pada peningkatan angka demensia dan gangguan kognitif. Berdasarkan *Global Burden of Disease* (WHO, 2004), lansia dengan demensia akan berjumlah 11,2% dan akan memberikan tambahan jumlah pasien stroke sebanyak 9,5%, gangguan

muskuloskeletal 8,9%, kanker 2,4% dan penyakit kardiovaskuler 5,0%. Prevalensi Gangguan Kognitif Ringan (*Mild Cognitive Impairment*) pada lanjut usia nondemensia (>60 tahun) di Puskesmas Tebet dan Pasar Minggu, Jakarta ditemukan sebesar 89,6% (Sidhi, 2006). Di Panti Tresna Hargo Dedali penderita Demensia berjumlah 15 orang dari 40 orang penghuni panti. Para penghuni panti belum memiliki pilihan mengenai perawatan akhir hayat. Berdasarkan data awal yang telah diambil pada tanggal 14 Februari menunjukkan bahwa dari 3 orang lansia menyatakan belum pernah melakukan pemilihan, berkonsultasi baik dengan dokter dan perawat maupun berdiskusi dengan keluarga mengenai perawatan akhir hayat.

Penerapan program ACP untuk lansia terutama pada pasien demensia masih terbatas di Amerika Serikat, negara di Eropa, Australia dan New Zealand. Di Asia Tenggara baru Singapura yang menerapkan program ini. Ada beberapa hal yang menjadikan program ini masih belum banyak diterapkan di Asia, yaitu ada persepsi bahwa membicarakan kematian merupakan hal yang tabu dan orang yang membicarakan hal tersebut dianggap tidak sensitif dan tidak menghormati orang lain. Selain itu muncul kerancuan bahwa ACP mengarah pada *euthanasia*. Di negara Asia, *euthanasia* merupakan hal yang bertentangan dengan hukum (Lip, 2009; Robinson, L *et al.*, 2012). Robinson, L *et al.* (2012) menyatakan bahwa masih sedikit penjelasan mengenai mekanisme program ACP, pemilihan waktu untuk memulai program ACP dan peningkatan kemampuan klien untuk memilih perawatan akhir hayat. Riset yang sudah ada lebih berfokus pada hasil program ACP, yaitu mengenai pilihan medikasi, dan pembiayaan untuk perawatan akhir

hayat lansia. Perawatan lansia di panti wredha di Indonesia hanya meliputi pemenuhan kebutuhan dasar manusia (pemenuhan gizi dan tempat tinggal), perawatan kesehatan fisik dan mental, dan perbaikan sistem rujukan untuk lansia (Kemenkes-RI, 2013).

Perbedaan kebudayaan dan pendidikan lansia di Indonesia dengan berbagai negara yang telah menerapkan ACP perlu mendapatkan perhatian khusus. Oleh karena itu, penambahan media video dan *booklet* pada tahap 1 ACP perlu dilakukan untuk memperoleh tujuan yang diharapkan yaitu memperkuat sikap lansia tentang pemilihan perawatan akhir hayat. Informasi yang diterima melalui jaras pendengaran dan penglihatan akan diolah melalui proses berpikir sehingga muncul pemahaman mengenai pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat. Pemahaman tersebut diarahkan menjadi persepsi yang positif, sehingga menimbulkan keyakinan pada diri klien (*self efficacy*). *Self efficacy* berperan dalam pembentukan perilaku lansia melalui proses kognitif, motivasional, selektif dan afektif. Perilaku yang diukur dalam penelitian ini adalah perilaku tertutup yaitu sikap lansia tentang pemilihan perawatan akhir hayat.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah terdapat efek modifikasi *Advance Care Planning* tahap 1 dan 2 dalam meningkatkan pemahaman pada lansia di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya?

2. Apakah terdapat efek modifikasi *Advance Care Planning* tahap 1 dan 2 dalam membentuk *self efficacy* yang tinggi pada lansia di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya?
3. Apakah terdapat efek modifikasi *Advance Care Planning* Tahap 1 dan 2 dalam memunculkan sikap positif lansia tentang pemilihan perawatan akhir hayat pada lansia di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya ?
4. Bagaimana pilihan perawatan akhir hayat lansia di panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya setelah mengikuti program modifikasi ACP tahap 1 dan 2?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Membuktikan efek program modifikasi *Advance Care Planning* terhadap sikap lansia tentang pemilihan perawatan akhir hayat lansia.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Membuktikan efek modifikasi *Advance Care Planning* tahap 1 dan 2 dalam meningkatkan pemahaman pada lansia di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya.
2. Membuktikan efek modifikasi *Advance Care Planning* tahap 1 dan 2 dalam membentuk *self efficacy* yang tinggi pada lansia di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya.
3. Membuktikan efek modifikasi *Advance Care Planning* Tahap 1 dan 2 dalam memunculkan sikap positif lansia tentang pemilihan perawatan

perawatan akhir hayat pada lansia di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya.

4. Mengetahui pilihan perawatan akhir hayat lansia di panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya setelah mengikuti program modifikasi ACP tahap 1 dan 2

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian dapat memberikan informasi ilmiah tentang pengaruh program modifikasi *advance care planning* terhadap sikap lansia tentang pemilihan perawatan akhir hayat, peningkatan pemahaman dan *self efficacy* pasien lansia dalam menghadapi akhir hayat yang damai sehingga dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan khasanah ilmu keperawatan gerontik dengan memperkuat teori yang ada serta mengembangkan penelitian keperawatan dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan bagi lansia.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi penderita

Hasil penelitian ini dapat membantu lansia agar tetap produktif, sejahtera dan meningkatkan kualitas hidup lansia.

2. Bagi perawat

Program modifikasi ACP dapat digunakan sebagai intervensi mandiri keperawatan dalam menjalankan peran dan fungsi dalam melaksanakan asuhan keperawatan .

3. Bagi Panti Wredha

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar dalam menyusun perencanaan program perawatan paliatif pada pasien lansia.

1.5 Riset Pendukung

Advance Care Planning sebagai bagian perawatan kesehatan pada pasien lansia di Indonesia masih belum pernah dilakukan. Riset yang ditemukan oleh peneliti adalah hasil riset dari luar negeri, yaitu Australia, Amerika dan negara di Eropa. Berikut ini peneliti menyajikan hasil riset terdahulu mengenai *Advance Care Planning* di dalam sebuah tabel:

Tabel 1.1 Daftar Riset *Advance Care Planning*

NO	Judul Penelitian	Penulis & Tahun	Desain Penelitian	Populasi, Sample dan Sampling	Variabel Penelitian & Instrumen	Hasil Penelitian
1.	<i>Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomized controlled trial</i>	(Volandes, A. et al., 2009)	<i>Randomized Controlled Trial</i>	Sample: 200 orang usia ≥ 65 th Kelompok A/verbal (n=104) Kelompok B/video (n=96) Sampling: simple randomize sampling	Var. Independen: 1. ACP dengan metode penjelasan secara verbal 2. ACP dengan media video Var. Dependen: Pilihan mengenai perawatan kesehatan pada fase akhir hayat: (<i>life prolonging</i>)	Pada kelompok A/Verbal: partisipan yg memilih <i>comfort care</i> 64%, memilih <i>limited care</i> 19%, memilih <i>life prolonging care</i> 14%, dan 3% tidak tahu Pada Kelompok B/Video: partisipan yg memilih <i>comfort care</i> 86%, memilih <i>limited care</i> 9%, memilih <i>life prolonging</i>

NO	Judul Penelitian	Penulis & Tahun	Desain Penelitian	Populasi, Sampel dan Sampling	Variabel Penelitian & Instrumen	Hasil Penelitian
					<i>care, limited care, comfort care)</i>	<i>care 4% dan 1% tidak tahu.</i>
2.	<i>The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study</i>	(Abel, Julian et al., 2013)	<i>Retrospective cohort study</i>	Populasi: 969 pasien Sampel: 547 pasien yang mengikuti ACP dan Tidak mengikuti ACP 422 pasien Sampling: total sampling (tidak disebutkan eksplisit)	Var. Independen: Program ACP Var. Dependen: Pilihan tempat meninggal, lama rawat inap di RS, dan pembiayaan di RS	ACP dapat diterapkan sebagai program rutin dalam tata laksana hospice care. ACP berhubungan dengan penurunan lama tinggal pasien di RS dan mengurangi pembiayaan RS
3	<i>A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia</i>	(Robinson, L. et al., 2012)	<i>Systematic Review</i>	Empat penelitian dengan kriteria inklusi ACP, gangguan kognisi, dementia, nursing home setting	Var. Independen: pelaksanaan ACP Var. dependen: tidak spesifik 3 penelitian, 1 penelitian kepuasan pasien dan keluarga,	Hanya ada bukti yang terbatas mengenai efektivitas ACP terhadap pasien dg gangguan kognisi demensia.
4	<i>"It helps me see with my heart": How video informs patients' rationale for decisions about future care in advanced dementia</i>	(Deep, S. K., Hunter, A., Murphy, K. & Volandes, A., 2010)	<i>Thematic Content Analysis</i>	Populasi: Pasien usia ≥ 40 th. Sampel 120 pasien Kriteria eksklusi: Pasien yg tdk dapat berbicara bahasa Inggris/Prancis, pasien tampak tidak mampu mengambil	Var independen: ACP dengan video Var Dependen: Alasan klien dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatan	Alasan klien sebelum perlakuan mencerminkan keyakinan berkaitan dengan memperpanjang hidup dan pengobatan, setelah perlakuan alasan klien mencerminkan diri klien.

NO	Judul Penelitian	Penulis & Tahun	Desain Penelitian	Populasi, Sample dan Sampling	Variabel Penelitian & Instrumen	Hasil Penelitian
				keputusan sendiri, pasien memiliki hubungan dekat pasien demensia lanjut.		
5	<i>The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial</i>	(Detering, M.K., Hancock, D.A., Reade, C. M. & Silvester, W., 2010)	<i>Randomized Controlled Trial</i>	Populasi: lansia dan keluarga 871 orang Sample: lansia dan keluarga 309 dibagi menjadi 2 kelompok, perlakuan (n=154), kontrol (n=155) Kriteria eksklusi: pasien yang akan keluar RS atau meninggal, menolak berpartisipasi, tidak dapat berbahasa inggris, pernah mengikuti ACP Sampling: Acak	Var. Independen: ACP Var. Dependen: 1. Harapan akhir hayat pasien 2. Kepuasan Pasien dan Keluarg 3. Tingkat stres dan depresi keluarga	Pada penelitian ini diketahui bahwa sebanyak 154 kelompok kontrol harapan akhir hayat dihargai oleh tim medis dan keluarga. Pada pasien yang meninggal diketahui bahwa tingkat stres dan depresi yang dialami keluarga kelompok perlakuan lebih sedikit daripada kelompok kontrol (stres: P=0,02, depresi: P=0,002), dan tingkat kepuasan pasien dan keluarga lebih tinggi pada kelompok perlakuan.

Dari 5 penelitian mengenai penerapan program *Advance Care Planning* terdapat 3 penelitian yang merupakan penelitian eksperimental, dengan desain *Randomized Control Trials*. Penelitian yang dilakukan oleh Volandes dkk (2009) dan Deep, S.K., Hunter, A., Murphy, K. & Volandes, A. (2010) memodifikasi

tahap 1 ACP dengan menambahkan video. Hasil yang diukur pada kedua penelitian tersebut adalah perubahan pilihan perawatan akhir hayat pada kelompok ACP standar (tahap 1 hanya dengan narasi) dan kelompok ACP modifikasi (tahap 1 perkenalan dengan narasi dan video). Pada kelompok ACP modifikasi lebih mencerminkan pilihan yang diinginkan oleh klien dibandingkan dengan kelompok ACP standar (tanpa video).

Penelitian yang dilakukan oleh Detering, M.K., Hancock, D.A., Reade, C. M. & Silvester, W., (2010) merupakan penelitian yang mendasari peneliti dalam penelitian ini. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah ada modifikasi perlakuan ACP pada tahap 1. Penelitian ini menambahkan video yang diambil dari penelitian Volandes dkk (2009) dan Deep, S.K., Hunter, A., Murphy, K. & Volandes, A. (2010) dan *booklet* pada tahap 1 sebagai media untuk perkenalan penyakit dan program ACP. Modifikasi ini ditujukan untuk menjembatani perbedaan budaya dan pendidikan di Indonesia dengan negara lain. Variabel dependen pada penelitian ini berbeda dengan penelitian yang sebelumnya. Pada penelitian ini akan dilihat pemahaman, *self efficacy*, sikap lansia mengenai pemilihan perawatan akhir hayat dan pilihan perawatan akhir hayat lansia yang pada penelitian sebelumnya ketiga variabel (pemahaman, *self efficacy* dan sikap) belum diteliti.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Proses Penuaan

Penuaan merupakan proses alami yang memiliki arti bahwa seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan yaitu masa anak, masa dewasa dan masa tua. Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis maupun psikologis. Pada masa tua terjadi kemunduran baik secara fisik maupun psikis. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit yang mengendor, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan memburuk, gerakan lambat, kelainan berbagai fungsi organ vital, sensitivitas emosional meningkat dan kurang gairah (Nugroho, 2012).

Proses penuaan terdiri dari tiga fase, yaitu: fase pertumbuhan dan perkembangan, fase maturasi dan fase penurunan fisik, kognitif dan emosi. Pertambahan usia mengakibatkan perubahan yang menuntut lansia untuk tetap menyesuaikan diri dengan perubahan yang dialami. Apabila proses penyesuaian diri dengan lingkungan kurang berhasil maka muncul berbagai masalah (WHO, 2011; Nugroho, 2012).

2.1.1 Teori proses menua

Menurut Nugroho (2012) ada beberapa teori yang berkaitan dengan proses penuaan, antara lain:

2.1.1.1 Teori biologis

Teori biologis didasari oleh 8 teori, yaitu teori genetik dan mutasi (*somatic mutatie theory*), pemakaian dan rusak, reaksi dari kekebalan sendiri (*auto immune theory*), *immunology slow virus*, teori stres, teori

radikal bebas, teori rantai silang dan teori program. Berdasarkan ke delapan teori tersebut proses penuaan yang terjadi di dalam tubuh merupakan sebuah proses yang sudah pasti terjadi dan proses tersebut berupa kerusakan sel, hanya saja yang membedakan pada setiap teori tersebut adalah penyebab kerusakan sel. Contoh pada teori genetik dan mutasi penyebab kerusakan sel adalah program mutasi dan perubahan kimia pada DNA sel.

2.1.1.2 Teori kejiwaan sosial

Pada teori kejiwaan sosial dijelaskan bahwa pada saat proses penuaan individu akan mengalami perubahan dan atau penurunan. Dimensi yang mengalami penurunan pada teori ini adalah aktivitas atau kegiatan (*activity theory*) dan kehidupan sosial (teori pembebasan/*disengagement*), sedangkan dimensi yang mengalami perubahan adalah kepribadian (*continuity theory*). Lansia diharapkan masih mampu mempertahankan pola hidup maupun kehidupan sosial meskipun mengalami penurunan. Lansia harus memiliki kegiatan dan aktivitas sosial yang memadai. Hal ini akan membantu lansia tetap mempertahankan kualitas hidup.

2.1.2 Penurunan kognitif pada lansia

Penurunan kognitif pada lansia berupa mudah lupa (*forgetfulness*), yang merupakan gangguan kognitif paling ringan. Gejala ini dikeluhkan oleh 39% lanjut usia yang berusia 50-59 tahun dan meningkat menjadi lebih dari 85% pada usia lebih dari 80 tahun. Pada fase ini lansia masih bisa berfungsi secara normal, meskipun sudah mengalami kesulitan untuk mengingat informasi yang

baru (Kusumoputro & Sidiarto, 2001). Gejala ini dapat berlanjut menjadi Gangguan Kognitif Ringan (*Mild Cognitive Impairment-MCI*) hingga demensia tahap lanjut sebagai bentuk klinis yang paling berat (Asosiasi-Alzheimer-Indonesia, 2003).

Berbagai faktor resiko yang dapat mengakibatkan penurunan fungsi kognitif lansia adalah faktor genetik, usia, faktor penyakit (hipertensi, diabetes melitus, defisiensi imunologi) dan tempat tinggal. Pada penelitian lain juga disebutkan bahwa pola keterlibatan sosial (*social engagement*) dapat mempengaruhi fungsi kognitif lanjut usia. Hasil penelitian di tiga daerah di Indonesia menunjukkan bahwa kegiatan sosial dapat berperan penting dalam pencegahan kemunduran fungsi kognitif (Wreksoatmodjo, 2012).

2.2 Konsep Lansia

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2008, lanjut usia meliputi:

1. Usia pertengahan (*middle age*) ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
2. Lanjut usia (*elderly*) antara 60 – 74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) antara 75 – 90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun

2.3 Konsep Demensia

2.3.1 Pengertian demensia

Demensia adalah istilah yang digunakan untuk menjelaskan sekelompok gejala dari penyakit yang menyebabkan penurunan fungsi seseorang secara cepat.

Demensia merupakan istilah yang digunakan untuk menjelaskan kehilangan daya ingat, daya pikir, rasionalitas, kepandaian bergaul dan reaksi emosi normal. Demensia (pikun) adalah kemunduran kognitif yang sedemikian berat sehingga dapat mengganggu aktivitas keseharian. Kebanyakan penderita demensia berusia lanjut, tetapi perlu diingat demensia bukan bagian normal dari proses penuaan. Demensia dapat terjadi pada siapa saja, seringkali terjadi pada seseorang setelah berumur 65 tahun. Orang pada usia 40-an dan 50-an dapat juga terkena demensia. (Australian-National-Dementia, 2005; Nugroho, 2012)

2.3.2 Penyebab demensia

Menurut *Australian National Dementia* (2005), ada beberapa bentuk demensia, setiap bentuk demensia mempunyai penyebab sendiri. Berikut ini adalah bentuk demensia yang paling umum terjadi, yaitu :

2.3.2.1 Penyakit Alzheimer

Penyakit Alzheimer adalah bentuk demensia yang paling umum (50%-70% dari semua kasus). Penyakit ini bersifat progresif terjadi karena pengecilan sel otak. Berbagai bahan abnormal tertimbun membentuk “kekusutan” di tengah sel otak, dan “lapisan” di luar sel otak. Sel abnormal tersebut menghambat proses perjalanan stimulus di dalam otak dan merusak hubungan antar sel otak. Sel otak mengalami kerusakan dan ini berarti informasi tidak dapat diterima atau dicerna.

2.3.2.2 Demensia vaskuler

Demensia vaskuler adalah demensia yang berkaitan dengan sirkulasi darah ke otak dan merupakan bentuk paling umum kedua dari demensia.

Ada beberapa jenis demensia vaskuler. Dua jenis yang sering terjadi adalah

1. Demensia *Multi-infarct*

Demensia *Multi-infarct* disebabkan oleh sejumlah serangan otak (stroke) ringan, *Transient Ischaemic Attack* (TIA) dan mungkin merupakan jenis yang paling umum dari demensia Vaskuler.

2. Penyakit Binswanger.

Penyakit Binswanger juga dikenal sebagai demensia vaskuler subkortikal. Penyakit ini disebabkan oleh tekanan darah tinggi, penebalan pembuluh nadi dan aliran darah yang tidak cukup

2.3.3 Tanda dan gejala demensia

Tanda awal demensia sangat sulit untuk diketahui hingga kondisi sudah menjadi parah. Beberapa gejala awal yang biasa ditemukan adalah kehilangan daya ingat secara perlahan dan bertambah, sering kebingungan, perubahan kepribadian, apatis dan menyendiri dan kehilangan kemampuan untuk melakukan tugas keseharian (Australian-National-Dementia, 2005).

Gejala tersebut berlanjut hingga mencapai demensia tahap lanjut gejala yang sering kali muncul pada tahapan ini adalah penurunan kemampuan berbicara menjadi 6 kata yang berbeda atau kurang pada saat berkomunikasi, sering melakukan pengulangan kata, mengalami kesulitan penyusunan kalimat, penurunan ambulasi, membutuhkan bantuan berjalan, kesulitan berdiri dari posisi duduk, kehilangan kemampuan untuk tersenyum dan tidak mampu menegakkan kepala (Reisberg, *et al.*, 2011).

2.3.4 Penatalaksanaan demensia

Sangat penting untuk melakukan diagnosa demensia sejak awal meskipun pada saat ini belum ada pencegahan atau penyembuhan untuk sebagian besar bentuk demensia. Dukungan dan bantuan baik dari keluarga, teman dan perawat merupakan hal yang sangat penting untuk penderita demensia. Hal ini dapat membuat perbedaan yang positif dalam menangani demensia (Australian-National-Dementia, 2005). Ada beberapa pemeriksaan yang dapat digunakan untuk melakukan skrining pada demensia, yaitu:

1. *Functional Assesment Staging Tool (FAST)*

FAST berisi tanda dan gejala demensia pada lansia. FAST dapat digunakan pada lansia yang tidak bisa atau tidak memungkinkan diperiksa dengan MMSE. Hasil pemeriksaan FAST dapat diperoleh dari keterangan keluarga atau pengasuh para lansia. FAST terdiri dari 7 tingkat keparahan demensia, dan masing tingkat keparahan menunjukkan gejala tersendiri dari penyakit demensia (Reisberg, 1988; Reisberg, et al., 2011)

2. *Mini Mental State Examination (MMSE)*

Mini Mental State Examination berisi 10 pertanyaan dengan cakupan orientasi kognisi yang diperiksa dalam pemeriksaan ini adalah orientasi tempat, waktu, registrasi, perhatian dan kalkulasi, serta kemampuan bahasa (Nugroho, 2012).

Menurut Reisberg, *et al.* (2011) penentuan stadium demensia juga dapat digunakan untuk menentukan lama waktu menjadi demensia tahap lanjut. Berikut

Berikutini adalah perbandingan skrining FAST, MMSE, gejala klinis dan lama waktu menjadi demensia tahap lanjut:

Tabel 2.1 Skrining FAST, MMSE, Gejala klinis dan lama waktu menjadi demensia lanjut (Reisberg, et al., 2011)

<i>FAST stage</i>	<i>Clinical characteristics</i>	<i>Clinical diagnosis</i>	<i>Estimated duration in AD</i>	<i>Mean MMSE</i>
1	No decrement	Normal adult	29 – 30	
2	Subjective deficit in word finding or recalling location of objects	Subjective cognitive impairment	15 years	29
3	Deficits noted in demanding employment settings	Mild cognitive impairment	7 years	24 – 27
4	Requires assistance in complex tasks, e.g. handling finances, planning dinner party	Mild Dementia	2 years	19 – 20
5	Requires assistance in choosing proper attire	Moderate Dementia	8 months	15
6a	Requires assistance in dressing	Moderately severe dementia	5 months	9
b	Requires assistance in bathing properly		5 months	8
c	Requires assistance with mechanics of toileting (such as flushing, wiping)		5 months	5
d	Urinary incontinence		4 months	3
e	Faecal incontinence		10 months	1
7a	Speech ability limited to about a half-dozen words	Severe dementia	12 months	0
b	Intelligible vocabulary limited to a single word		18 months	0
c	Ambulatory ability lost		12 months	0
d	Ability to sit up lost		12 months	0
e	Ability to smile lost		18 months	0
f	Ability to hold up or move head independently lost		12 months or longer	

2.4 Konsep Advance Care Planning

2.4.1 Definisi Advance Care Planning

Advance Care Planning (ACP) adalah sebuah proses yang berfokus pada individu. Kegiatan ini melibatkan individu, petugas kesehatan (dokter, perawat, psikolog dan sukarelawan), dan atau keluarga atau orang yang mengasuh. ACP dilakukan untuk merencanakan perawatan kesehatan di masa depan dan menunjuk orang yang bertanggung jawab atas diri individu bila suatu saat individu tersebut tidak mampu membuat keputusan kesehatan diri sendiri (Ministry-Health-New-Zealand, 2011).

2.4.2 Tujuan *Advance Care Planning*

Program ini bertujuan untuk menghormati pilihan klien terutama mengenai nilai, kepercayaan dan perawatan di akhir hayat. Program ini sangat menjunjung tinggi hak klien, yaitu hak klien untuk tetap mandiri dan bermartabat (*dignity*), mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar, mendapatkan komunikasi yang efektif, diberikan informasi secara menyeluruh dan membuat pilihan dan *informed consent* (New-Zealand-Ministry-of-Health, 2012).

2.4.3 Pelaksanaan dan tahapan *Advance Care Planning*

Pelaksanaan ACP harus memperkuat informasi yang diberikan pada individu dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan kesehatan. Topik yang dibahas dalam ACP harus merupakan fokus dari masing-masing individu. Apabila individu tidak berkenan untuk melakukan pembicaraan mengenai perawatan kesehatan di masa depan maka pilihan tersebut harus tetap dihormati. Ada beberapa topik yang didiskusikan dalam ACP, yaitu:

1. Pemahaman individu mengenai penyakit dan prognosis.
2. Jenis perawatan dan tindakan medis yang mungkin dapat membantu ataupun berbagai kemungkinan yang dapat terjadi akibat tindakan medis tersebut.
3. Tujuan, harapan, nilai, keyakinan dan ketakutan yang dirasakan individu
4. Pilihan individu terhadap perawatan dan juga tindakan medis di masa yang akan datang
5. Pilihan tempat perawatan di masa depan dan juga bagaimana tempat tersebut mempengaruhi individu

6. Keluarga atau seseorang yang dipercaya untuk bertanggung jawab pada individu untuk mengambil keputusan baik finansial ataupun pada diri individu
7. Kebutuhan spiritual individu
8. Pandangan dan pemahaman individu mengenai tindakan kegawatdaruratan yang mungkin dilakukan (Contoh: Resusitasi jantung paru)

Para petugas kesehatan harus memperhatikan kepada siapa ACP ini tidak dapat dilakukan serta orang yang membutuhkan perhatian khusus pada saat dilakukan program ACP. Berikut ini adalah orang yang tidak boleh diberikan program ACP, yaitu penderita Demensia tahap lanjut dan anak. Individu yang membutuhkan perhatian khusus pada saat pelaksanaan ACP adalah di bawah ini, yaitu:

1. Individu yang memiliki gangguan kognitif sedang
2. Individu dengan kerusakan intelektual
3. Individu dengan kerusakan penglihatan
4. Individu yang memiliki keterbatasan mendengar (tuli)
5. Individu dengan keterbatasan fisik
6. Individu dengan keterbatasan berbicara

(Ministry-Health-New-Zealand, 2011)

Berikut ini adalah tahapan dalam pelaksanaan ACP, yaitu:

a. Tahap 1: Pengenalan ACP

Pada tahap pertama petugas kesehatan menyampaikan mengenai definisi, tujuan, manfaat dan langkah-langkah ACP. Perawat dan

dokter juga menyampaikan menjelaskan mengenai kondisi penyakit yang sudah didiagnosis atau penyakit yang diperkirakan akan muncul. Tahap ini dapat dilakukan secara berkelompok atau individu.

b. Tahap 2: Diskusi

Pada tahap ini petugas kesehatan menggali lebih dalam mengenai nilai, kepercayaan, keinginan dan ketakutan pada klien. Klien dapat berdiskusi dengan keluarga dan petugas medis yang bertanggung jawab atas diri sendiri.

c. Tahap 3: Dokumentasi

Petugas membantu klien untuk mendokumentasikan perencanaan yang telah dilakukan di dalam sebuah lembar dokumentasi yang juga dapat dimasukkan di dalam rekam medis. Apabila klien tidak mampu menuliskan perencanaan yang telah dibuat, perencanaan ini dapat berupa rekaman.

d. Tahap 4: *Review* dan perubahan pilihan yang telah dibuat

Review perencanaan yang telah dibuat dapat dilakukan 6 bulan setelah tahap 3 atau apabila ada perubahan status kesehatan/diagnosis penyakit klien.

e. Tahap 5: Aplikasi

Penerapan perencanaan yang telah dibuat dilakukan oleh petugas medis dan keluarga.

2.4.4 Hambatan pelaksanaan *Advance Care Planning*

Para petugas kesehatan penting untuk mengetahui beberapa hambatan pada saat pelaksanaan *Advance Care Planning*. Hambatan yang terjadi adalah

1. Penentuan waktu yang tepat. Petugas harus mengetahui kapan individu siap untuk melakukan ACP. Apabila waktu yang dipilih kurang tepat maka akan mempengaruhi perencanaan perawatan yang dibuat.
2. Pasien dan keluarga mungkin merasa tidak nyaman untuk membicarakan akhir hayat. Hal ini berkaitan dengan beberapa kebudayaan yang menganggap pembicaraan mengenai kematian adalah sebuah hal yang tabu.
3. Pasien yang tidak menyadari haknya untuk ikut berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan bagi diri pasien.
4. Menghadapi penyakit yang sangat parah dan merawat pasien dalam kondisi sakit parah akan membuat klien dan keluarga mengalami stresor yang sangat tinggi (Ministry-Health-New-Zealand, 2011).

2.4.5 Materi tahap 1 dan 2 *Advance Care Planning*

2.4.5.1 *ACP tahap 1*

ACP tahap 1 adalah pengenalan, dalam tahap ini ada 2 sesi yang akan diberikan kepada lansia. Pada setiap sesi akan diberikan materi yang berbeda, yaitu:

a. Sesi pertama

Sesi pertama petugas kesehatan menjelaskan mengenai penyakit dan prognosis yang mungkin atau sedang terjadi pada klien. Peneliti dalam penelitian ini menjelaskan mengenai penuaan, penurunan fungsi

kognitif dan demensia melalui media *booklet*, ceramah dan video. Materi pada *booklet* dan ceramah adalah sebagai berikut:

a) Proses penuaan

Proses penuaan merupakan proses normal yang pasti terjadi pada manusia. Proses ini merupakan proses kerusakan sel disebabkan karena berbagai faktor. Pada proses ini akan terjadi penurunan atau perubahan fungsi fisik dan juga psikis. Kemunduran fisik yang terjadi adalah kulit yang mengendor, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan memburuk, gerakan lambat, kelainan berbagai fungsi organ vital, sensitivitas emosional meningkat dan kurang gairah.

b) Penurunan fungsi kognitif pada lansia

Penurunan kognitif mulai terjadi pada individu berusia > 50 tahun. Gejala yang mungkin muncul adalah lupa. Kondisi ini bersifat ringan namun dapat menjadi berat hingga menjadi demensia.

c) Demensia

1. Definisi demensia
2. Penyebab demensia
3. Tanda, gejala dan prognosis
4. Perawatan lansia dengan demensia

Materi yang diberikan melalui video berisikan kondisi demensia tahap lanjut yang terjadi pada seorang lansia yang tinggal di rumah perawatan. Video ini bercerita mengenai klien yang sudah tidak mampu

lagi berkomunikasi dengan kedua anaknya. Klien tidak dapat berjalan, klien berada di kursi roda dan tidak mampu menggerakkan kursi roda secara mandiri. Klien juga mengalami kesulitan untuk mengunyah sehingga klien diberikan makanan lunak/bubur.

b. Sesi kedua

Materi pada sesi kedua berisikan penjelasan mengenai program *Advance Care Planning* dan pemilihan perawatan akhir hayat untuk lansia.

Materi pada sesi ini diperinci sebagai berikut:

1. Definisi *Advance Care Planning*
2. Manfaat program ACP untuk lansia
3. Tahapan *Advance Care Planning*
4. Pilihan Perawatan akhir hayat lansia
 - a. Tujuan, harapan, nilai, keyakinan dan ketakutan yang dirasakan individu
 - b. Pilihan individu terhadap perawatan dan juga tindakan medis di masa yang akan datang
 1. Perawatan untuk memperpanjang hidup
 2. Perawatan untuk meningkatkan kenyamanan
 3. Perawatan lain di rumah sakit
 - c. Pilihan tempat perawatan di masa depan dan juga bagaimana tempat tersebut mempengaruhi individu
 - d. Keluarga atau seseorang yang dipercaya untuk bertanggung jawab pada individu untuk mengambil keputusan baik finansial ataupun pada diri individu

- e. Kebutuhan spiritual individu
- f. Tindakan kegawatdaruratan yang mungkin dilakukan
(Contoh: Resusitasi jantung paru)

Materi yang diberikan melalui video bercerita mengenai perselisihan dalam keluarga dalam menentukan perawatan kesehatan untuk ibu yang tidak sadarkan diri. Cerita berawal dari seorang lansia yang dirawat di rumah sakit dengan kondisi tidak sadarkan diri. Dokter menjelaskan kepada keluarga bahwa klien terus mengalami penurunan kondisi. Dokter memberikan pilihan kepada keluarga untuk menggunakan Naso Gastric Tube kepada lansia tersebut. Namun melihat kondisi lansia pemasangan NGT pun tidak akan membantu perbaikan kondisinya.

Keluarga mengalami kebingungan mengenai apa yang harus dipilih, terjadi pertengkaran diantara anak. Pada akhirnya seorang anak menyatakan bahwa ibu (lansia) pernah menyatakan tidak mau dipasang sonde meskipun nanti dalam kondisi sakit. Dokter pun menawarkan keluarga untuk membantu membicarakan keinginan lansia yang mungkin pernah diutarakan kepada keluarga sebelum ini.

2.4.5.2 ACP Tahap 2

a. Sesi 1

Pada sesi pertama tahap kedua klien diajak untuk mengungkapkan pendapatnya terkait kondisi koma yang mungkin akan dialami.

Berikut ini adalah skenario yang digunakan untuk sesi ini:

Skenario Pasien Koma

Kita akan mulai dengan mempertimbangkan sebuah skenario dimana Anda mengalami sakit parah dengan prognosis yang amat buruk (kurang dari 3 bulan jika penyakit itu terjadi seperti yang seharusnya). Anda berada di rumah sakit dalam keadaan koma dan Anda mengalami obstruksi usus halus dengan kemungkinan sembuh yang amat kecil.

Pertama, bayangkan apa yang Anda inginkan sebagai tujuan dari perawatan keadaan Anda tersebut. Apakah Anda mau dilakukan (a) semua prosedur yang dapat memperpanjang hidup Anda, (b) dilakukan intervensi penuh, namun dengan penilaian ulang segera, (c) intervensi yang mungkin menolong Anda, namun tidak terlalu invasif, atau (d) hanya perawatan non invasif saja? *{berhenti sejenak}*

Sekarang, bayangkan pengobatan apa yang Anda inginkan. Apakah Anda mau dilaksanakan pembedahan mayor? *{berhenti sejenak}*. Bagaimana dengan opsi tengah yaitu NGT untuk memasukkan makanan tanpa melalui mulut. *[berhenti sejenak]*. Bagaimana dengan antibiotik intravena? *[berhenti sejenak]*. Bagaimana dengan analgetik atau sedatif yang dapat menenangkan Anda? *[berhenti sejenak]*.

b. Sesi 2

Pada sesi 2 klien akan ditunjukkan lembar pilihan perawatan akhir hayat, kemudian klien diajak berdiskusi mengenai pilihan yang akan dilakukan oleh klien. Perawat menjelaskan berbagai konsekuensi atas pilihan perawatan akhir hayat yang dipilih oleh klien. Pada sesi ini apabila memungkinkan klien dapat mengajak keluarga untuk mengikuti diskusi. Berikut ini adalah lembar pilihan perawatan akhir hayat:

**PILIHAN PERAWATAN AKHIR HAYAT
"PILIHANKU"**

Identitas Saya:

Nama :

Usia :

No. KTP :

Ketika saya berada pada saat akhir hayat dan saya tidak lagi mampu melakukan kegiatan dengan baik, saya ingin menyerahkan perawatan diri saya kepada:

Nama :

Alamat :

No. Telp :

Jika saya sudah tidak bisa merawat diri saya sendiri dan tidak mampu berkomunikasi dengan orang lain, saya berharap siapapun yang merawat saya mengetahui perihal dibawah ini:

1. Ketika akhir hayat saya tiba hal yang terpenting/berharga untuk saya adalah.....
2. Harapan dan ketakutan saya selama ini adalah.....
3. Terkait perawatan medis saya nanti, saya lebih menginginkan perawatan medis yang membuat saya
 - Hidup selama mungkin, meskipun saya sakit dan hidup dengan bantuan alat medis
 - Kualitas hidup yang lebih penting dibandingkan lama saya hidup
4. Saya berharap pada saat akhir hidup, keluarga saya akan merawat saya di:
 - Rumah, yaitu
 - Panti Wredha
 - Rumah Sakit
 - Lainnya :
5. Saya berharap ketika saya meninggal saya dapat dimakamkan di.....
6. Saya menginginkan jasad saya dapat dirawat dengan cara agama dan kepercayaan yang saya anut
 - Islam
 - Katolik
 - Protestan
 - Hindu
 - Budha
 - Kong Hu Chu
 - Lainnya

Surabaya,.....2014

Saksi

Yang membuat pernyataan

(_____)

(_____)

2.5 Konsep Pemahaman

2.5.1 Definisi pemahaman

Pemahaman merupakan hasil pengolahan pengetahuan (tahu) secara lebih lanjut yang diperoleh melalui proses penginderaan. Pengetahuan adalah tahu akan suatu objek tertentu, setelah seseorang melakukan pengamatan dengan indera (penginderaan) terhadap suatu objek. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan (mata), indera pendengaran (telinga), indera penciuman (hidung), indera perasa (lidah) dan indera peraba (tangan). Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga (Notoadmojo, 2010; 2003).

2.5.2 Kedudukan pemahaman di dalam domain kognitif

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif Bloom mempunyai 6 tingkat, yaitu :

2.5.2.1 *Tahu (Know)*

Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling dasar. Tahu diartikan sebagai penguasaan suatu materi yang telah dipelajari, atau disebut juga *recall* (mengingat kembali).

2.5.2.2 *Memahami (Comprehension)*

Memahami adalah kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek/materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan, menyimpulkan, meramalkan terhadap objek yang akan dipelajari.

2.5.2.3 Aplikasi (*Application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi nyata, disebut sebagai tingkatan aplikasi.

2.5.2.4 Analisis (*Analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam berbagai komponen tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitan satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, misal dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan lain sebagainya.

2.5.2.5 Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari berbagai formulasi yang ada.

2.5.2.6 Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pemahaman merupakan tingkatan kedua pengetahuan dari domain kognitif yang diungkapkan oleh Bloom.

2.5.3 Cara memperoleh pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) ada 2 cara untuk mendapatkan pengetahuan yaitu dengan cara tradisional dan ilmiah. Cara tradisional terdiri dari 4 cara, yaitu *trial and error*, kekuasaan atau otoritas, berdasarkan pengalaman pribadi dan jalan pikiran. *Trial and error* adalah cara yang dilakukan dengan mencoba dalam menyelesaikan sebuah masalah, sehingga ada kemungkinan berhasil dan gagal.

Oleh karena itu, cara ini disebut dengan metode *trial* (mencoba) dan *error* (gagal/salah) atau metode coba salah. Metode ini adalah metode yang paling primitif, namun metode inilah yang pertama kali melatih rasa ingin tahu dan proses berpikir pada manusia.

Kekuasaan atau otoritas adalah pengetahuan yang diperoleh dari tradisi dan kebudayaan yang ada di masyarakat. Kebiasaan dan tradisi tersebut bersumber dari nasehat atau perintah dari para pemimpin masyarakat baik formal maupun non formal, ahli agama dan pemegang pemerintah. Dengan kata lain pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada otoritas/kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemimpin agama, maupun ahli pengetahuan.

Pengalaman pribadi dapat juga menjadi sumber pengetahuan untuk seseorang, dari hal yang telah terjadi seseorang akan belajar. Sumber pengetahuan yang lain adalah dari jalan pikir manusia. Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Manusia telah menggunakan pemikiran, baik melalui induksi maupun deduksi. Induksi dan deduksi adalah cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung berbagai pertanyaan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungan sehingga dapat dibuat suatu kesimpulan.

Dewasa ini ke empat cara mendapatkan pengetahuan diatas digunakan bersamaan dalam tatanan yang lebih sistematis yaitu dengan cara ilmiah. Cara ini lebih dikenal dengan istilah penelitian ilmiah.

2.5.4 Berbagai faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), ada 5 faktor yang mempengaruhi pengetahuan pada individu, yaitu umur, tingkat pendidikan, pekerjaan,

pengalaman dan sumber informasi. Semakin cukup umur seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari orang yang belum cukup dewasa. Hal ini sebagai akibat dari kematangan dan pengalaman jiwa. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, begitu pula sebaliknya.

Pekerjaan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Individu yang bekerja bisa mendapatkan tambahan informasi melalui pekerjaan, sebaliknya pekerjaan juga dapat menjadikan hambatan bagi seseorang untuk mengakses informasi karena waktu dan tenaga habis untuk menyelesaikan pekerjaan. Selain itu, pengetahuan dapat dipengaruhi pengalaman sendiri atau dari pengalaman orang lain, sebagai contoh seorang anak memperoleh pengetahuan bahwa api itu panas adalah setelah memperoleh pengetahuan dari tangan atau kaki yang terkena api dan terasa panas.

2.6 Konsep Sikap

2.6.1 Definisi sikap

Berdasarkan teori *Stimulus-Organis-Respons* (SOR) yang dikemukakan oleh Skinner (1938) dalam Notoadmojo (2010) sikap merupakan perilaku tertutup (*covert behaviour*) yang merupakan respons terhadap stimulus yang belum dapat diamati orang lain. Notoatmodjo (2010) dalam bukunya menyatakan bahwa sikap adalah respons tertutup individu terhadap stimulus yang juga melibatkan faktor pendapat dan emosi individu tersebut. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan bertindak dan bukan pelaksanaan. Jadi dapat disimpulkan sikap belum

merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup (Notoatmodjo, 2010).

2.6.2 Berbagai komponen sikap

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2010) sikap terdiri dari 3 komponen, yaitu:

1. Kepercayaan dan konsep terhadap objek

Kepercayaan dan konsep terhadap objek merupakan keyakinan, pendapat atau pemikiran individu terhadap objek atau kejadian.

2. Kehidupan emosional

Kehidupan emosional merupakan penilaian seseorang terhadap objek tertentu.

3. Kecenderungan untuk bertindak, artinya sikap merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap merupakan niat untuk bertindak.

Ketiga komponen diatas secara bersama membentuk sikap yang utuh. Dalam menentukan sikap yang utuh ini pengetahuan, pikiran, keyakinan, pemahaman dan emosi memegang peranan penting.

2.6.3 Pengukuran sikap

Pengukuran sikap dilakukan dengan meminta penilaian individu terhadap fenomena atau suatu objek tertentu. Penilaian ini diwakili oleh pernyataan bukan dengan pertanyaan. Berikut ini adalah berbagai hal yang perlu diperhatikan dalam mengukur sikap, yaitu:

1. Dirumuskan dalam bentuk pernyataan
2. Pernyataan yang dibuat hendaknya singkat, jelas dan padat

3. Bahasa yang digunakan sederhana
4. Tiap satu pernyataan mengandung 1 pikiran saja
5. Tidak menggunakan kalimat negatif rangkap (Notoadmojo, 2010)

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan wawancara, observasi dan kuisioner. Menurut Thursthone dalam Notoatmodjo (2010) hasil pengukuran sikap dapat dikriteriakan menjadi tingkatan positif dan negatif.

2.7 Konsep Keyakinan Diri (*Self Efficacy*)

2.7.1 Pengertian keyakinan diri (*self efficacy*)

Self efficacy didefinisikan sebagai keyakinan seseorang mengenai kemampuan diri dalam melakukan aktivitas tertentu dalam suatu waktu tertentu. *Self efficacy* akan menentukan seseorang merasa, berpikir, dan memotivasi diri sendiri (Bandura, 1997; 2006). Stefen, A.M et al. (2002) menyatakan bahwa *self efficacy* berbeda dengan kepercayaan diri (*self confidence*) dan *self esteem*, *self efficacy* merupakan suatu konsep terpisah yang berkaitan dengan kompetensi dan kemampuan seseorang dalam situasi tertentu, secara khusus kemampuan tersebut berkaitan dengan aktivitas, *task demands* dan karakteristik situasional.

2.7.2 Keyakinan diri (*Self efficacy*) pada lansia

Bandura (1997) menyatakan bahwa *self efficacy* mengalami perkembangan sepanjang usia manusia. Pada saat lahir manusia belum memiliki *self efficacy*, berkembang pada saat anak, remaja, dewasa hingga lansia. Memasuki usia dewasa, seseorang mulai berfokus pada *self efficacy*. Usia dewasa awal seseorang belajar menghadapi berbagai situasi dan menyelesaikan masalah terkait dengan diri, seperti pernikahan, menjadi orang tua, dan status

pekerjaan, untuk melewati hal tersebut pada dewasa awai dikembangkanlah *self efficacy*.

Self efficacy pada lanjut usia berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuan, seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dialami. Keterlibatan lansia dalam berbagai macam aktivitas, akan dapat mempengaruhi *self efficacy* yang berkontribusi mempertahankan fungsi sosial, fisik, dan intelektual yang mengalami penurunan pada usia ini. Para ahli gerontik menggunakan *self efficacy* untuk memperkirakan berbagai aspek yang berbeda yang mempengaruhi fungsi lansia, termasuk keberfungsian intelektual, fungsi menjadi kakek-nenek (*grand parenting*), status fungsi yang berkaitan dengan penurunan fisik lansia, aktivitas lansia dengan osteoarthritis dan kepatuhan lansia mengikuti program latihan (Stefen, A. M, et al., 2002).

2.7.3 Dimensi *self efficacy*

Bandura (1997) menyatakan bahwa *self efficacy* terdiri dari 3 dimensi, yaitu *magnitude*, *generality* dan *strength*. Masing – masing dimensi ini akan berimplikasi pada pemilihan perilaku seseorang. *Magnitude* adalah dimensi yang berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi terkait dengan usaha yang dilakukan.

Dimensi ini berimplikasi pada pembentukan perilaku berdasarkan harapan akan keberhasilan usaha. *Generality*, yaitu berkaitan dengan cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan untuk dilakukan. *Strength* (kekuatan) adalah dimensi yang berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimiliki. Harapan yang lemah bisa disebabkan

karena ada kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada diri akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

2.7.4 Berbagai faktor *self efficacy*

Self efficacy dapat diperoleh, diubah, diturunkan ataupun diturunkan melalui salah satu atau kombinasi empat faktor berikut, yaitu (Bandura, 1997):

2.7.4.1 *Performance accomplishment*

Performance accomplishment merupakan suatu pengalaman mencapai suatu prestasi di masa lalu. Faktor ini adalah pembentuk *self efficacy* yang paling kuat. Prestasi yang baik yang pernah dialami oleh subyek akan meningkatkan ekspektasi efikasi, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkan efikasi individu.

2.7.4.2 *Vicarious experience*

Pembentukan *self efficacy* berasal dari pengalaman dan meniru perilaku orang lain *Self efficacy* akan meningkat jika mengamati keberhasilan yang telah dicapai oleh orang lain, sebaliknya *self efficacy* akan menurun apabila individu mengamati seseorang yang memiliki kemampuan setara tetapi mengalami kegagalan. Semakin orang yang diamati memiliki kemiripan individu, maka semakin besar potensial *self efficacy* yang akan disumbangkan oleh faktor ini.

2.7.4.3 *Verbal persuasion*

Persuasi verbal dapat mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Individu mendapat pengaruh atau sugesti bahwa ia mampu mengatasi berbagai masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang selalu diberikan keyakinan dan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut, begitupun sebaliknya. Faktor ini bersifat eksternal. Besar

pengaruh yang dapat diberikan oleh pemberi persuasi adalah rasa percaya kepada pemberi persuasi serta kriteria kerealistisan tentang apa yang dipersuasikan.

2.7.4.4 *Emotional arousal*

Kondisi emosional (*mood*) dapat mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang. Keadaan emosi yang dialami individu ketika sedang melakukan suatu kegiatan akan mempengaruhi *self efficacy* seseorang pada bidang tersebut. Emosi yang dimaksudkan adalah emosi yang dominan seperti takut, stres, cemas dan gembira. Emosi tersebut dapat meningkatkan ataupun menurunkan *self efficacy* seseorang.

2.7.5 Pengaruh *self efficacy* terhadap proses dalam diri manusia

Self efficacy akan mempengaruhi proses dalam diri manusia, yaitu (Bandura, 1994):

2.7.5.1 *Proses kognitif*

Self efficacy mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan, dan pemikiran akan kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan semakin memperkuat *self efficacy* seseorang.

2.7.5.2 *Proses motivasional*

Self efficacy merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Kepercayaan *self efficacy* mempengaruhi tingkatan pencapaian tujuan, kekuatan untuk berkomitmen, seberapa besar usaha yang diperlukan, dan bagaimana usaha tersebut ditingkatkan ketika motivasi menurun.

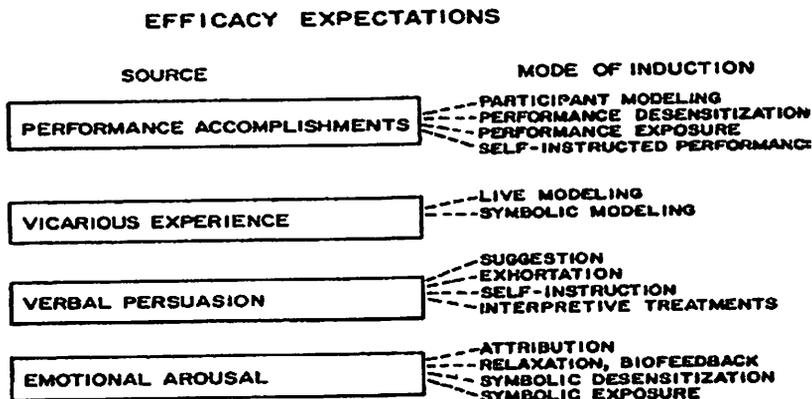
2.7.5.3 Proses afektif

Self efficacy berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. *Self efficacy* mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya seseorang *self efficacy* yang rendah cenderung memperbesar resiko. Seseorang dengan *self efficacy* yang tinggi memiliki kontrol pemikiran yang lebih baik, dan *self efficacy* yang rendah dapat mendorong kemunculan depresi.

2.7.5.4 Proses seleksi

Proses kognitif, motivasional, dan afektif akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang membantu dan mempertahankan individu.

Menurut Bandura (1994) suatu perubahan tingkah laku hanya akan terjadi apabila ada perubahan *self efficacy* pada individu yang bersangkutan. Perubahan *self efficacy* perlu dilakukan untuk memperbaiki kesulitan dan adaptasi tingkah laku individu yang memiliki masalah perilaku. Berikut adalah berbagai sumber dan metode induksi *self efficacy* pada seseorang:



Gambar 2.1 Berbagai sumber dan metode induksi *self efficacy* (Bandura, 1994)

2.7.6 Pengukuran *self efficacy*

Pembuatan item pernyataan dalam kuisioner *self efficacy* harus sesuai dengan keyakinan terhadap kemampuan yang dirasakan individu. Kata yang dipilih dalam kuisioner ini lebih tepat jika menggunakan "Saya dapat/mampu" daripada menggunakan kata "Saya akan". Kata "dapat/mampu" merupakan penegasan atas kemampuan, sedangkan "akan" merupakan penegasan dari niat. Penyusunan item dalam kuisioner *self efficacy* berbeda dalam berbagai situasi. Perlu ada penyesuaian item pengukuran ini pada situasi yang berbeda (Bandura, 2006).

Kuisioner *self efficacy* dapat disusun berdasarkan 3 domain, yaitu inisiatif, ketekunan dan usaha. Inisiatif menggambarkan keyakinan individu terhadap kemampuan yang dimiliki untuk melakukan suatu kegiatan atas prakarsa diri sendiri. Ketekunan menunjukkan keyakinan individu untuk menyelesaikan suatu pekerjaan/kegiatan dalam berbagai tingkat kesulitan. Usaha menunjukkan cara yang diyakini individu tersebut untuk mencapai suatu hasil. Setelah tersusun item pernyataan *self efficacy* perlu dilakukan uji validitas dan reabilitas. Penyesuaian item perlu dilakukan apabila uji validitas menyatakan kurang (Bandura, 2006; Zhang, 2010; Chen, G., Gully, S. M. & Eden, D., 2001).

2.8 Konsep Akhir Hayat

2.8.1 Definisi akhir hayat

Sampai saat ini belum ada literatur dan riset yang mendefinisikan secara tepat mengenai akhir hayat. Akhir hayat seharusnya tidak dibatasi oleh periode waktu tertentu karena akan sangat sulit sekali menentukan waktu kematian.

Pembatasan waktu selama ini diberikan berdasarkan berbagai tanda dan gejala yang mengarah pada prognosis yang buruk (NIH, 2004).

Perawatan akhir hayat didefinisikan sebagai bantuan yang diberikan kepada individu yang mengalami tahap lanjut penyakit/penyakit yang tidak dapat disembuhkan/kronis untuk hidup sebaik mungkin hingga mengalami kematian.

2.8.2 Komponen akhir hayat

Karena belum ada definisi secara tepat mengenai akhir hayat, sulit menentukan berbagai komponen akhir hayat. Akan tetapi berdasarkan berbagai bukti yang telah ada, komponen akhir hayat adalah sebagai berikut:

1. Penyakit kronis atau gejala yang menunjukkan ketidakmampuan fungsi tubuh, meskipun dengan kondisi yang menetap atau masih fluktuatif
2. Gejala ataupun ketidakmampuan tersebut merupakan hasil dari penyakit yang tidak dapat disembuhkan sehingga membutuhkan perawatan dari tenaga formal maupun informal dan dapat menyebabkan kematian.
3. Kedua komponen di atas dapat digantikan oleh usia tua dan kerentanan (NIH, 2004).

2.8.3 Transisi menuju akhir hayat

Kehidupan merupakan proses yang berkelanjutan dan seseorang yang melewati proses ini menghadapi berbagai macam kesakitan dan keterbatasan fungsionalitas. Bukti yang ada tidak mendukung definisi dari akhir hayat, akhir hayat merupakan proses yang belum jelas. Batas administratif mungkin bisa ditetapkan namun sebaiknya berdasarkan ilmu sains yang kuat. Proses akhir hayat meliputi berbagai perubahan : fisik, emosional, spiritual, dan finansial. Ada juga berbagai perubahan pada sistem pelayanan kesehatan yang diperburuk dengan

kurangnya kesinambungan antar pelayanan kesehatan, tantangan terhadap jaringan pendukung sosial, informasi klinis yang tidak disebarluaskan, dan fasilitas fisik tempat pelayanan.

2.9 Konsep Stres Persepsi

Stress perception adalah tahap awal dalam mengartikan stresor yang diterima organ sensoris dan menentukan ketepatan *stress response* terhadap sumber *stress*. *Stress perception* merupakan hasil proses pembelajaran untuk menyeleksi, mengorganisasi, menginterpretasi, dan mengartikan stresor dengan benar. *Stress perception* melibatkan akal dan emosi. *Stress perception* dianggap sebagai pencerminan perubahan kognisi sebagai hasil proses pembelajaran. Stres persepsi merupakan istilah untuk menggambarkan *internal mental event*, yaitu proses pembelajaran atau persepsi (Putra, 2011).

2.9.1 Definisi persepsi

Persepsi merupakan kemampuan untuk memahami atau mengkonsepkan stresor yang diterima, yang menghasilkan suatu kognisi (pengertian), yang dapat menimbulkan *stress response* berupa memodulasi respons imun (Putra, 2011). Dengan perkataan lain, persepsi merupakan bentuk penilaian seseorang dalam menghadapi rangsangan (dalam hal ini stresor), tapi akan menimbulkan persepsi yang berbeda pada individu. Dapat disimpulkan persepsi merupakan tanggapan yang didahului oleh penginderaan terhadap stimulus (stresor), lalu diorganisasikan, diartikan, dievaluasi dan ditanggapi dengan tindakan.

2.9.2 Proses persepsi

Proses persepsi meliputi (Brignall, 2001):

2.9.2.1 Seleksi

Seleksi merupakan proses seseorang memilih apa yang ingin dicapai dan apa yang ingin dihindari. Faktor yang mempengaruhi seleksi antara lain:

1. Stimuli, stimuli merupakan segala sesuatu yang menyebabkan indera berespons, berfungsi dan menjadi aktif. Stimulus yang kuat sering meningkatkan perhatian perubahan stimulus atau stimulus yang kontras dapat merubah perhatian seseorang, serta stimulus yang berulang akan meningkatkan perhatian.
2. Motivasi, motivasi merupakan dorongan dari dalam individu, insentif, atau impuls yang menyebabkan seseorang bertindak dengan cara tertentu. Proses seleksi sering dipengaruhi oleh motivasi.

2.9.2.2 Organisasi

Organisasi merupakan pengorganisasian rangsangan yang telah dipilih menjadi pola yang bermakna, dipahami dan tepat. Organisasi memungkinkan seseorang memahami apa yang dilihat. Di dalam organisasi terdapat *figure* dan *ground*. *Figure* berarti apa yang dilihat atau difokuskan, sedangkan *ground* kurang terlihat dan berfungsi sebagai *background figure*. Contohnya saat mendengar suara teman di tempat yang ramai, maka suara teman merupakan *figure* dan suara lain

merupakan *ground*. Skema perseptual merupakan sistem yang digunakan untuk mengatur impresi (kesan), cara mengatur kesan:

1. *Appearance*: muda, sehat, pendek, bodoh, perempuan
2. *Social Roles*: professor, pastur, ibu, pelajar
3. *Interaction style*: perhatian, acuh, ramah
4. *Psychological traits*: gugup, percaya diri, tidak yakin
5. *Memberships*: humane society, senat mahasiswa, tim sepak bola

Setelah memilih skema untuk mengorganisir kesan, selanjutnya terbentuk proses organisasi persepsi dengan cara:

1. Stereotyping

Setelah memilih skema, tempatkan sesuatu dalam kategori yang tepat. Kategori ini bisa menyebabkan generalisasi yang berlebihan, yang menghilangkan keunikan dan kualitas masing-masing individu. Contoh: remaja dianggap sebagai kelompok yang tidak bertanggung jawab, lansia dianggap sebagai orang yang tidak tahu apa yang terjadi.

2. *Pungtuasi* menentukan penyebab dan efek dalam interaksi dan kelompok, membagi, memecah, dan mengkategorisasi informasi.

3. *Closure*, mengisi informasi yang hilang untuk memberikan struktur dan konsistensi.

4. *Similarity*, yaitu melakukan pengelompokan berdasarkan persamaan bentuk, warna, ukuran, kepercayaan, minat, dan lain sebagainya
5. *Proximity*, pengelompokan berdasakan kedekatan satu sama lain.
6. *Intepretasi*, merupakan tahap ketiga dalam proses persepsi dan bersifat subjektif serta berdasarkan nilai, kebutuhan, kepercayaan, pengalaman, pengharapan, keterlibatan, konsep diri, serta faktor personal yang lain.

2.9.3 Pembagian persepsi

Terdapat dua macam persepsi, yaitu:

1. *External perception*, yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang datang dari luar individu.
2. *Self perception*, yaitu persepsi yang terjadi karena ada rangsangannya yang berasal dari dalam individu. Dalam hal ini yang menjadi objek adalah diri sendiri.

Brignall (2001) menyebutkan bahwa proses pemahaman terhadap stimulus (dalam hal ini stresor) yang diperoleh oleh indera menyebabkan persepsi terbagi menjadi:

1. Persepsi visual, persepsi yang didapatkan oleh indera penglihatan yaitu mata.
2. Persepsi auditori, persepsi yang didapatkan oleh indera pendengaran yaitu telinga.

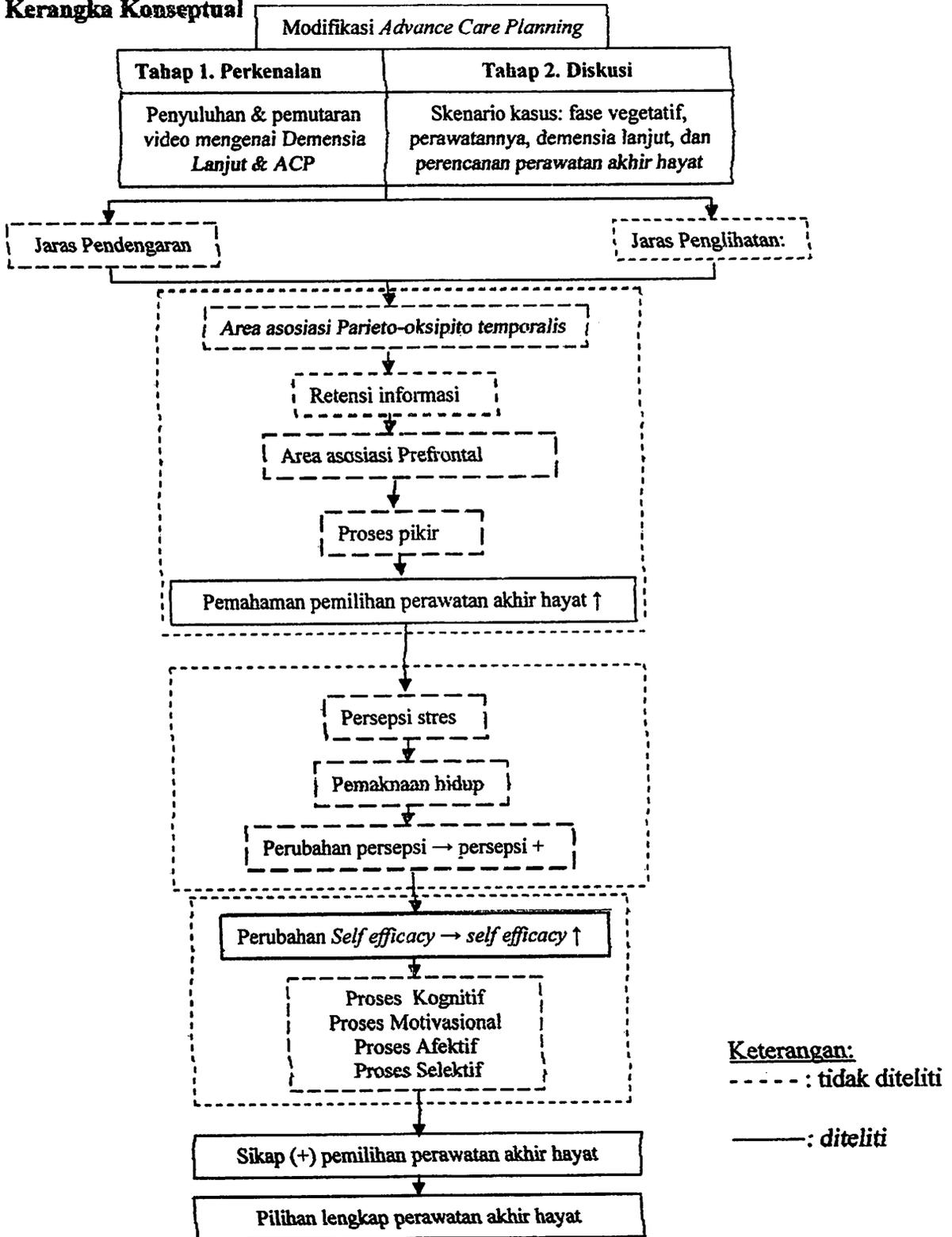
3. Persepsi perabaan, persepsi yang didapatkan oleh indera taktil yaitu kulit.
4. Persepsi olfaktori, persepsi yang didapatkan oleh indera penciuman yaitu hidung.
5. Persepsi pengecapan, persepsi yang didapatkan oleh indera pengecapan yaitu lidah.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan:

----- : tidak diteliti

———— : diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Efek Program Modifikasi Advance Care Planning terhadap Sikap tentang Pilihan Perawatan Akhir Hayat Di Panti Tresna Wredha Haron Dedali

Pemberian intervensi *Advance Care Planning* (ACP) pada pasien lansia bertujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan akhir hayat lansia. Proses ACP ada lima tahapan, tahap pertama adalah pengenalan, tahap kedua diskusi dan pemberian motivasi, tahap ketiga dokumentasi, tahap keempat *review* dan perubahan perencanaan, dan tahap kelima adalah penerapan rencana perawatan.

Pada tahap pertama klien diberikan informasi mengenai demensia tahap lanjut dan ACP melalui modifikasi media yaitu dengan penyuluhan dan pemutaran video serta pemberian *booklet*. Pada tahap kedua klien diajak berdiskusi dengan perawat, dokter dan keluarga mengenai kondisi vegetatif serta pemilihan perawatan akhir hayat.

Informasi yang diterima melalui jaras pendengaran dan penglihatan dikirim ke area asosiasi PFC dan asosiasi limbik. Pada proses ini terjadi proses berpikir sehingga muncul pemahaman mengenai pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat. Pemahaman tersebut menjadi persepsi stres, persepsi yang dihasilkan diarahkan menjadi persepsi yang positif melalui proses pemaknaan hidup di PFC, sehingga menimbulkan keyakinan pada diri klien (*self efficacy*).

Proses yang terjadi selanjutnya terdiri dari proses kognitif, proses motivasional, proses afektif, dan diakhiri dengan proses seleksi perilaku yang dianjurkan. Keempat proses ini berperan dalam pembentukan perilaku lansia dalam membuat pilihan perawatan akhir hayat. Perilaku yang diukur adalah perilaku tertutup (*covert behaviour*) yaitu sikap lansia mengenai pemilihan perawatan akhir hayat. Sikap yang muncul berdampak pada pilihan perawatan akhir hayat yang dilakukan oleh lansia. Sikap positif menyebabkan lansia melakukan pilihan perawatan akhir hayat dengan lengkap.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. *Advance Care Planning* tahap 1 dan 2 meningkatkan pemahaman pada lansia yang tinggal di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya.
2. *Advance Care Planning* Tahap 1 dan 2 membentuk *self efficacy* yang tinggi pada lansia yang tinggal di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya.
3. *Advance Care Planning* Tahap 1 dan 2 membentuk sikap positif lansia dalam pemilihan perawatan akhir hayat pada lansia yang tinggal di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya.

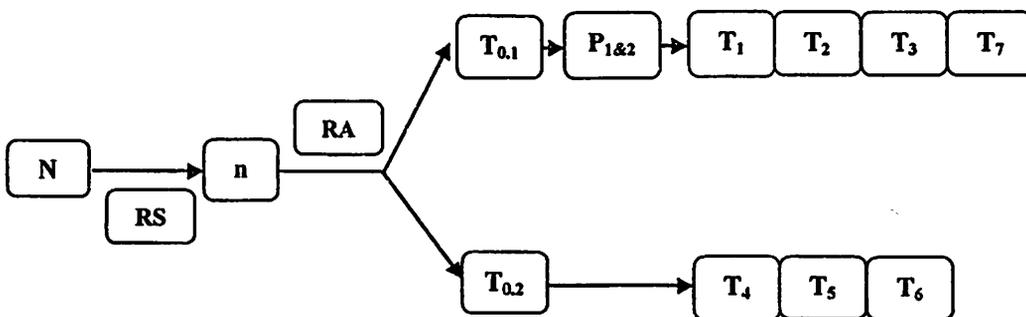
BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian *Experimental* dengan desain penelitian *randomized control group pretest posttest design*. Dalam penelitian ini melibatkan dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ACP. Kelompok perlakuan ACP mendapatkan perlakuan yaitu berupa perawatan standar yang ada di panti tresna wredha Hargo Dedali Surabaya ditambah dengan modifikasi *Advance Care Planning* tahap 1 hingga tahap 2. Kelompok kontrol mendapatkan perawatan standar di panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya dan pemberian *booklet* mengenai demensia. Penentuan sampel pada setiap kelompok dilakukan randomisasi. Berikut ini adalah rancangan penelitian pada penelitian ini:



Gambar 4.1 : Rancangan Penelitian

Keterangan :

- N : Populasi lansia
- n : Besar sampel
- RS : Random sampling
- T_{0.1} : *Pretest* pemahaman, *self efficacy* dan sikap mengenai perawatan akhir hayat kelompok perlakuan ACP

- T_{0.2} : *Pretest* pemahaman, *self efficacy* dan sikap mengenai perawatan akhir hayat kelompok kontrol
- T₁ : *Post test* pemahaman pada kelompok perlakuan ACP
- T₂ : *Post test self efficacy* pada kelompok perlakuan ACP
- T₃ : *Post test* sikap mengenai perawatan akhir hayat pada kelompok perlakuan ACP
- T₄ : *Post test* pemahaman pada kelompok kontrol
- T₅ : *Post test self efficacy* pada kelompok kontrol
- T₆ : *Post test* sikap mengenai perawatan akhir hayat pada kelompok kontrol
- T₇ : *Post test* pilihan perawatan akhir hayat pada kelompok perlakuan ACP
- P1 : ACP tahap 1: Perkenalan
- P2 : ACP tahap 2: Diskusi dan motivasi
- RA : Random alokasi

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Lansia yang tinggal di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya.

4.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah sebagian populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pada penelitian ini ditetapkan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

4.2.2.1 Kriteria inklusi:

1. Lansia berusia > 60 tahun
2. Pada pemeriksaan FAST klien pada stadium ≤ 3 dan atau hasil MMSE ≥ 17
3. Klien bersedia menjadi responden
4. Klien dapat mengikuti hingga selesai 2 tahapan ACP
5. Klien mampu menggunakan bahasa Indonesia atau bahasa Jawa
6. Klien mampu mendengar dan melihat

4.2.2.2 Kriteria eksklusi

Klien mengalami demensia sedang hingga berat, serta mengalami gangguan mental.

4.2.2.3 Kriteria drop out

1. Klien meninggal pada saat penelitian
2. Klien keluar dari panti tresna wredha Hargo Dedali, Surabaya

4.2.3 Teknik pengambilan sampel dan besar sampel

Teknik pengambilan sampel dari populasi, pada penelitian ini menggunakan *simple random sampling*. Sampel diambil secara acak pada tiap responden yang telah memenuhi kriteria eksklusi dan inklusi,

Unit sampel yang sudah ditentukan kemudian dibagi ke dalam dua kelompok yaitu kelompok perlakuan ACP dan kelompok kontrol. Penentuan besar sampel menggunakan rumus *comparison of two groups for univariate dichotomous outcome*, yaitu:

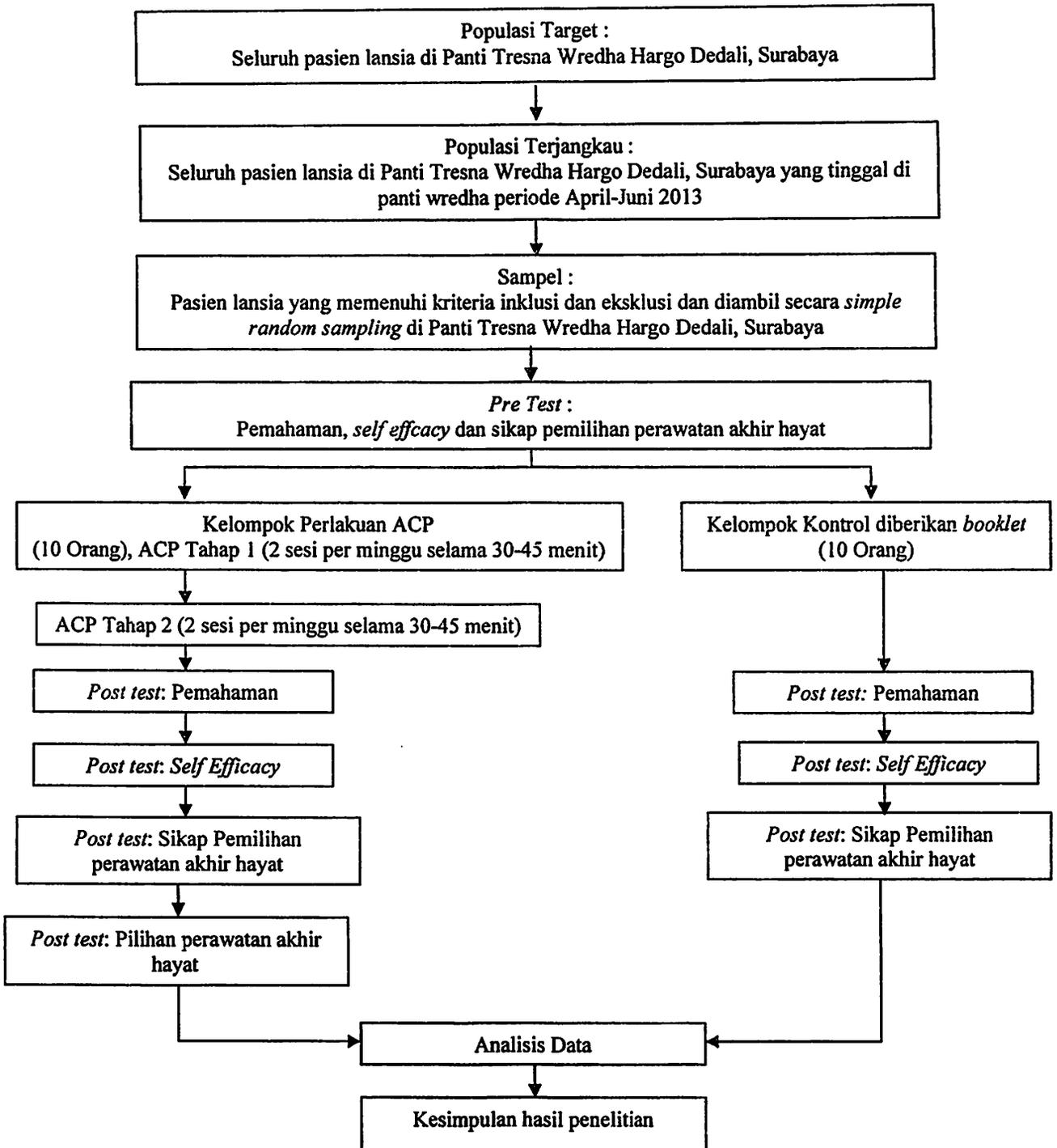
$$n_{total} = \frac{\left\{ Z \frac{1}{2} \alpha \sqrt{4 \cdot p \cdot (1 - p)} + Z \beta \sqrt{2p_1(1 - p_1) + 2 \cdot p_2(1 - p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Keterangan :

n total	: Besar sampel
p	: $\frac{p_1 + p_2}{2}$
P1	: presentasi lansia yang mampu melakukan pemilihan perawatan pada kelompok ACP pada penelitian yang dilakukan oleh Detering, <i>et al.</i> (2010) yaitu 90%
P2	: presentasi lansia yang mampu melakukan pemilihan perawatan pada kelompok kontrol pada penelitian oleh Detering, <i>et al.</i> (2010) yaitu 30%
Z $\frac{1}{2}$ α	: 1,96
Z β	: 0,84

Berdasarkan rumus diatas, maka besar sampel yang diperlukan untuk setiap kelompok baik kontrol maupun perlakuan adalah 10 orang lansia.

4.3 Kerangka Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka Penelitian Penelitian Efek Program Modifikasi *Advance Care Planning* terhadap Sikap tentang Pilihan Perawatan Akhir Hayat Di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.4.1 Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *advance care planning* tahap 1 sampai 2.

4.4.2 Variabel tergantung (*dependent*)

Variabel tergantung pada penelitian ini adalah pemahaman, *self efficacy*, sikap dan pilihan perawatan akhir hayat.

4.4.3 Definisi operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional variabel

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Instrumen	Skala Data & Skor
Program Modifikasi Advance Care Planning	Program pendidikan dan konseling yang diberikan untuk lansia yang meliputi 5 tahapan. Dalam penelitian ini hanya digunakan 2 tahap yaitu tahap 1-2 dengan modifikasi tahap 1 melalui media video dan <i>booklet</i>	Tahap 1: Pengenalan ACP dengan media lisan, video dan <i>booklet</i> mengenai demensia tahap lanjut. Media berisikan materi: a. Definisi b. Penyebab c. Gejala d. Gambaran kondisi yang dapat terjadi ketika terjadi demensia tahap lanjut e. Definisi ACP f. Tujuan dan manfaat g. Langkah pembuatan perencanaan akhir hayat h. Isi dari perawatan akhir hayat Tahap 2: Diskusi dan pemberian motivasi berdasarkan skenario kasus yang sudah dipersiapkan. Diskusi berupa pemilihan perawatan akhir hayat oleh para lansia dan fase vegetatif yang mungkin terjadi.	SAK	-
Pemahaman pilihan perawatan akhir hayat	Kemampuan individu untuk menyimpulkan dan meramalkan pilihan perawatan	10 pertanyaan mengenai demensia tahap lanjut (5 pertanyaan) dan langkah penyusunan pemilihan perawatan akhir hayat (5	Kuisisioner pemahaman	Ordinal Skor total dihitung berdasarkan penjumlahan

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Instrumen	Skala Data & Skor
	akhir hayat sebagai hasil program ACP tahap 1 dan 2	pertanyaan)		<p>skor pada tiap item pertanyaan (pilihan jawaban tidak tahu, betul dan salah). Tiap jawaban yang tidak tahu bernilai 0, jawaban salah bernilai 1 dan jawaban yang benar bernilai 2.</p> <p>Hasil yang didapatkan dikreterikan menjadi: Baik : > 70% Cukup: 51-70 % Kurang ≤ 50%</p>
Self efficacy	Keyakinan akan kemampuan individu untuk mengatur atau melakukan perilaku kesehatan yang direkomendasikan tenaga kesehatan yang diukur setelah pemberian program ACP	Berisi 10 pernyataan yang berisikan komponen berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inisiatif lansia untuk mengikuti program ACP 2. Ketekunan dalam menyelesaikan program ACP 3. Usaha klien dalam mencapai hasil yang diharapkan 	Kuisisioner <i>Self Efficacy</i>	Ordinal Skor total dihitung berdasarkan penjumlahan skor pada tiap item pernyataan (skala likert 1-3), skala terkecil menyatakan sangat tidak yakin skala terbesar menyatakan sangat yakin. Hasil yang didapatkan dikriteriakan menjadi Rendah : skor 1-10 Cukup : skor 11- 20 Tinggi : skor 21-30
Sikap tentang pemilihan perawatan akhir hayat	Kesiapan lansia untuk melakukan pilihan perawatan akhir hayatnya sebagai respons dari pemberian program ACP tahap 1 dan 2	Berisikan 10 pernyataan yng mengandung komponen berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepercayaan terhadap program pemilihan perawatan akhir hayat 2. Penilaian terhadap program pemilihan perawatan akhir hayat 3. Kecenderungan untuk melakukan pilihan perawatan akhir hayat. 	Kuisisioner <i>Sikap</i>	Nominal Skor total dihitung berdasarkan penjumlahan skor pada setiap item pernyataan (skala likert 1-4). Pernyataan bernilai <i>favorable (+)</i> dan <i>unfavorable (-)</i> . Pernyataan <i>favorable (+)</i> : 4 = Sangat setuju 3 = Setuju 2 = Tidak setuju 1 = Sangat tidak setuju Pernyataan <i>unfavorable (-)</i> : 4 = Sangat tidak setuju 3 = Tidak Setuju 2 = Setuju 1 = Sangat setuju

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Instrumen	Skala Data & Skor
				Kriteria nilai sikap: 1. Sikap (+), jika skor $T \geq \text{Mean } T$ 2. Sikap (-), jika $T < \text{mean } T$
Pilihan perawatan akhir hayat	Ketentuan yang dibuat oleh lansia mengenai perawatan akhir hayat diri yang merupakan respons dari program ACP tahap 1 dan 2 yang diberikan	Terdapat 6 pertanyaan mengenai: 1. Identitas klien dan keluarga yang bertanggung jawab terhadap lansia 2. Hal yang berharga bagi lansia 3. Hal yang berkaitan dengan harapan dan ketakutan lansia 4. Hal terkait perawatan medis pada saat akhir hayat 5. Tempat perawatan akhir hayat 6. Tempat pemakaman dan cara pemakaman	Lembar pilihan perawat akhir hayat	Nominal Kriteria penilaian pilihan perawatan akhir hayat adalah 1. Pilihan lengkap: apabila lansia telah menentukan semua pilihan berdasarkan 6 pertanyaan yang diajukan 2. Pilihan belum lengkap: apabila lansia belum menentukan minimal 1 pilihan dari 6 pertanyaan yang diajukan

4.5 Alat dan Bahan Penelitian

Pada penelitian ini dibutuhkan media penunjang untuk memudahkan peneliti dalam melakukan intervensi *Advance Care Planning*. Berikut ini adalah alat yang dibutuhkan dalam penelitian ini:

1. Laptop sebagai media untuk memutar video “Demensia Lanjut” dan “*Advance Care Planning*”.
2. *Booklet* mengenai Demensia dan *Advance Care Planning*
3. Alat perekam suara untuk merekam proses diskusi pada ACP tahap 2

4.6 Instrumen Penelitian

4.6.1 Instrumen penelitian

Pada penelitian ini peneliti menggunakan 3 kuisisioner dan 1 lembar pilihan perawatan akhir hayat, yaitu:

1. Kuisisioner pemahaman

Kuisisioner pemahaman disusun oleh peneliti dari piagam demensia (Australian-National-Dementia, 2005) dan panduan pelaksanaan ACP yang dikeluarkan oleh kementerian kesehatan New Zealand (2012) yang berisi 5 pertanyaan mengenai demensia dan 5 pertanyaan mengenai perencanaan perawatan kesehatan akhir hayat. Merupakan pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban betul dan salah. Pengisian kuisisioner dilakukan mandiri oleh lansia, apabila lansia tidak mampu dilakukan dengan wawancara serta pendampingan oleh petugas panti wredha.

2. Kuisisioner *self efficacy*

Kuisisioner yang digunakan untuk mengukur *self efficacy* pada responden adalah adaptasi *Self Efficacy Scale* yang diambil dari riset yang dilakukan oleh Chen, G., Gully, S. M. & Eden, D. (2001) dan Bandura (2006) berisi 10 item pernyataan yang harus diisi oleh setiap responden sesuai apa yang diyakini. Setiap item memiliki skala likert 1-5 skala 1 menyatakan sangat tidak yakin dan skala 5 menyatakan sangat yakin. Kuisisioner ini dimodifikasi dengan materi *Advance Care Planning* tahap 1 dan 2. Pengisian kuisisioner dilakukan mandiri oleh lansia, apabila lansia tidak mampu dilakukan dengan wawancara serta pendampingan oleh petugas panti wredha.

3. Kuisisioner Sikap tentang Pilihan Perawatan Akhir Hayat

Kuisisioner berjumlah 10 buah yang disusun oleh peneliti dari pedoman ACP yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan New Zealand (2010), dan piagam demensia (Australian-National-Dementia, 2005), serta panduan penyusunan kuisisioner sikap Notoatmodjo (2010). Kuisisioner berisi 5 pernyataan *favorable* dan 5 pernyataan *unfavorable*. Pengisian kuisisioner dilakukan mandiri oleh lansia, apabila lansia tidak mampu dilakukan dengan wawancara serta pendampingan oleh petugas panti wredha.

4. Lembar pilihan perawatan akhir hayat

Berisi 5 pertanyaan dan identitas klien serta orang yang bertanggung jawab pada diri klien. Lembar ini diadaptasi dari organisasi di New Zealand yang bergerak di bidang ACP dan diambil dari website resmi untuk program ACP (New-Zealand-Ministry-of-Health, 2012).

4.6.2 Uji coba instrumen

Kuisisioner tentang pemahaman, *self efficacy* dan sikap yang telah disusun kemudian dilakukan uji coba terlebih dahulu sebelum digunakan untuk pelaksanaan penelitian/pengumpulan data. Uji coba instrumen dimaksudkan untuk mengukur *validitas* dan *reliabilitas* dari kuisisioner. Prosedur yang digunakan dalam uji *validitas* pada instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *validitas* konstruk dengan tehnik homogenitas item (*internal consistency*) menggunakan formula korelasi *Pearson Product Moment* dengan mengkorelasikan setiap skor item pertanyaan dengan skor totalnya. Nilai korelasi

antara skor ítem dan skor total (*item-total correlation*) yang baik adalah lebih dari atau sama dengan 0,3. Dengan nilai $r \geq 0,3$ diharapkan koefisien alpha menjadi lebih tinggi (Dharma, 2011). Berdasarkan pendapat ini maka ítem yang akan dipakai dalam instrumen ini adalah yang memiliki nilai $r \geq 0,304$ sesuai dengan tabel hitung.

Uji *reliabilitas* menggunakan formula *Cronbach alpha* yang menunjukkan koefisien konsistensi internal alat ukur. Batasan koefisien reliabilitas sesuatu alat ukur yang dapat diterima secara umum adalah 0,6, dengan demikian alat ukur yang dianggap *reliable* dan memiliki konsistensi internal yang tinggi jika nilai koefisien *Cronbach alpha* $\geq 0,6$. Uji instrumen dilakukan dengan melibatkan lansia di Posyandu Lansia Kelurahan Mojo RT. 12 RW 03 yang berjumlah 40 orang dengan usia diatas 60 tahun dan memiliki nilai MMSE ≥ 17 .

Tabel dibawah ini merupakan hasil uji validitas dan reliabilitas kuisisioner pemahaman.

Tabel 4.2 Tabel Uji Validitas Kuisisioner Pemahaman

No	Item	Tabel R	Pearson Product Moment	Keterangan
1.	Item 1	0,304	0,496	Valid
2.	Item 2	0,304	0,658	Valid
3.	Item 3	0,304	0,843	Valid
4.	Item 4	0,304	0,428	Valid
5.	Item 5	0,304	0,608	Valid
6.	Item 6	0,304	0,741	Valid
7.	Item 7	0,304	0,608	Valid
8.	Item 8	0,304	0,926	Valid
9.	Item 9	0,304	0,741	Valid
10.	Item 10	0,304	0,502	Valid

Berdasarkan kedua tabel diatas dapat diketahui bahwa kuisisioner keyakinan diri yang digunakan dalam penelitian ini adalah valid dan reliabel.

Tabel dibawah ini merupakan hasil uji validitas dan reliabilitas kuisisioner sikap.

Tabel 4.6 Tabel Uji Validitas Kuisisioner Sikap

No	Item	Tabel R	Pearson Product Moment	Keterangan
1.	Item 1	0,304	0,649	Valid
2.	Item 2	0,304	0,790	Valid
3.	Item 3	0,304	0,649	Valid
4.	Item 4	0,304	0,412	Valid
5.	Item 5	0,304	0,727	Valid
6.	Item 6	0,304	0,438	Valid
7.	Item 7	0,304	0,639	Valid
8.	Item 8	0,304	0,753	Valid
9.	Item 9	0,304	0,727	Valid
10.	Item 10	0,304	0,517	Valid

Tabel 4.7 Tabel Uji Reabilitas Kuisisioner Sikap

No	Item	Pearson Product Moment	Keterangan
1.	Item 1	0,811	Reliabel
2.	Item 2	0,791	Reliabel
3.	Item 3	0,811	Reliabel
4.	Item 4	0,834	Reliabel
5.	Item 5	0,803	Reliabel
6.	Item 6	0,831	Reliabel
7.	Item 7	0,811	Reliabel
8.	Item 8	0,796	Reliabel
9.	Item 9	0,803	Reliabel
10.	Item 10	0,824	Reliabel

Hasil kedua tabel diatas menunjukkan bahwa kuisisioner sikap dalam penelitian ini merupakan kuisisioner yang valid dan reabel.

Tabel 4.3 Tabel Uji Reabilitas Kuisisioner Pemahaman

No	Item	Pearson Product Moment	Keterangan
1.	Item 1	0,845	Reliabel
2.	Item 2	0,840	Reliabel
3.	Item 3	0,814	Reliabel
4.	Item 4	0,855	Reliabel
5.	Item 5	0,839	Reliabel
6.	Item 6	0,824	Reliabel
7.	Item 7	0,839	Reliabel
8.	Item 8	0,801	Reliabel
9.	Item 9	0,824	Reliabel
10.	Item 10	0,849	Reliabel

Dari kedua tabel diatas dapat disimpulkan bahwa kuisisioner pemahaman yang digunakan dalam penelitian ini merupakan kuisisioner yang valid dan reliabel.

Berikut ini merupakan tabel hasil uji validitas dan reliabilitas kuisisioner keyakinan diri (*self efficacy*).

Tabel 4.4 Tabel Uji Validitas Kuisisioner Keyakinan Diri (*Self Efficacy*)

No	Item	Tabel R	Pearson Product Moment	Keterangan
1.	Item 1	0,304	0,663	Valid
2.	Item 2	0,304	0,629	Valid
3.	Item 3	0,304	0,768	Valid
4.	Item 4	0,304	0,626	Valid
5.	Item 5	0,304	0,367	Valid
6.	Item 6	0,304	0,634	Valid
7.	Item 7	0,304	0,418	Valid
8.	Item 8	0,304	0,822	Valid
9.	Item 9	0,304	0,613	Valid
10.	Item 10	0,304	0,359	Valid

Tabel 4.5 Tabel Uji Reabilitas Kuisisioner Keyakinan Diri (*Self Efficacy*)

No	Item	Pearson Product Moment	Keterangan
1.	Item 1	0,773	Reliabel
2.	Item 2	0,777	Reliabel
3.	Item 3	0,753	Reliabel
4.	Item 4	0,774	Reliabel
5.	Item 5	0,797	Reliabel
6.	Item 6	0,773	Reliabel
7.	Item 7	0,797	Reliabel
8.	Item 8	0,745	Reliabel
9.	Item 9	0,776	Reliabel
10.	Item 10	0,809	Reliabel

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 2 bulan di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya. Berikut ini adalah jadwal penelitian yang akan dilakukan.

Tabel 4.8 Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
1	Pengumpulan bahan dan materi	■						
2	Studi pendahuluan		■					
3	Pengajuan usulan penelitian		■	■	■			
4	Ujian proposal dan revisi proposal				■			
5	Uji kelayakan etik dan revisi					■		
5	Pelaksanaan penelitian					■	■	
6	Analisa data dan penyusunan hasil						■	
7	Ujian hasil							■
8	Revisi dan pengumpulan tesis							■

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Tahap persiapan :

- 1) Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan ijin kepada Kepala Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya melalui surat pengantar dari Dekan Fakultas Keperawatan.
- 2) Setelah mendapatkan ijin dan mendapatkan surat pengantar, peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya kemudian mulai melakukan pengumpulan data lansia sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.
- 3) Peneliti memberikan *informed consent* dan lembar persetujuan menjadi responden.

- 4) Peneliti melakukan pembagian responden ke dalam kelompok perlakuan ACP, kelompok perlakuan penyuluhan dan kontrol melalui mekanisme *matching* berdasarkan data umum lansia (usia, jenis kelamin dan hasil FAST dan MMSE).

Tahap pelaksanaan :

- 1) Penelitian diawali dengan pengisian kuisioner tentang data demografi atau data umum responden pada kedua kelompok serta pre-test untuk pemahaman, *self efficacy*, dan sikap tentang pemilihan perawatan akhir hayat. Lansia yang tidak mampu mengisi kuisioner dilakukan wawancara oleh peneliti dan dibantu petugas panti.
- 2) Peneliti melaksanakan program *Advance Care Planning* pada kelompok perlakuan ACP sebanyak 4 kali selama 2 minggu. Setiap sesi dilakukan selama 30 – 45 menit. Program ACP yang diberikan kepada responden adalah ACP tahap 1 pengenalan, dan tahap 2 diskusi dan pemberian motivasi. Tahap 1 terdiri dari 2 sesi dan tahap 2 terdiri dari 2 sesi. Intervensi dilakukan oleh peneliti sendiri sesuai dengan jadwal yang telah disepakati bersama responden. Metode yang digunakan dalam tiap tahap berbeda dan secara lengkap dijelaskan di dalam SAK.
- 3) Kelompok kontrol diberikan intervensi tambahan berupa pembagian *booklet* mengenai demensia tahap lanjut, selain dari intervensi standar yang sudah ada di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya.
- 4) *Post test* pada kelompok perlakuan ACP dilakukan pada akhir tahap 1 dan 2. *Post test* menggunakan kuisioner yang sama pada saat *pre test* yaitu kuisioner

pemahaman, *self efficacy* dan sikap. Data mengenai pilihan akhir hayat didapatkan peneliti dari proses diskusi tahap 2.

- 5) *Post test* pada kelompok kontrol dilakukan pada waktu yang hampir sama dengan kelompok perlakuan ACP.
- 6) Data yang terkumpul kemudian dilakukan analisis dan diolah.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan data

Kegiatan dalam pengolahan data meliputi: memeriksa data (*editing*), memberi kode (*coding*), dan menyusun data (*tabulating*). Kegiatan *editing* adalah memeriksa data yang telah terkumpul dari kuisisioner, yang dilakukan dengan memeriksa jumlah lembaran dan isian kuisisioner, serta melakukan koreksi terhadap kelengkapan pengisian kuisisioner. Jika terdapat jawaban yang tidak jelas atau butir pertanyaan tidak terisi, responden diminta untuk melengkapinya.

Coding merupakan pemberian kode dilakukan untuk mempermudah pengolahan data. Contoh pemberian kode pada penelitian ini adalah R untuk responden, serta untuk karakteristik responden menggunakan kode angka untuk memudahkan tabulasi data.

Langkah terakhir pengolahan data adalah *tabulating*, yaitu penyusunan data yang merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun, dan ditata untuk dianalisis dan disajikan.

4.9.2 Analisis data

1. Analisis deskriptif

Analisis ini digunakan untuk memberikan deskripsi data yang disajikan dalam bentuk tabel. Analisa ini digunakan untuk mendeskripsikan karakter responden dan variabel penelitian. Variabel yang berbentuk kategorik (jenis kelamin, tingkat pendidikan, umur, hasil pemeriksaan FAST/MMSE, pemahaman, *self efficacy* dan sikap) disajikan dalam bentuk proporsi. Variabel pilihan akhir hayat dilakukan *content analysis*, serta disajikan dalam bentuk proporsi sesuai tema yang telah ditentukan.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Mann Whitney* dengan menggunakan bantuan dari *soft ware*, dilakukan untuk mengetahui beda variabel pemahaman dan keyakinan diri sebelum dan sesudah perlakuan antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan. Uji *Wilcoxon Signed Rank Test* digunakan untuk menguji adanya perubahan variabel pemahaman dan keyakinan diri sebelum dengan sesudah perlakuan pada tiap kelompok. *Uji Exact Fisher Test* digunakan untuk mengetahui beda variabel sikap sebelum dan sesudah perlakuan antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Uji *McNemar* digunakan untuk menguji adanya perubahan variabel sikap sebelum dengan sesudah perlakuan pada tiap kelompok ACP dan kelompok kontrol. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,050$.

4.10 Etika Penelitian

Persetujuan dan kerahasiaan responden adalah hal utama yang perlu diperhatikan, oleh karena itu peneliti sebelum melakukan penelitian terlebih dahulu mengajukan *ethical clearance* kepada pihak yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam penelitian agar tidak terjadi pelanggaran terhadap hak otonomi manusia yang menjadi subyek penelitian.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan ijin kepada Kepala Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya serta melakukan uji etik terhadap kelayakan penelitian dari Universitas Airlangga. Setelah mendapatkan persetujuan dari semua pihak tersebut, peneliti memulai penelitian dengan menekankan prinsip dalam etika yang berlaku, yang meliputi:

1. Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan diberikan kepada lansia di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Apabila lansia yang akan diteliti bersedia menjadi responden maka harus menandatangani surat persetujuan, akan tetapi apabila tidak bersedia, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak pasien.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data.

3. Kerahasiaan

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti.

4. Pada kelompok kontrol tetap akan diberikan program ACP setelah penelitian ini berakhir.

BAB 5
HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS

Bab ini menyajikan mengenai hasil dan analisis penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti dengan melibatkan 19 responden yang tinggal di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya. Data yang tersaji meliputi gambaran lokasi penelitian, karakteristik responden, pemahaman responden, keyakinan diri (*self efficacy*) dan sikap lansia tentang pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat. Penelitian dilakukan selama 4 minggu yaitu sejak tanggal 21 April hingga 24 Mei 2014.

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Panti Tresna Wredha Hargo Dedali merupakan panti yang dikelola oleh Yayasan Hargo Dedali. Pembiayaan panti ini dilakukan secara mandiri (dilakukan oleh Yayasan dan iuran dari lansia) dan bantuan dari dinas sosial dan atau donatur. Panti ini memiliki daya tampung 50 lansia. Saat ini penghuni panti berjumlah 43 orang. Para penghuni dibagi menjadi 3 wisma, yaitu wisma melati, wisma mawar dan kenanga. Dalam setiap kamar terdapat 2-3 tempat tidur bergantung dari tingkat ketergantungan klien. Klien yang memiliki tingkat ketergantungan tinggi berada di wisma kenanga.

Panti ini dikelola oleh 2 orang pengelola dan 2 orang petugas kesehatan lulusan SMK kesehatan. Para petugas ini dibantu oleh 2 orang laki-laki sebagai penjaga dan tukang kebun, selain itu untuk kebersihan panti, memasak, mencuci

baju dan pemenuhan kebutuhan dasar lansia (mandi, buang air kecil, menyuapi dan buang air besar) dibantu oleh 10 orang wanita sebagai pekerja umum.

5.2 Karakteristik Responden

Jumlah responden pada penelitian ini adalah 19 orang. Sembilan orang merupakan kelompok kontrol dan 10 orang merupakan kelompok perlakuan. Kelompok kontrol seharusnya berjumlah 10 orang, namun pada pertengahan penelitian responden mengalami kecelakaan dan harus dirawat di rumah sakit, sehingga responden dikeluarkan dari kelompok kontrol. Data karakteristik diuraikan berdasarkan usia, pendidikan, *Mini Mental State Exam* (MMSE), agama, status pernikahan, suku dan riwayat masuk panti.

5.2.1 Usia

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden berdasarkan usia di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan		Nilai p
	f	%	f	%	
Usia					
61-70 th	2	22,22	1	10	p = 0,861
71-80 th	2	22,22	3	30	
81-90 th	3	33,33	6	60	
91-100 th	1	11,11	0	0	
> 100 th	1	11,11	0	0	
Total	9	100	10	100	

Berdasarkan tabel 5.1 sebagian besar responden kelompok kontrol berumur 81-90 tahun yaitu sebesar 33,33% dan 60% pada kelompok perlakuan. Hasil uji Homogenitas antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan didapatkan nilai $p = 0,861$ ($p > 0,050$) berarti tidak ada perbedaan karakteristik umur pada kedua kelompok tersebut.

5.2.2 Pendidikan

Tabel 5.2 Distribusi karakteristik responden berdasarkan pendidikan di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan		Nilai p p = 0,600
	f	%	f	%	
Pendidikan					
Tidak Sekolah	2	22,22	3	30	
SD	1	11,11	0	0	
SMP	2	22,22	1	10	
SMA	4	44,44	5	50	
PT	0	0	0	0	
Total	9	100	10	100	

Berdasarkan tabel 5.2 sebagian besar responden kelompok kontrol memiliki pendidikan terakhir SMA atau sederajat yaitu sebesar 44,44% dan 55,55% pada kelompok perlakuan. Hasil uji Homogenitas antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan didapatkan nilai $p = 0,600$ ($p > 0,050$) berarti tidak ada perbedaan karakteristik pendidikan pada kedua kelompok tersebut.

5.2.3 Hasil Pemeriksaan MMSE

Tabel 5.3 Distribusi karakteristik responden berdasarkan MMSE di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan		Nilai p
	f	%	f	%	
Pemeriksaan MMSE					
Gangguan kognitif	0	0	0	0	p = 0,770
Indikasi gangguan kognitif	6	66,66	6	60	
Normal	3	33,33	4	40	
Total	9	100	10	100	

Berdasarkan tabel 5.3 sebagian besar responden kelompok kontrol memiliki skor MMSE dalam kategori indikasi gangguan kognitif yaitu sebesar

66,66% dan 60% pada kelompok perlakuan. Hasil uji Homogenitas antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan didapatkan nilai *Asymp sig.* = 0,770 ($p > 0,050$) berarti tidak ada perbedaan karakteristik MMSE pada kedua kelompok tersebut.

5.2.4 Status Pernikahan

Tabel 5.4 Distribusi karakteristik responden berdasarkan status pernikahan di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan	
	f	%	f	%
Status pernikahan				
Belum Menikah	1	11,11	1	10
Menikah	8	88,88	9	90
Total	9	100	10	100

Tabel 5.4 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan status pernikahan menunjukkan bahwa sebagian besar responden menikah yaitu sebesar 88,88% pada kelompok kontrol dan 90% pada kelompok perlakuan.

5.2.5 Agama

Tabel 5.5 Distribusi karakteristik responden berdasarkan agama di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan	
	f	%	f	%
Agama				
Kristen	1	11,11	1	10
Islam	8	88,88	9	90
Total	9	100	10	100

Tabel 5.5 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan agama yaitu pada kelompok kontrol responden yang beragama Islam sebesar 88,88% dan pada kelompok perlakuan sebesar 90%.

5.2.6 Suku

Tabel 5.6 Distribusi karakteristik responden berdasarkan sukudi Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan	
	f	%	f	%
Suku				
Jawa	6	66,66	7	70
Madura	2	22,22	2	20
Betawi	0	0	1	10
Batak	1	11,11	0	0
Total	9	100	10	100

Tabel 5.6 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan suku yaitu pada kelompok kontrol responden yang berasal dari suku Jawa sebesar 66,66% dan pada kelompok perlakuan sebesar 70%.

5.2.7 Riwayat masuk panti

Tabel 5.7 Distribusi karakteristik responden berdasarkan sukudi Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan	
	f	%	f	%
Riwayat masuk panti				
Keinginan sendiri	4	44,44	6	60
Keinginan keluarga	3	33,33	4	40
Dibawa oleh Dinas sosial	2	22,22	0	0
Total	9	100	10	100

Tabel 5.7 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan riwayat masuk panti pada kelompok kontrol responden yang masuk panti atas keinginan sendiri sebesar 44,44 % dan pada kelompok perlakuan sebesar 60%.

5.3 Data Variabel Penelitian

5.3.1 Pemahaman

5.3.1.1 Pemahaman responden sebelum (*pre test*) diberikan intervensi modifikasi Advance Care Planning (ACP)

Pemahaman responden sebelum (*pre test*) diberikan intervensi modifikasi

Advance Care Planning (ACP) adalah sebagai berikut:

Tabel 5.8 Distribusi Pemahaman responden sebelum (*pre test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan		Nilai p p = 0,125
	f	%	f	%	
Kategori					
Baik	0	0	0	0	
Cukup	7	77,77	10	100	
Kurang	2	22,22	0	0	
Total	9	100	10	100	

Tabel 5.9 Distribusi skor jawaban kuisisioner pemahaman tiap item sebelum (*pre test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Pertanyaan		Kelompok Kontrol						Kelompok Perlakuan					
		Tidak Tahu		Salah		Benar		Tidak Tahu		Salah		Benar	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Definisi	Item 1	0	0	7	77,77	2	22,22	0	0	9	90	1	10
Penyebab	Item 2	2	22,22	5	55,55	2	22,22	0	0	10	100	0	0
	Item 3	7	77,77	1	11,11	1	11,11	5	50	2	20	3	30
Prognosis	Item 4	2	22,22	3	33,33	4	44,44	1	10	2	20	7	70
Gejala	Item 5	1	11,11	2	22,22	6	66,66	0	0	5	50	5	50
Definisi ACP	Item 9	0	0	1	11,11	9	99,99	0	0	9	90	1	10
Tujuan & manfaat	Item 6	2	22,22	3	33,33	4	44,44	1	10	3	30	6	60
	Item 8	1	11,11	4	44,44	4	44,44	0	0	1	10	9	90
Langkah ACP	Item 7	2	22,22	3	33,33	4	44,44	2	20	3	30	5	50
Isi ACP	Item 10	0	0	8	88,88	2	22,22	0	0	3	30	7	70

Tabel 5.8 menunjukkan pemahaman responden pada kelompok kontrol sebagian besar dalam kategori cukup (77,77%), begitu pula pada kelompok perlakuan menunjukkan pemahaman responden seluruhnya dalam kategori cukup (100%). Hasil uji beda dengan menggunakan *Mann Whitney* menunjukkan nilai $p=0,125$ ($p>0,050$), berarti tidak ada beda hasil *pre test* pada kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan.

5.3.1.2 Pemahaman responden setelah (*post test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP)

Pemahaman responden setelah (*post test*) diberikan intervensi modifikasi

Advance Care Planning (ACP) adalah sebagai berikut:

Tabel 5.10 Distribusi Pemahaman responden setelah (*post test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan		Nilai p
	f	%	f	%	
Kategori					$p = 0,000$
Baik	1	11,11	10	100	
Cukup	6	66,66	0	0	
Kurang	2	22,22	0	0	
Total	9	100	10	100	

Tabel 5.11 Distribusi skor jawaban kuisisioner pemahaman tiap item sesudah (*post test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Pertanyaan		Kelompok Kontrol						Kelompok Perlakuan					
		Tidak Tahu		Salah		Benar		Tidak Tahu		Salah		Benar	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Definisi	Item 1	0	0	7	77,77	2	22,22	0	0	1	10	9	90
	Item 2	2	22,22	5	55,55	2	22,22	0	0	8	80	2	20
Penyebab	Item 3	2	22,22	5	55,55	2	22,22	0	0	5	50	5	50
	Item 4	2	22,22	3	33,33	4	44,44	0	0	2	20	8	80
Gejala	Item 5	1	11,11	3	33,33	5	55,55	0	0	4	40	6	60
Definisi	Item 9	0	0	8	88,88	1	11,11	0	0	6	60	4	40
	Item 6	2	22,22	4	44,44	3	44,44	0	0	3	30	7	70
	Item 8	0	0	5	55,55	4	44,44	0	0	1	10	9	90
Langkah ACP	Item 7	1	11,11	4	44,44	4	44,44	0	0	3	30	7	70
Isi ACP	Item 10	1	11,11	7	77,77	1	11,11	0	0	4	40	6	60

Tabel 5.10 menunjukkan pemahaman responden pada kelompok kontrol sebagian besar dalam kategori cukup (66,66%), sedangkan pada kelompok perlakuan menunjukkan pemahaman responden seluruhnya dalam kategori baik (100%). Hasil uji beda dengan menggunakan *Mann Whitney* menunjukkan nilai $p=0,000$ ($p<0,050$), berarti ada beda hasil *post test* pada kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan.

5.3.2 Keyakinan Diri (*Self Efficacy*)

5.3.2.1 Keyakinan diri sebelum (*Pre test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning (ACP)*

Keyakinan diri responden sebelum (*pre test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning (ACP)* adalah sebagai berikut:

Tabel 5.12 Distribusi Keyakinan Diri Responden Sebelum (*pre test*) Diberikan Intervensi Modifikasi *Advance Care Planning (ACP)* di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan		Nilai p
	f	%	f	%	
Kategori					
Tinggi	1	11,11	0	0	p = 0,125
Cukup	7	77,77	10	100	
Rendah	1	11,11	0	0	
Total	9	100	10	100	

Tabel 5.13 Distribusi skor jawaban kuisioner keyakinan diri tiap item sebelum (*pre test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Pertanyaan	Kelompok Kontrol						Kelompok Perlakuan						
	Tidak Yakin		Cukup Yakin		Yakin		Tidak Yakin		Cukup Yakin		Yakin		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Inisiatif	Item 1	4	44,44	4	44,44	1	11,11	2	20	8	80	0	0
	Item 2	3	33,33	5	55,55	1	11,11	3	30	6	60	2	20
	Item 9	7	77,77	1	11,11	1	11,11	3	30	4	40	3	30
Ketekunan	Item 4	7	77,77	1	11,11	1	11,11	5	50	4	40	1	10
	Item 5	7	77,77	1	11,11	1	11,11	3	30	5	50	2	20
	Item 10	5	55,55	4	44,44	0	0	4	40	6	60	0	0
Usaha	Item 3	2	22,22	6	66,66	1	11,11	3	30	5	50	1	10
	Item 6	5	55,55	3	33,33	1	11,11	5	50	3	30	1	10
	Item 7	4	44,44	4	44,44	1	11,11	6	60	4	40	0	0
	Item 8	7	77,77	2	22,22	0	0	4	40	4	40	2	20

Tabel 5.12 menunjukkan keyakinan diri responden pada kelompok kontrol sebagian besar dalam kategori cukup (77,77%) dan pada kelompok perlakuan menunjukkan keyakinan diri responden seluruhnya dalam kategori baik (100%). Hasil uji beda dengan menggunakan *Mann Whitney* menunjukkan nilai $p=0,125$ ($p>0,050$), berarti tidak ada beda hasil *pre test* pada kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan.

5.3.2.2 Keyakinan diri setelah (*post test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP)

Keyakinan diri responden setelah (*post test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) adalah sebagai berikut:

Tabel 5.14 Distribusi Keyakinan Diri Responden Setelah (*Post test*) Diberikan Intervensi Modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan		Nilai p p = 0,001
	f	%	f	%	
Kategori					
Tinggi	1	11,11	9	90	
Cukup	8	88,88	1	10	
Rendah	0	0	0	0	
Total	9	100	10	100	

Tabel 5.15 Distribusi skor jawaban kuisisioner keyakinan diri tiap item sesudah (*post test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Pertanyaan	Kelompok Kontrol						Kelompok Perlakuan						
	Tidak Yakin		Cukup Yakin		Yakin		Tidak Yakin		Cukup Yakin		Yakin		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Inisiatif	Item 1	3	33,33	5	55,55	1	11,11	0	0	4	40	6	60
	Item 2	2	22,22	6	66,66	1	11,11	0	0	5	50	5	50
	Item 9	7	77,77	1	11,11	1	11,11	0	0	4	40	6	60
Ketekunan	Item 4	6	66,66	2	22,22	1	11,11	0	0	5	50	5	50
	Item 5	7	77,77	1	11,11	1	11,11	1	10	3	30	6	60
	Item 10	0	0	5	55,55	4	44,44	0	0	4	40	6	60
Usaha	Item 3	1	11,11	7	77,77	1	11,11	0	0	5	50	5	50
	Item 6	4	44,44	4	44,44	1	11,11	0	0	2	20	8	80
	Item 7	3	33,33	4	44,44	2	22,22	1	10	6	60	3	30
	Item 8	6	66,66	2	22,22	1	11,11	1	10	5	50	4	40

Tabel 5.14 menunjukkan keyakinan diri responden pada kelompok kontrol sebagian besar dalam kategori cukup (88,88%), sedangkan pada kelompok perlakuan menunjukkan keyakinan diri responden sebagian besar dalam kategori baik (90 %). Hasil uji beda dengan menggunakan *Mann Whitney* menunjukkan nilai $p=0,001$ ($p<0,050$), berarti ada beda hasil *post test* pada kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan.

5.3.3 Sikap

5.3.3.1 Sikap sebelum (*Pre test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP)

Sikap responden sebelum (*pre test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) adalah sebagai berikut:

Tabel 5.16 Distribusi Sikap Responden Sebelum (*pre test*) Diberikan Intervensi Modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan		Nilai p
	f	%	f	%	
Kategori Positif	1	11,11	9	90	p = 0,628
Kategori Negatif	8	88,88	1	10	
Total	9	100	10	100	

Tabel 5.17 Distribusi skor jawaban kuisioner sikap tiap item sebelum (*pre test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Pertanyaan		Kelompok Kontrol								Kelompok Perlakuan							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Kepercayaan terhadap program	Item 6	4	44,44	4	44,44	1	11,11	0	0	3	30	5	50	2	20	0	0
	Item 9	4	44,44	5	55,55	0	0	0	0	1	10	6	60	3	30	0	0
Penilaian terhadap program	Item 2	1	11,11	6	66,66	2	22,22	0	0	1	10	7	70	2	20	0	0
	Item 4	5	55,55	4	44,44	0	0	0	0	2	20	5	50	3	30	0	0
	Item 7	4	44,44	3	33,33	2	22,22	0	0	4	40	4	40	2	20	0	0
	Item 10	3	33,33	3	33,33	3	33,33	0	0	3	30	4	40	3	30	0	0
Kecenderungan menentukan pilihan perawatan akhir hayat	Item 1	2	22,22	6	66,66	1	11,11	0	0	0	0	5	50	5	50	0	0
	Item 3	7	77,77	2	22,22	0	0	0	0	4	40	3	30	3	30	0	0
	Item 5	1	11,11	6	66,66	2	22,22	0	0	2	20	5	50	3	30	0	0
	Item 8	3	33,33	6	66,66	1	11,11	0	0	6	60	2	20	2	20	0	0

Tabel 5.16 menunjukkan sikap responden pada kelompok kontrol sebagian besar adalah sikap negatif (77,77%), begitu pula pada kelompok perlakuan menunjukkan sikap responden sebagian besar adalah sikap negatif (60%). Hasil uji beda dengan menggunakan *Fisher Test* menunjukkan nilai $p=0,628(p>0,050)$, berarti tidak ada beda hasil *pre test* pada kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan.

5.3.3.2 Sikap setelah (*post test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP)

Sikap responden setelah (*post test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) adalah sebagai berikut:

Tabel 5.18 Distribusi Sikap Responden Setelah (*Post test*) Diberikan Intervensi Modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Kelompok	Kontrol		Perlakuan		Nilai p
	f	%	f	%	
Kategori Positif	2	22,22	10	100	p = 0,001
Kategori Negatif	7	77,77	0	0	
Total	9	100	10	100	

Tabel 5.19 Distribusi skor jawaban kuisioner sikap tiap item sesudah (*post test*) diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya tanggal 21 April - 24 Mei 2014.

Pertanyaan		Kelompok Kontrol								Kelompok Perlakuan							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Kepercayaan terhadap program	Item 6	3	33,33	5	55,55	1	11,11	0	0	0	0	3	30	6	60	1	10
	Item 9	4	44,44	5	55,55	0	0	0	0	0	0	4	40	5	50	1	10
Penilaian terhadap program	Item 2	1	11,11	7	77,77	1	11,11	0	0	1	10	3	30	5	50	1	10
	Item 4	5	55,55	4	44,44	0	11,11	0	0	0	0	3	30	4	40	3	30
	Item 7	4	44,44	3	33,33	2	22,22	1	11,11	0	0	4	40	4	40	2	20
	Item 10	3	33,33	3	33,33	3	33,33	0	0	0	0	2	20	6	60	2	20
Kecenderungan menentukan pilihan perawatan akhir hayat	Item 1	4	44,44	4	44,44	1	11,11	0	0	0	0	0	0	8	80	2	20
	Item 3	5	55,55	4	44,44	0	0	0	0	0	0	2	20	7	70	1	10
	Item 5	1	11,11	6	66,66	2	22,22	0	0	2	20	0	0	6	60	2	20
	Item 8	4	44,44	4	44,44	1	11,11	0	0	0	0	2	20	7	70	1	10

Tabel 5.18 menunjukkan sikap responden pada kelompok kontrol sebagian besar adalah sikap negatif (77,77%), sedangkan pada kelompok perlakuan menunjukkan sikap responden seluruhnya adalah sikap positif (100%). Hasil uji beda dengan menggunakan *Fisher Test* menunjukkan nilai $p=0,001$ ($p<0,050$), berarti ada beda hasil *post test* pada kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan.

5.3.4 Efek modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) terhadap pemahaman

Tabel 5.20 Tabulasi Silang *Pre test* dan *Post test* Pemahaman Responden Kelompok Kontrol

Pemahaman	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Baik	0	0	1	11,11
Cukup	7	77,77	6	66,66
Kurang	2	22,22	2	22,22
Total	9	100	9	100

Analisis *Wilcoxon Signed Rank Test* $p = 0,317$ ($p > 0,050$)

Berdasarkan tabel 5.20 diketahui bahwa sebelum intervensi responden pada kelompok kontrol paling banyak memiliki pemahaman cukup (77,77%). Setelah intervensi dengan pemberian *booklet*, responden paling banyak memiliki pemahaman cukup (66,66%). Hasil uji statistik dengan menggunakan *Wilcoxon signed rank test* menunjukkan bahwa tidak ada perubahan pemahaman antara sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.21 Tabulasi Silang *Pre test* dan *Post test* Pemahaman Responden Kelompok Perlakuan

Pemahaman	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Baik	0	0	10	100
Cukup	10	100	0	0
Kurang	0	0	0	0
Total	100	100	10	100

Analisis *Wilcoxon Signed Rank Test* $p = 0,002$ ($p < 0,050$)

Pada analisis tabel 5.21 menunjukkan bahwa hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* terdapat perubahan pemahaman responden yang signifikan pada kelompok perlakuan. Pemahaman responden sebelum pemberian intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) seluruhnya adalah cukup (100%), setelah intervensi pemahaman responden seluruhnya menjadi baik.

5.3.5 Efek modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) terhadap keyakinan diri

Tabel 5.22 Tabulasi Silang *Pre test* dan *Post test* Keyakinan Diri Responden Kelompok Kontrol

Keyakinan Diri	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Tinggi	1	11,11	1	11,11
Cukup	7	77,77	8	88,88
Rendah	1	11,11	0	0
Total	9	100	9	100

Analisa *Wilcoxon Signed Rank Test* = 0,317 ($p > 0,050$)

Tabel 5.22 menunjukkan bahwa keyakinan diri responden pada kelompok kontrol paling banyak adalah Cukup (77,77%). Setelah intervensi dengan pemberian *booklet*, keyakinan diri responden paling banyak adalah cukup (88,88%). Hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon signed rank test* menunjukkan bahwa tidak ada perubahan keyakinan diri antara sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.23 Tabulasi Silang *Pre test* dan *Post test* Keyakinan Diri Responden Kelompok Perlakuan

Keyakinan Diri	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Tinggi	0	0	9	90
Cukup	10	100	1	10
Rendah	0	0	0	0
Total	10	100	9	100

Analisa *Wilcoxon Signed Rank Test* = 0,003 ($p < 0,050$)

Analisis tabel 5.23 menunjukkan bahwa hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* terdapat perubahan keyakinan diri responden yang signifikan pada kelompok perlakuan. Keyakinan diri responden sebelum pemberian intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) seluruhnya adalah cukup (100%), setelah intervensi, keyakinan diri responden sebagian besar adalah tinggi (90%).

5.3.6 Efek modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) terhadap sikap

Tabel 5.24 Tabulasi Silang *Pre test* dan *Post test* Sikap Responden Kelompok Kontrol

Sikap	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Positif	2	22,22	2	22,22
Negatif	7	77,77	7	77,77
Total	9	100	9	100

Analisa McNemar Test $p = 1,000$ ($p > 0,050$)

Tabel 5.24 menunjukkan bahwa sikap responden pada kelompok kontrol paling banyak adalah negatif (77,77%). Setelah intervensi dengan pemberian *booklet*, sikap responden paling banyak tetap negatif (77,77%). Hasil uji statistik dengan menggunakan *Mc Nemar Test* menunjukkan bahwa tidak ada perubahan sikap antara sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5.25 Tabulasi Silang *Pre test* dan *Post test* Sikap Responden Kelompok Perlakuan

Sikap	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Positif	4	40	10	100
Negatif	6	60	0	0
Total	10	100	9	100

Analisa McNemar Test $p = 0,031$ ($p < 0,050$)

Analisis tabel 5.25 menunjukkan bahwa hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* terdapat perubahan sikap responden yang signifikan pada kelompok perlakuan. Sikap responden sebelum pemberian intervensi modifikasi *Advance*

Care Planning (ACP) paling banyak adalah negatif (60%), setelah intervensi, sikap responden seluruhnya bersikap positif (100%).

5.4 Pilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat

Subbab ini menjelaskan hasil diskusi pertemuan ke 2 yaitu mengenai pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat 10 responden pada kelompok perlakuan. Dari 10 responden diketahui bahwa 3 orang (30%) telah membuat pilihan perawatan akhir hayat secara lengkap, dan 7 orang (70%) belum membuat pilihan perawatan akhir hayat secara lengkap. Berikut ini adalah rincian mengenai pilihan yang sudah dilakukan oleh kesepuluh responden tersebut:

5.4.1 Orang yang bertanggung jawab

Pertanyaan yang diajukan oleh peneliti untuk mendukung pernyataan ini adalah:

“Siapakah orang/keluarga Mbah yang bertanggung jawab untuk Mbah? Kalo boleh tahu siapa namanya?”

Jawaban yang diperoleh peneliti dari responden dikelompokkan menjadi 2, yaitu:

1. Belum memilih orang yang bertanggung jawab, yaitu sebanyak 20%.
2. Sudah memilih orang yang bertanggung jawab, yaitu sebanyak 80%.

2.4.2 Harapan dan ketakutan

Pertanyaan yang diajukan untuk mengetahui harapan dan ketakutan responden adalah sebagai berikut:

“Apa harapan dan ketakutan yang ingin Mbah ungkapkan untuk keluarga? Bisakah Mbah ceritakan kepada saya?”

Jawaban yang dikemukakan oleh responden sangat beragam mengenai hal ini.

Berikut adalah harapan dan ketakutan yang diceritakan oleh responden:

1. Responden yang menyatakan masih ada harapan yang belum terpenuhi dan ketakutan yang dirasakan, yaitu sebesar 80%.
2. Responden yang menyatakan bahwa semua harapan sudah terpenuhi dan tidak ada ketakutan yang dirasakan, yaitu sebesar 20%.

2.4.3 Hal yang berharga

Pertanyaan yang diajukan untuk mengetahui hal yang paling penting/berharga bagi responden adalah sebagai berikut:

“Menurut Mbah apa hal yang paling penting bagi Mbah?”

Jawaban yang dikemukakan oleh responden mengenai hal ini adalah sebagai berikut:

1. Responden yang sudah memilih hal yang berharga bagi diri, yaitu sebesar 60%.
2. Responden yang belum memilih hal yang berharga bagi diri, yaitu sebesar 40%.

2.4.4 Perawatan medis

Pertanyaan yang diajukan untuk mengetahui pilihan perawatan medis akhir hayat responden adalah sebagai berikut:

“Menurut Mbah ketika nanti di akhir hayat, Mbah mengalami sakit parah, perawatan medis apa yang akan mbah pilih? Apakah perawatan medis yang memperpanjang hidup dengan menggunakan bantuan peralatan medis atautkah perawatan medis yang tidak memperpanjang hidup, melainkan menunjang kualitas hidup?”

Jawaban yang dikemukakan oleh responden mengenai hal ini adalah sebagai berikut:

1. Tidak tahu perawatan medis yang dipilih

Sebanyak 30% responden menyatakan tidak tahu/belum tahu/belum memikirkan mengenai perawatan medis yang akan dipilih.

2. Tergantung keputusan keluarga

Sebanyak 10% responden menyatakan perawatan medis yang dipilih tergantung keluarga.

3. Perawatan medis yang memperpanjang hidup

Sebesar 30% responden memilih perawatan medis yang memperpanjang hidup.

4. Perawatan medis yang menunjang kualitas hidup, tanpa memperpanjang hidup

Sebesar 30% responden memilih perawatan medis yang menunjang kualitas hidup tanpa memperpanjang hidup.

2.4.5 Tempat perawatan akhir hayat

Pertanyaan yang diajukan kepada responden untuk mengetahui pilihan responden mengenai tempat perawatan akhir hayat adalah

“Dimanakah Mbah nanti ingin dirawat pada saat akhir hayat? Apakah Di rumah bersama keluarga, di panti, di Rumah sakit atau mungkin ada tempat lain?”

Jawaban yang dikemukakan oleh responden mengenai hal ini adalah sebagai berikut:

1. Rumah

Sebesar 50% responden memilih tempat perawatan akhir hayat di Rumah bersama keluarga.

2. Panti

Sebesar 10% responden memilih tempat perawatan akhir hayat di Panti Wredha

3. Rumah Sakit

Sebesar 10% responden memilih tempat perawatan akhir hayat di Rumah Sakit.

4. Tidak tahu

Sebesar 30% responden belum memilih tempat perawatan akhir hayat

2.4.6 Tempat pemakaman

Pertanyaan yang diajukan kepada responden untuk mengetahui pilihan responden mengenai tempat pemakaman adalah

“Dimanakah Mbah nanti ingin dimakamkan?”

Jawaban yang dikemukakan oleh responden mengenai hal ini adalah sebagai berikut:

1. Sudah memilih

Sebesar 50% responden sudah memilih tempat pemakaman.

2. Belum memilih

Sebesar 20% responden belum memilih tempat pemakaman.

3. Tergantung keluarga

Sebesar 30% responden memilih tempat perawatan tergantung keluarga.

2.4.7 Cara pemakaman

Pertanyaan yang diajukan kepada responden untuk mengetahui pilihan responden mengenai cara pemakaman adalah

“Nanti ketika mbah sudah meninggal mbah ingin dimakamkan dengan cara apa?”

Jawaban yang dikemukakan oleh responden mengenai hal ini adalah sebagai berikut:

1. Islam

Sebagian besar responden (90%) memilih cara pemakaman Islam.

2. Kristen

Sebagian kecil responden (10%) memilih cara pemakaman Kristen

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang efek intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) terhadap pemahaman, keyakinan diri dan sikap lansia mengenai pilihan perawatan akhir hayat. Selain itu bab ini menunjukkan keterbatasan penelitian yang telah dilakukan.

6.1 Efek Intervensi Modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) terhadap Pemahaman Lansia Mengenai Pilihan Perawatan Akhir Hayat

Berdasarkan analisis pada tabel 5.20 dan 5.21 terlihat bahwa pemahaman pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan. Sebelum intervensi modifikasi ACP, pemahaman responden seluruhnya dalam kategori cukup, setelah intervensi dilakukan, pemahaman responden meningkat menjadi kategori baik. Hal ini tidak terlihat pada kelompok kontrol (tabel 5.20), pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan pemahaman secara signifikan, hanya 1 orang yang mengalami peningkatan pemahaman dari cukup menjadi baik dan responden lain tetap memiliki pemahaman dalam kategori cukup.

Pemahaman merupakan tingkatan kedua dalam teori kognitif Bloom. Pemahaman didapatkan setelah responden mengetahui melalui penginderaan. Seseorang memahami suatu objek dengan menjelaskan, menyebutkan, menyimpulkan, meramalkan terhadap objek yang telah dipelajari. Pemahaman tidak dapat diperoleh hanya melalui proses penginderaan saja (Notoadmojo, 2010). Tingkat pemahaman dipengaruhi oleh pendidikan, usia dan pekerjaan seseorang (Notoadmojo, 2003). Pada penelitian ini telah dilakukan uji

homogenitas berdasarkan usia, tingkat pendidikan dan fungsi kognitif (skor MMSE) pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, hasil uji homogenitas terhadap ketiga karakteristik demografi tersebut menunjukkan $p > 0,050$, yang berarti sebaran responden pada kelompok kontrol dan perlakuan relatif sama berdasarkan ketiga karakteristik usia, tingkat pendidikan dan fungsi kognitif.

Pada kelompok kontrol yang hanya diberikan *booklet* hanya ada 1 responden yang mengalami peningkatan pemahaman menjadi baik. *Booklet* yang diberikan belum dapat membentuk pemahaman yang baik terhadap lansia. Hal ini dapat disebabkan karena beberapa lansia memiliki keterbatasan dalam membaca, meskipun *booklet* yang diberikan telah dilengkapi dengan berbagai gambar yang informatif. Selain itu untuk membantu lansia membaca, peneliti telah membantu responden yaitu dengan membacakan isi *booklet*, namun upaya ini ternyata juga tidak membantu banyak. Hal ini dapat disebabkan karena informasi yang diberikan hanya satu arah dan terbatas melalui satu media saja.

Pada kelompok perlakuan metode yang digunakan untuk meningkatkan pemahaman adalah dengan modifikasi *Advance Care Planning* tahap 1 dan 2. ACP tahap 1 dilakukan dengan pemberian informasi mengenai perawatan akhir hayat dan demensia. Metode yang digunakan dalam tahap 1 ini adalah, ceramah, video dan *booklet*. Pada tahapan ini pemberian informasi diterima melalui indera pendengaran dan penglihatan. Pemberian informasi melalui beragam media memungkinkan peningkatan daya tangkap lansia dalam menerima informasi tersebut, meskipun lansia mengalami kemunduran panca indera. Proses penuaan pada lansia menyebabkan adanya kemunduran panca indera. Kemunduran ini dapat menyebabkan penurunan daya tangkap informasi (Nugroho, 2012).

ACP tahap 2 membantu lansia untuk mengembangkan pemahaman dengan melatih lansia untuk mengungkapkan pendapat mengenai perawatan kesehatan akhir hayat melalui proses diskusi. Pemahaman yang utuh mengenai perawatan akhir hayat terbentuk dengan ACP tahap 1 dan 2. Modifikasi ACP tahap 1 dan 2 dilakukan secara lebih sistematis dan kontinyu, selain itu ACP juga berfokus pada masalah tiap individu (Ministry-Health-New-Zealand, 2011). Hal ini akan sangat mendukung penyampaian informasi pada lansia.

Modifikasi ACP dengan dibantu dengan pemutaran video mengenai dementia tahap lanjut, juga memberikan pemahaman yang lebih pada lansia. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Deep *et al.* Pada tahun 2010 menyatakan bahwa sebanyak 98,3% responden menyatakan terbantu dan sangat terbantu dalam mendapatkan gambaran dan informasi mengenai Demensia tahap lanjut dengan adanya pemutaran video. Pemberian informasi melalui modifikasi ACP Tahap 1 dan 2 meningkatkan daya tangkap informasi melalui panca indera, kemudian akan meningkatkan pemahaman pada lansia mengenai demensia dan perawatan akhir hayat.

6.2 Efek Intervensi Modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) terhadap Keyakinan Diri Lansia Mengenai Pilihan Perawatan Akhir Hayat

Hasil pengujian dan analisis pada tabel 5.22 dan 5.23 diketahui bahwa keyakinan diri pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan. Sebelum intervensi modifikasi ACP, keyakinan diri responden seluruhnya dalam kategori cukup. Setelah intervensi dilakukan, keyakinan diri responden meningkat menjadi kategori tinggi. Hal ini tidak terlihat pada kelompok kontrol (tabel 5.22),

pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan keyakinan diri secara signifikan. Hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon signed rank test* menunjukkan bahwa tidak ada perubahan keyakinan diri antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol. Keyakinan diri sebagian besar responden sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol tetap dalam kategori cukup.

Keyakinan diri merupakan keyakinan akan kemampuan individu untuk dapat mengorganisasi dan melaksanakan serangkaian tindakan yang dianggap perlu sehingga mencapai hasil sesuai harapan (Bandura, 1997). Lansia memerlukan keyakinan diri yang tinggi untuk dapat melakukan pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat. Pada tabel 5.15 diketahui adanya peningkatan keyakinan diri sebelum dan sesudah perlakuan modifikasi ACP tahap 1 dan 2. Keyakinan diri ini membantu klien untuk dapat mempersiapkan perawatan kesehatan akhir hayat.

Keyakinan diri pada lanjut usia berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuan, seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dialami. Keterlibatan lansia dalam berbagai macam aktivitas, akan dapat mempengaruhi keyakinan diri yang berkontribusi mempertahankan fungsi sosial, fisik, dan intelektual yang mengalami penurunan pada usia ini. Keyakinan diri dapat digunakan untuk memperkirakan berbagai aspek yang berbeda yang mempengaruhi fungsi lansia (Stefen, A. M, et al., 2002). Dalam hal ini keyakinan diri dapat digunakan untuk memperkirakan pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat lansia.

Peningkatan keyakinan diri lansia dari cukup menjadi tinggi pada modifikasi ACP disebabkan oleh *Vicarious experience* dan *Verbal persuasion*. Pembentukan *self efficacy* dengan *Vicarious experience*, berasal dari pengalaman

dan meniru perilaku orang lain melalui video mengenai “Demensia tahap lanjut” dan “ACP” yang diputar pada saat ACP tahap 1. Persuasi verbal diberikan pada saat proses ACP tahap 1 dan 2, ceramah, diskusi dan pemberian motivasi yang telah dilakukan peneliti bertujuan agar klien dapat melakukan pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Volandes (2009), Deep *et al.* (2010) belum menjelaskan secara rinci mengenai efek ACP terhadap keyakinan diri lansia.

6.3 Efek Intervensi Modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) terhadap Sikap Lansia Mengenai Pilihan Perawatan Akhir Hayat

Hasil pengujian dan analisis pada tabel 5.24 dan 5.25 diketahui bahwa ada perubahan sikap pada kelompok perlakuan. Sebelum intervensi modifikasi ACP, sikap yang ditunjukkan oleh kelompok perlakuan sebagian besar (60%) adalah sikap negatif. Setelah intervensi dilakukan, sikap yang ditunjukkan responden menjadi sikap positif. Hal serupa tidak terlihat pada kelompok kontrol (tabel 5.25), pada kelompok kontrol tidak terjadi perubahan sikap. Hasil uji statistik dengan menggunakan *Mc Nemar Test* menunjukkan bahwa tidak ada perubahan sikap antara sebelum dan sesudah intervensi. Sikap yang ditunjukkan sebagian besar responden sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol adalah sikap negatif.

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan bertindak dan bukan pelaksanaan. Pengetahuan, pikiran, keyakinan diri, pemahaman dan emosi memegang peranan penting dalam perubahan sikap seseorang (Notoatmodjo, 2010). Perubahan sikap menjadi sikap positif pada kelompok perlakuan dikarenakan perlakuan modifikasi ACP tahap 1 dan 2 dilakukan secara kontinyu

dan dengan frekuensi yang lebih sering daripada kelompok kontrol. Azwar (2012) mengemukakan bahwa perubahan sikap pada seseorang dapat terjadi apabila diberikan berbagai tekanan yang menggiring perubahan sikap ke arah dikehendaki. Pada ACP tahap 1 dilakukan pemberian informasi mengenai perawatan akhir hayat dan demensia, metode yang digunakan adalah, ceramah, video dan *booklet*. ACP tahap 2 membantu membentuk sikap positif lansia melalui proses diskusi. Modifikasi ACP tahap 1 dan 2 yang dilakukan secara intermiten dan kontinyu yang mendukung terjadinya perubahan sikap menjadi positif sesuai dengan pernyataan Azwar (2012).

Selain itu perlu diperhatikan pemilihan waktu dalam pemberian perlakuan ACP tahap 1 dan 2, agar diperoleh perubahan sikap yang diinginkan, karena sikap juga dipengaruhi oleh emosi seseorang (Azwar, 2012). Pemilihan waktu yang digunakan dalam penelitian ini adalah pukul 09.00-10.30 atau pada sore hari pukul 15.30-16.30. Kedua waktu tersebut dirasa peneliti sangat tepat karena responden dalam kondisi segar setelah mandi dan sarapan pagi. Pada sore hari kondisi responden juga kembali segar setelah tidur siang dan mandi sore, sehingga responden dapat melalui proses ACP dan menerima informasi dengan baik.

6.4 Pilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat

Berdasarkan hasil diskusi yang dirangkum pada subbab 5.4 diketahui bahwa sebagian besar (70%) reponden belum melakukan pilihan perawatan akhir hayat secara lengkap. Pilihan perawatan akhir hayat yang paling banyak belum dilakukan oleh responden adalah menentukan hal yang paling penting bagi diri lansia dan pilihan berkaitan perawatan medis. Pilihan perawatan akhir hayat yang

paling banyak sudah dilakukan oleh responden adalah menentukan orang yang bertanggung jawab terhadap diri lansia dan cara pemakaman.

Berdasarkan tabel 5.6 kesepuluh responden kelompok perlakuan adalah orang Indonesia dengan adat ketimuran. Pada kebudayaan Jawa, yang merupakan sebagian besar asal suku responden (lihat tabel 5.6), pembicaraan mengenai kematian dianggap tabu dan mendahului kehendak Tuhan yang maha kuasa, sehingga pembicaraan mengenai kematian dihindari oleh sebagian besar lansia. Hal ini memungkinkan responden belum melakukan pilihan untuk perawatan akhir hayat secara lengkap.

Riwayat masuk panti mengindikasikan status ekonomi, karena panti *wredha Hargo Dedali* merupakan panti yang dengan pembiayaan mandiri dari lansia dan keluarga. Berdasarkan tabel 5.7 seluruh responden kelompok perlakuan tidak ada lansia yang dibawa oleh dinas sosial, sehingga dapat disimpulkan lansia berasal dari keluarga yang mampu, karena mampu membayar iuran tiap bulan kepada pengelola panti. Sebagian besar lansia masuk ke panti atas kemauan lansia sendiri. Ke enam lansia tersebut masih memiliki hubungan sangat dekat dengan keluarga, sehingga pemilihan perawatan akhir hayat terlebih dahulu dibicarakan dengan keluarga. Hal ini juga memungkinkan menjadi penyebab lansia belum melakukan pilihan perawatan akhir hayat secara lengkap.

Ketiga responden yang telah melakukan pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat tidak memiliki perbedaan dari segi usia, MMSE dan tingkat pendidikan dibandingkan dengan responden lain. Peningkatan pemahaman, keyakinan diri dan sikap juga terlihat pada ketiga responden tersebut. Hal yang paling menonjol pada ketiga responden adalah kondisi kesehatan mereka yang

kurang baik dibandingkan responden lain. Responden P3, P4 dan P6 memiliki keterbatasan yaitu sudah mengalami kesulitan berjalan. Responden P6 mengalami gangguan pasca stroke disertai dengan kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Hal tersebut yang memungkinkan ketiga responden telah membuat pilihan untuk perawatan kesehatan akhir hayatnya.

Pada kebudayaan Asia pembicaraan mengenai penyakit kronis seseorang, dilakukan oleh tenaga kesehatan tidak langsung kepada pasien, melainkan melalui keluarga atau orang yang dekat dengan klien. Dukungan keluarga sangat berkaitan dalam pemilihan keputusan mengenai akhir hayat (Lip, 2009). Lip (2009) juga menambahkan bahwa pembicaraan mengenai akhir hayat pada masyarakat Asia masih dianggap tabu. Modifikasi ACP tahap 1 dan 2 ini telah membantu responden agar dapat membicarakan perawatan kesehatan akhir hayat, akan tetapi dengan budaya ketimuran yang masih kuat, responden masih kurang terbuka dalam membicarakan perawatan kesehatan akhir hayat. Pada penelitian ini banyak responden yang belum melakukan pemilihan perawatan akhir hayat. Upaya lain yang dapat ditempuh agar responden dapat melakukan pemilihan perawatan kesehatan secara lengkap adalah dengan melibatkan keluarga pada ACP tahap 2, namun dalam penelitian ini peneliti belum dapat melakukan hal tersebut.

Stress persepsi akan mempengaruhi respon persepsi (Putra, 2011). Dalam penelitian ini stress persepsi adalah pemahaman, keyakinan diri dan sikap. Respons persepsi dalam penelitian ini adalah pilihan perawatan akhir hayat lansia. Penelitian ini menunjukkan ada perbedaan dengan teori tersebut. Peningkatan pemahaman, keyakinan diri dan perubahan sikap belum sejalan dengan pemilihan perawatan akhir hayat yang dilakukan oleh lansia. Pemahaman dan keyakinan diri

pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan, begitu pula dengan sikap yang juga mengalami perubahan menjadi sikap positif. Pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat responden menunjukkan sebagian besar belum melakukan pilihan secara lengkap. Hal ini dapat disebabkan karena stimulus (video) yang diberikan belum berdasarkan kondisi budaya Indonesia. Jadi ada faktor budaya yang perlu diperhatikan dalam pembentukan respons persepsi.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah rentang waktu antara ACP tahap 1 dan tahap 2 yang melebihi target penelitian. Seharusnya dibutuhkan waktu 1 minggu untuk melanjutkan ke ACP tahap 2, namun pada saat penelitian dibutuhkan lebih dari 1 minggu, karena harus menyesuaikan dengan kegiatan di panti dan kondisi kesehatan lansia yang sering merasa lelah. Hal ini menyebabkan peneliti harus mengulang pemberian informasi yang sudah ada pada ACP tahap 1. Sehingga bahasan diskusi menjadi melebar. Hambatan ini dapat diselesaikan apabila terapis tidak hanya 1 orang saja. Peneliti dapat membuat modul dan melatih petugas kesehatan agar dapat melakukan ACP.

Video yang diputarkan oleh peneliti merupakan video yang diambil dari negara lain, yaitu dari Australia dan Taiwan dengan dialog menggunakan bahasa Inggris dan Mandarin. Responden dapat mengalami kesulitan untuk memahami isi dari video, meskipun telah dibantu oleh peneliti dengan menceritakan isi video dengan menggunakan bahasa Indonesia. Akan lebih baik apabila pada penelitian selanjutnya peneliti dapat menampilkan video yang paling mendekati kondisi sebenarnya yang ada di Indonesia. Hal ini akan meningkatkan gambaran yang

lebih menyeluruh mengenai demensia tahap lanjut dan perawatan kesehatan akhir hayat.

Diskusi pada tahap 2 mengenai pemilihan perawatan akhir hayat belum mendapatkan hasil maksimal, karena responden banyak yang belum melakukan pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat secara lengkap, karena harus menunggu keluarga, sedangkan peneliti tidak dapat mengikutsertakan keluarga dalam proses diskusi karena banyak lansia yang keluarganya berada di luar kota ataupun keluarga yang terlalu sibuk.

Penelitian ini hanya meneliti mengenai variabel yang ada pada persepsi stres secara psikologis (pemahaman, self efficacy dan sikap), sedangkan persepsi stres secara biologis belum dilakukan penelitian. Penelitian lanjutan juga dapat meneliti lebih lanjut efek seluruh tahapan ACP terhadap respon psikologis dan biologis lansia. Penelitian yang menyeluruh mengenai hal ini akan menghasilkan informasi yang lengkap mengenai efek ACP terhadap lansia dalam melakukan pilihan perawatan akhir hayat.

BAB 7
PENUTUP

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan bahwa intervensi modifikasi *Advance Care Planning (ACP)* tahap 1 dan 2 yang dilakukan pada lansia di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali dapat merubah sikap menjadi sikap positif melalui peningkatan pemahaman dan keyakinan diri.

1. Modifikasi ACP dapat meningkatkan pemahaman lansia mengenai pilihan perawatan akhir hayat. Pada kelompok perlakuan sebelum perlakuan diberikan sebagian besar pemahaman lansia cukup, setelah perlakuan meningkat menjadi baik.
2. Modifikasi ACP memiliki efek meningkatkan keyakinan diri lansia untuk dapat melakukan pilihan perawatan akhir hayat. Keyakinan diri lansia sebelum perlakuan sebagian besar berkeyakinan diri sedang, setelah perlakuan menjadi tinggi. Keyakinan diri yang tinggi dapat membantu lansia dalam melakukan pilihan perawatan akhir hayat.
3. Efek modifikasi ACP dapat merubah sikap lansia menjadi sikap positif mengenai pilihan perawatan akhir hayat. Sikap lansia setelah perlakuan seluruhnya menjadi positif yang semula sebagian besar bersikap negatif.
4. Peningkatan pemahaman, keyakinan diri dan perubahan sikap belum sejalan dengan pemilihan perawatan akhir hayat yang dilakukan oleh

lansia hanya sebagian kecil lansia yang melakukan pilihan perawatan akhir hayat.

7.2 Saran

1. Peneliti pada penelitian lanjutan dapat mengikutsertakan keluarga dalam ACP tahap 2 dan membuat video demensia dan ACP berbasis kebudayaan Indonesia agar seluruh lansia dapat melakukan pilihan perawatan akhir hayat secara lengkap.
2. Lansia dapat mengikuti program modifikasi ACP untuk membantu lansia melakukan pemilihan perawatan akhir hayat.
3. Perawat dan petugas panti dapat memotivasi lansia untuk melakukan pemilihan perawatan akhir hayat melalui program modifikasi ACP, sebagai salah satu intervensi mandiri keperawatan.
4. Panti wredha dapat menjadikan hasil penelitian ini untuk menyusun program perawatan paliatif untuk lansia yang ada di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abel, Julian et al. (2013). The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study. *BMJ:Supportive & Palliative Care*, 168-173.
- Anonim. (2011, November 29). *Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia*. Dipetik Oktober 23, 2013, dari Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia: www.menegpp.go.id/v2
- Asosiasi-Alzheimer-Indonesia. (2003). *Konsensus Nasional Pengenalan dan Penatalaksanaan Demensia Alzheimer dan Demensia Lainnya. Ed.1. -*: Asosiasi Alzheimer Indonesia.
- Australian-National-Dementia. (2005, Juli -). *Apa Itu Dementia?* Dipetik Januari 26, 2014, dari Alzheimer's Australia: www.alzheimers.org.au
- Azjen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes* 50 (2), 179-211.
- Azwar. (2012). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bandura, A. (1994). Self Efficacy: Towards Unifying Theory. *Psychological Review* 1977, Vol. 84. Number. 2, 195.
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H Freeman.
- Bandura, A. (2006). Guide for Constructing Self Efficacy Scales. Dalam Anonim, *Self Efficacy Beliefs in Adolescent* (hal. 307-337). -: -.
- Brignall, M. (2001, - -). *The Perception Procces, Wisc-online Learn Better*. Dipetik Maret 24, 2014, dari Wisc-online website: <http://www.wisc-online.com/>
- Chen, G., Gully, S. M. & Eden, D. (2001). Validation of a New General Self-Efficacy Scale. *Organizational Research Methods, Vol. 4 No. 1*, 62-83.
- Deep, S. K., Hunter, A., Murphy, K. & Volandes, A. (2010). "It helps me see with my heart": How video informs patients' rationale for. *Patient Education and Counseling* 81, 229-234.
- Detering, M.K., Hancock, D.A., Reade, C. M. & Silvester, W. (2010). The Impact of Advance Care Planning on End of Life Care in Elderly Patients: Randomized Controlled Trial. *BMJ*, 1-10.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media (TIM).
- Ganong. (2008). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran, Edisi 22*. Jakarta: EGC.
- Garcia, K.& Mann,T. (2003). From 'I Wish' to 'I will': Social Cognitive Predictors Behavioral Intentions. *Journal of Health Psychology* 8 (3), 357-360.
- Guyton & Hall. (1996). *Medical Physiology 9th edition*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kemenkes-RI. (2013). *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan, Semester 1*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Knap, M et al. (2005). Cognitive impairment in older people: its implications for future demand services and costs. *PSSRU Discussion Paper*, 1728.

- Kusumoputro & Sidiarto. (2001). Otak menua dan Alzhemier Stadium Ringan. *Neurona 18(3)*, 4-8.
- Lip, R. N. (2009). Advance Care Planning: Let's Talk about Your Preferences for Care at The End of Life. *SFP*, 93-99.
- Ministry-Health-New-Zealand. (2011). *Advance Care Planning: A guide for the New Zealand health care workforce*. Wellington: The Ministry of Health of New Zaeland.
- New-Zealand-Ministry-of-Health. (2012, Januari -). *Advance Care Planning*. Dipetik Oktober 23, 2013, dari Advance Care Planning: <http://www.advancecareplanning.org.nz/>
- NIH. (2004, Desember). *Definition End of Life*. Dipetik Maret 15, 2014, dari dying.about.com: <http://dying.about.com>
- Notoadmojo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmojo. (2010). *Promosi Kesehatan: Teori & Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Pt Rineka Cipta.
- Nugroho, W. (2012). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik, Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Putra. (2011). *Psikoneuroimunologi kedokteran*. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair.
- Reisberg, B. (1988). Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 653-659.
- Reisberg, et al. (2011). Staging Dementia. Dalam W. & Sons, *Principles and Practice of Geriatrics* (hal. 162-169). -: -.
- Robinson, L et al. (2012). A Systematic Review of The Effectiveness of Advance Care Planning Interventions for People with Cognitive Impairment and Dementia. *Age and Ageing*, 263-269.
- Sidhi, P. (2006, - -). *Gambaran gangguan kognitif pada lanjut usia nondemensis di Puskesmas Tebet dan Pasar Minggu (abstrak)*. Dipetik Februari 25, 2014, dari Perpustakaan Universitas Airlangga: <http://lontar.ui.ac.id/opac/ui/detail.jsp?id=107384&lokasi=lokal>
- Siu et al. (2006). Evaluation of The Chronic Disease Self-Management Program in A Chinese Population. *Patient Education and Counseling*, 42-50.
- Stefen, A. M, et al. (2002). The Revised Scale for Caregiving Self Efficacy: Reliability and Validity Studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences: Vol 57B, No 1*, 74-86.
- Supranto, J. (2000). *Teknik Sampling untuk Survei dan Eksperimen*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Tolma, E.L., Reininger, B.M., Evans, A. & Ureda, J. (2006). Examining the Theory of Planned Behavior and the Construct of Self Efficacy to Predict Mammography Intention. *Health Education and Behavior*, 33(2), 233-251.
- Volandes, A. et al. (2009). Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomized controlled trials. *BMJ*, 1-8.
- WHO. (2003). *The World Health Report 2003: Shaping Future*. -: WHO.
- WHO. (2004). *The Global Burden of Disease*. Switzerland: WHO.
- WHO. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. -: WHO.
- WHO. (2011). *Palliative Care for Older People: Better Life*. Copenhagen: WHO Regional Office for Eurpe.

- Wreksoatmodjo, B. (2012). Penelitian Pendahuluan atas Hubungan Social Engagement dengan Fungsi Kognitif. *CDK-190 vol.39, no. 2*, 110-117.
- Zainuddin, M. (2001). *Metodologi Penelitian Kefarmasian dan Kesehatan*. Surabaya: Pusat Penerbit dan Percetakan Unair (AUP).
- Zhang, S. y. (2010, December -). Measurement and correlatives of Caregiver Self Efficacy amongts Family Caregiver of Person with Dementia Living in Shanghai, China . *Measurement and correlatives of Caregiver Self Efficacy amongts Family Caregiver of Person with Dementia Living in Shanghai, China* . Queensland, Queensland, Australia: Queensland University of Technolgy.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permohonan Responden & Pendamping Penelitian
LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Responden yang saya hormati, Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Rista Fauziningtyas, S.Kep, Ns

NIM : 131214153010

adalah Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang “Efek Program Modifikasi *Advance Care Planning* terhadap Sikap Lansia Tentang Pemilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat Di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya“.

Sehubungan dengan penelitian yang akan dilakukan, maka dengan ini saya mohon kesediaan Ibu menjadi responden. Semua informasi dan identitas responden akan dirahasiakan dan hanya untuk kepentingan penelitian. Saya mohon kepada Ibu untuk menjawab pertanyaan pada kuisioner dengan sejujurnya. Apabila dalam penelitian ini Ibu merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang akan dilakukan, maka Ibu dapat mengundurkan diri.

Apabila Ibu berkenan menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya,.....
Hormat Saya,

Rista Fauziningtyas, S.Kep. Ns

LEMBAR PENJELASAN RESPONDEN

- Nama Peneliti : Rista Fauziningtyas
- Judul Penelitian : “Efek Program Modifikasi *Advance Care Planning* terhadap Sikap Lansia Tentang Pemilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat Di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya“
- Tujuan Penelitian : Membuktikan efek program modifikasi *Advance Care Planning* terhadap sikap lansia tentang pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat
- Manfaat Penelitian : Sebagai upaya meningkatkan perawatan akhir hayat lansia
- Manfaat bagi lansia : Dapat meningkatkan pemahaman, keyakinan diri serta memunculkan sikap positif dalam menghadapi akhir hayat.

Dalam penelitian ini, saya akan memberikan lembar kuisisioner pemahaman, keyakinan diri dan sikap sebelum program modifikasi ACP. Pengisian dilakukan baik secara mandiri oleh lansia maupun dengan tanya jawab dan kemudian dibantu oleh peneliti maupun petugas panti untuk dituliskan dalam lembar kuisisioner (apabila lansia merasa tidak mampu menulis sendiri). Program ACP akan diberikan selama 2 minggu. Minggu pertama ACP tahap 1 dilakukan sebanyak 2 sesi, tiap sesi selama 45 menit. Minggu kedua ACP tahap 2 sebanyak 2 sesi, tiap sesi selama 45 menit. Program ACP dilaksanakan mulai pukul 10.00. Setelah program ACP, peneliti kembali akan memberikan kuisisioner pemahaman, keyakinan diri dan sikap.

Dalam penelitian ini tidak ada resiko yang mempengaruhi secara fisik. Jika saudara ingin berkomunikasi dengan peneliti, saudara bisa menghubungi :

- Nama : Rista Fauziningtyas
- Alamat : Mojo 3C/No. 42 A, Surabaya
- No. Telepon : 085648236442

Peneliti memberikan bantuan tambahan nutrisi selama penelitian serta peralatan untuk kebutuhan spiritual lansia di akhir penelitian. Partisipasi ini

sepenuhnya bersifat sukarela, semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Ibu boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun.

Surabaya,.....2014

Yang memberi penjelasan

(Rista Fauziningtyas)

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PENDAMPING PENELITIAN

Dengan Hormat,

Bapak/Ibu/Saudara yang saya hormati, Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Rista Fauziningtyas, S.Kep, Ns

NIM : 131214153010

adalah Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang “Efek Program Modifikasi *Advance Care Planning* terhadap Sikap Lansia Tentang Pemilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat Di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya“.

Sehubungan dengan penelitian yang akan dilakukan, maka dengan ini saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara menjadi pendamping penelitian. Saya mohon kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk membantu saya dalam melakukan program *Advance Care Planning*. Bantuan yang saya butuhkan dalam penelitian ini adalah menjadi saksi dan mendampingi lansia mengikuti program ini.

Apabila Bapak/Ibu/Saudara berkenan menjadi pendamping penelitian, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya,.....

Hormat Saya,

Rista Fauziningtyas, S.Kep. Ns

LEMBAR PENJELASAN PENDAMPING PENELITIAN

- Nama Peneliti : Rista Fauziningtyas
- Judul Penelitian : “Efek Program Modifikasi *Advance Care Planning* terhadap Sikap Lansia Tentang Pemilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat Di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya“
- Tujuan Penelitian : Membuktikan efek program modifikasi *Advance Care Planning* terhadap sikap lansia tentang pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat
- Manfaat Penelitian : Sebagai upaya meningkatkan perawatan akhir hayat lansia
- Manfaat bagi pendamping penelitian : Meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik dan edukasi kesehatan pada lansia.

Dalam penelitian ini, tugas Saudara/Bapak/Ibu adalah membantu peneliti pada saat program modifikasi ACP dan pengisian kuisioner. Sebelum penelitian dilakukan Saudara/Bapak/Ibu akan diberikan penjelasan untuk menyamakan persepsi dengan peneliti. Pengambilan data dan pelaksanaan program dilakukan pada bulan April – Mei 2014, pukul 09.00-11.30. Jika Saudara ingin berkomunikasi dengan peneliti, Saudara bisa menghubungi :

Nama : Rista Fauziningtyas
 Alamat : Mojo 3C/No. 42 A, Surabaya
 No. Telepon : 085648236442

Peneliti memberikan honor pendamping peneliti sebesar Rp 200.000,- di akhir penelitian. Penelitian ini berakhir pada bulan Mei 2014. Pendamping peneliti boleh menyesuaikan waktu pendampingan dengan jam kerja.

Surabaya,.....2014

Yang memberi penjelasan

(Rista Fauziningtyas)

Lampiran 2 Lembar *Informed Consent*

***INFORMED CONSENT* RESPONDEN
(PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)**

Setelah mendapatkan penjelasan tentang pelaksanaan penelitian yang telah saya mengerti dan pahami dengan baik, saya

Nama :

Alamat :

No. Telepon :

Bahwa saya mengatakan setuju/ tidak setuju*) dengan sukarela ikut berperan sebagai responden dalam penelitian yang berjudul :

“Efek Program Modifikasi *Advance Care Planning* terhadap Sikap Lansia Tentang Pemilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat“

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran.

*) Coret yang tidak perlu

Surabaya,.....2014

Yang memberi penjelasan

Yang membuat persetujuan

Rista Fauziningtyas

(_____)

Saksi

(_____)

**INFORMED CONSENT PENDAMPING PENELITIAN
(PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)**

Setelah mendapatkan penjelasan tentang pelaksanaan penelitian yang telah saya mengerti dan pahami dengan baik, saya

Nama :

Alamat :

No. Telepon :

Bahwa saya mengatakan setuju/tidak setuju*) berperan sebagai pendamping penelitian dalam penelitian yang berjudul :

“Efek Program Modifikasi *Advance Care Planning* terhadap Sikap Lansia Tentang Pemilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat“

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran.

*) Coret yang tidak perlu

Surabaya,.....2014

Yang memberi penjelasan

Yang membuat persetujuan

Rista Fauziningtyas

(_____)

Saksi

(_____)

Lampiran 3 Skrining Fungsi Kognitif Lansia

FUNCTIONAL ASSESMENT STAGING TOOL (FAST)

Kode Responden :

Tanggal Pemeriksaan:

Checklist	Stadium	Tanda dan Gejala
	1	Normal, tidak ada kesulitan yang dilaporkan oleh keluarga/pengasuh maupun oleh klien
	2	Mudah lupa tempat suatu barang
	3	Penurunan dalam bekerja, kesulitan bepergian ke tempat baru, dan diikuti gangguan memori ringan
	4	Penurunan dalam menyelesaikan tugas (menyiapkan makanan, lupa melakukan pembayaran, jual beli)
	5	Mebutuhkan bantuan pemilihan baju yang sesuai, disorientasi waktu dan tempat, gangguan kemampuan mengingat nama orang
	6a	Kesulitan menaruh baju ditempat yang sesuai tanpa bantuan
	6b	Kesulitan untuk mandi secara benar
	6c	Kesulitan untuk menggunakan toilet duduk (Lupa untuk menyiram feces)
	6d	Inkontinensia urine
	6e	Inkontinensia fekal
	7a	Kemampuan berbicara menurun hanya 6 kata berbeda atau kurang pada saat berkomunikasi
	7b	Sering melakukan pengulangan kata, dan kesulitan menyusun kata dalam kalimat yang <i>koheren</i>
	7c	Mebutuhkan bantuan berjalan, penurunan ambulasi
	7d	Kesulitan berdiri dari duduk
	7e	Kehilangan kemampuan untuk tersenyum
	7f	Kehilangan kemampuan untuk menegakan atau memindahkan kepala

Mini Mental State Examination (MMSE)

Kode Responden :

Tanggal Pemeriksaan:

Orientasi	Skor	Nilai
1. Waktu Sebutkan : a. Tahun berapa sekarang ? b. Musim apa (hujan/kemarau) ? c. Tanggal berapa ? d. Bulan berapa? e. Hari apa ?	1 1 1 1 1	
2. Tempat Dimana kita sekarang: a. Negara b. Provinsi c. Kota d. Nama tempat yang sekarang dihuni e. Bagian rumah	1 1 1 1 1	
3. Registrasi Pemeriksa menyebutkan 3 nama benda dengan jeda 1 detik waktu menyebut nama benda tersebut (misalnya : buku, mangkok, payung). Setelah selesai, suruh penderita menyebutnya. Bila salah, suruh mengulang sampai betul semua.	3 Beri angka 1 tiap jawaban yang betul	
4. Perhatian dan Kalkulasi Hitungan kurang 7. Misalnya : 100-7, pendapatannya dikurangi lagi dengan 7, demikian seterusnya sampai 5 jawaban. Jadi : (100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79; 72; 65). Tes 4 ini dapat diganti dengan tes mengeja, yaitu mengeja mundur 5 kata : kartu (utrak), dll	5 Beri angka 1 bagi tiap jawaban yang betul.	
Bahasa 5. Anda tunjuk pada pensil, arloji dan buku. Suruh penderita menyebutkan nama benda yang anda tunjuk. 6. Suruh penderita mengulangi kalimat berikut : "Namun, Tanpa, Bila " 7. Suruh penderita melakukan 3 perintah yaitu: Ambil kertas itu dengan tangan kanan Anda, Lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai 8. Perintah Tertulis : Pejamkan Mata Anda 9. Menulis kalimat spontan 10. Konstruksi: Menggambar bangun bertumpuk	3 2 1 3 1 1 1	
Nilai Total	30	

Lampiran 4 Kuisisioner Pemahaman

KUISISIONER PEMAHAMAN

Kode Respondent :

Tanggal :

Petunjuk :

1. Daftar pertanyaan di bawah ini mengukur pemahaman anda mengenai demensia dan pemilihan perencanaan perawatan akhir hayat
2. Silahkan dibaca masing-masing pertanyaan dengan cermat berilah tanda *checklist* (✓) pada jawaban yang paling benar

 Apakah Anda pernah mendengar istilah demensia (pikun)?

- Ya
 Tidak

Pertanyaan	Jawaban
1. Demensia (pikun) terjadi pada usia diatas 65 tahun	<input type="checkbox"/> Betul <input type="checkbox"/> Salah <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
2. Demensia (pikun) disebabkan oleh penuaan	<input type="checkbox"/> Betul <input type="checkbox"/> Salah <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
3. Stroke dapat menyebabkan demensia (pikun)	<input type="checkbox"/> Betul <input type="checkbox"/> Salah <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
4. Demensia (pikun) tidak dapat disembuhkan	<input type="checkbox"/> Betul <input type="checkbox"/> Salah <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
5. Penderita demensia (pikun) tahap lanjut dapat kehilangan kemampuan untuk makan, berbicara dan berjalan	<input type="checkbox"/> Betul <input type="checkbox"/> Salah <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
6. Penderita demensia (pikun) pada akhir hayat tetap bisa menyampaikan keinginannya dengan cara membuat pilihan perawatan akhir hayat	<input type="checkbox"/> Betul <input type="checkbox"/> Salah <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
7. Pada tahapan diskusi mengenai pilihan perawatan akhir hayat seseorang tidak boleh mengikutsertakan keluarganya	<input type="checkbox"/> Betul <input type="checkbox"/> Salah <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
8. Seseorang perlu membuat pilihan perawatan akhir hayat karena keluarga tidak selalu bisa memutuskan tindakan medis/perawatan yang sesuai keinginan lansia	<input type="checkbox"/> Betul <input type="checkbox"/> Salah <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
9. Dokter atau perawat adalah orang yang membuat perencanaan akhir hayat untuk lansia	<input type="checkbox"/> Betul <input type="checkbox"/> Salah <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
10. Salah satu tindakan medis untuk menghilangkan rasa sakit adalah dengan menggunakan alat bantu nafas (ventilator)	<input type="checkbox"/> Betul <input type="checkbox"/> Salah <input type="checkbox"/> Tidak Tahu

Lampiran 5 Kuisisioner *Self Efficacy***KUISISIONER KEYAKINAN DIRI**

Kode Respondent :

Tanggal :

Petunjuk :

1. Daftar pernyataan di bawah ini adalah keyakinan anda dalam menghadapi akhir hayat Anda.
2. Silahkan dibaca masing-masing pernyataan dengan cermat berilah tanda *checklist* (√) pada kolom yang menunjukkan keyakinan anda.
3. Ketentuan, berilah tanda

TY	= tidak yakin
CY	= cukup yakin
Y	= yakin

Pernyataan	TY	CY	Y
1. Saya dapat meminta perawat/dokter/keluarga untuk memulai program <i>Advance Care Planning</i> (ACP), jika telah siap membuat pilihan untuk perawatan akhir hayat.			
2. Saya dapat meminta perawat/dokter untuk memeriksa kemungkinan saya menderita demensia (pikun)			
3. Saya dapat berdiskusi dengan perawat /dokter/keluarga, meskipun kondisi kesehatan saya menurun			
4. Saya dapat mengungkapkan pilihan perawatan akhir hayat saya kepada perawat/dokter/keluarga pada saat saya berdiskusi			
5. Saya dapat mengikuti program ACP hingga selesai, meskipun saya dalam kondisi lelah			
6. Saya dapat membuat pilihan perawatan akhir hayat sesuai keinginan saya			
7. Saya dapat memilih cara pemakaman dan perawatan medis sesuai keinginan saya			
8. Saya dapat menggali perihal yang berharga pada diri saya			
9. Saya dapat memutuskan pilihan akhir hayat untuk diri saya meskipun keluarga tidak ada yang mendampingi			
10. Saya dapat kembali melakukan aktifitas setiap hari dengan lebih baik dan bersemangat setelah saya membuat pilihan perawatan akhir hayat			

Lampiran 6 Kuisisioner Sikap

KUISISIONER SIKAP

Kode Respondent :

Tanggal :

Petunjuk :

1. Daftar pernyataan di bawah ini adalah sikap anda dalam pemilihan perawatan akhir hayat anda.
2. Silahkan dibaca masing-masing pernyataan dengan cermat berilah tanda *checklist* (✓) pada kolo yang menunjukkan keyakinan anda.
3. Ketentuan :

STS = sangat tidak setuju
 TS = tidak setuju
 S = setuju
 SS = sangat setuju

Pernyataan	STS	TS	S	SS
1. Lansia tidak perlu berkonsultasi kepada perawat dan dokter mengenai kondisi kesehatan				
2. Lansia perlu mengetahui lebih lanjut mengenai kemungkinan perawatan yang akan diterima				
3. Berdiskusi mengenai pilihan perawatan akhir hayat dengan keluarga dan tim medis tidak penting dilakukan				
4. Memberitahukan mengenai harapan akhir hayat kepada keluarga penting bagi lansia				
5. Mendapatkan informasi se jelas dan sebanyak mungkin mengenai kondisi kesehatan, perlu dilakukan sebelum memilih perawatan akhir hayat.				
6. Setelah melakukan pilihan perawatan akhir hayat tidak perlu melakukan aktifitas setiap hari				
7. Dukungan dari keluarga penting untuk menentukan pilihan perawatan akhir hayat				
8. Mengungkapkan pendapat mengenai pilihan perawatan akhir hayat pada saat berdiskusi bersama perawat, dokter, dan keluarga harus dilakukan				
9. Perawatan kesehatan akhir hayat harus sesuai dengan keinginan lansia dan keluarga				
10. Pilihan perawatan akhir hayat tidak perlu menjadi perhatian bagi keluarga				

Lampiran 7 Lembar Pilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat

**PILIHAN PERAWATAN KESEHATAN AKHIR
HAYAT
“PILIHANKU”**

Identitas Saya:

Nama :

Usia :

No. KTP :

Ketika saya berada pada saat akhir hayat dan saya tidak lagi mampu melakukan kegiatan dengan baik, saya ingin menyerahkan perawatan diri saya kepada:

Nama :

Alamat :

No. Telp :

Jika saya sudah tidak bisa merawat diri saya sendiri dan tidak mampu berkomunikasi dengan orang lain, saya berharap siapapun yang merawat saya mengetahui perihal dibawah ini:

1. Ketika akhir hayat saya tiba hal yang terpenting/berharga untuk saya adalah.....
2. Harapan dan ketakutan saya selama ini adalah.....

3. Terkait perawatan medis saya nanti, saya lebih menginginkan perawatan medis yang membuat saya
- Hidup selama mungkin, meskipun saya sakit dan hidup dengan bantuan alat medis
 - Kualitas hidup yang lebih penting dibandingkan lama saya hidup
4. Saya berharap pada saat akhir hidup, keluarga saya akan merawat saya di:
- Rumah, yaitu
 - Panti Wredha
 - Rumah Sakit
 - Lainnya :
5. Saya berharap ketika saya meninggal saya dapat dimakamkan di.....
6. Saya menginginkan jasad saya dapat dirawat dengan cara agama dan kepercayaan yang saya anut
- Islam
 - Katolik
 - Protestan
 - Hindu

- Budha
- Kong Hu Chu
- Lainnya

Surabaya,.....2014

Saksi

Yang membuat
pernyataan

(_____) (_____)

Lampiran 8 SAK dan Materi**SATUAN ACARA KEGIATAN (1)**

Kegiatan : *Advance Care Planning*
 Sasaran : Lansia
 Tempat : Panti Tresna Wredha Hargo Dedali
 Waktu : 45 menit
 Session : ACP tahap 1, sesi 1

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan kegiatan ACP tahap 1 pada pasien lansia pasien mampu memahami onsep dasar demensia tahap lanjut.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah dilakukan kegiatan ACP tahap 1 pada pasien lansia pasien mampu memahami konsep dasar demensia tahap lanjut :

- 1) Definisi
- 2) Penyebab
- 3) Tanda dan gejala
- 4) Penatalaksanaan

3. Materi : Konsep dasar penyakit demensia tahap lanjut**4. Metode :**

- 1) Ceramah
- 2) Pemutaran Video
- 3) Tanya Jawab

5. Media

1. Video "*Advance Demensia*"
2. *Booklet*

6. Kegiatan

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	1. Mengkoordinasikan jadwal pelaksanaan pendidikan kesehatan 2. Mengidentifikasi kehadiran responden penelitian 3. Menentukan kontrak waktu dengan responden	15 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti
Pelaksanaan	1. Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan kegiatan kepada peserta 2. Peneliti menggali pengetahuan peserta terkait materi yang akan disampaikan 3. Peneliti memberikan informasi	30 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti

	kepada klien tentang penyakit demensia meliputi : 1) Definisi 2) Penyebab 3) Tanda dan gejala 4) Penatalaksanaan 4. Pemutaran video " <i>Advance Demensia</i> "			
Penutup	1. Mengevaluasi pengetahuan peserta terkait materi yang telah disampaikan 2. Peneliti mengakhiri pertemuan 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Peneliti memberikan salam	10 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Responden berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan *Advance Care Planning* tahap 1 dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan panti wredha atau pihak yang terkait

2) Evaluasi Proses

- (1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- (2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang konsep dasar demensia
- (2) Kegiatan *Advance Care Planning* tahap 1 sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Transkrip Video “Demensia Tahap Lanjut”

Video ini bercerita mengenai seorang lansia di negara Australia. Lansia ini berusia 83 tahun dan menderita demensia tahap lanjut. Dia tinggal di panti jompo. Dia mengalami kesulitan untuk berkomunikasi dengan orang lain.

Anda dapat melihat lansia sedang dikunjungi oleh kedua orang putrinya. Ke dua orang putri berusaha untuk terusk berkomunikasi dengan ibu. Mereka berbicara dan mengingatkan ibu siapa nama keduanya, namun dari yang anda lihat lansia tersebut tidak merespons dengan baik. Dia hanya melihat dan tidak memberikan tanggapan.

Lansia ini juga mengalami kesulitan untuk berdiri dan berjalan, untuk berpindah dari satu tempat ke tempat yang lain dia dibantu dengan kursi roda. Selain itu, lansia mengalami kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan. Makana yang diberikan dalam bentuk lunak seperti bubur. Lansia disuapi oleh petugas panti dan anaknya. Petugas panti memberikan perintah untuk mengunyah pada saat lansia makan. Lansia terlihat kesulitan untuk menelan makanan

Video ini adalah gambaran mengenai kondisi lansia dengan Demensia tahap lanjut yang di rawat di panti jompo.

SATUAN ACARA KEGIATAN (2)

Kegiatan : *Advance Care Planning*
 Sasaran : Lansia
 Tempat : Panti Tresna Wredha Hargo Dedali
 Waktu : 45 menit
 Session : ACP tahap 1, sesi 2

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan kegiatan ACP tahap 1 pada lansia, lansia mampu memahami konsep perencanaan perawatan akhir hayat pada lansia.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah dilakukan kegiatan ACP tahap 1 pada lansia, lansia mampu memahami konsep perencanaan perawatan akhir hayat pada lansia:

- 1) Definisi
- 2) Tujuan
- 3) Manfaat
- 4) Langkah-langkah perencanaan perawatan akhir hayat

3. Materi : Konsep perencanaan perawatan akhir hayat pada lansia

4. Metode :

- 1) Pemutaran Video
- 2) Ceramah
- 3) Tanya Jawab

5. Media

1. Video "*Advance Care Planning*"
2. *Booklet*

6. Kegiatan

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkoordinasikan jadwal pelaksanaan pendidikan kesehatan 2. Mengidentifikasi kehadiran responden penelitian 3. Menentukan kontrak waktu dengan responden 	15 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan kegiatan kepada peserta 2. Pemutaran video "<i>Advance Care Planning</i>" 3. Peneliti menggali pengetahuan peserta terkait materi yang akan disampaikan 4. Peneliti memberikan informasi 	30 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti

	kepada klien tentang konsep perencanaan perawatan akhir hayat pada lansia: 1) Definisi 2) Tujuan 3) Manfaat 4) Langkah-langkah perencanaan perawatan akhir hayat			
Penutup	1. Mengevaluasi pengetahuan peserta terkait materi yang telah disampaikan 2. Peneliti mengakhiri pertemuan 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Peneliti memberikan salam	10 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Responden berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan *Advance Care Planning* tahap 1 dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan panti wredha atau pihak yang terkait

2) Evaluasi Proses

- (1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- (2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang konsep dasar perencanaan perawatan akhir hayat
- (2) Kegiatan *Advance Care Planning* tahap 1 sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Transkrip Video “*Advance Care Planning*”

Video ini berkisah tentang seorang ibu dengan 3 orang anak. Ibu ini mengalami demensia tahap lanjut, dan mengalami kondisi koma. Sekarang ibu ini sedang di rawat di sebuah rumah sakit.

Terjadilah pembicaraan dokter dengan ketiga orang anak mengenai kondisi pasien:

Dokter Yusuf adalah dokter yang merawat pasien tersebut. Dokter Yusuf menjelaskan kepada ke 3 anaknya bahwa ibu mereka akan tetap dalam kondisi koma untuk beberapa waktu. Penyakit demensia yang diderita telah masuk pada tahap lanjut dan kondisi kesehatan pasien mengalami peneurunan bebrapa minggu terakhir ini.

Anak ketiga pasien bertanya kepada dokter: “Ibu tidak makan selama 1 minggu apakah hal ini yang menyebabkan ibu mngalami koma?”

Dokter Yusuf kembali menjelaskan bahwa ada beberapa kemungkinan yang menyebabkan kondisi koma pasien, untuk saat ini yang bisa dilakuakn adalah memastikan lansia mendapatkan nutrisi baik melalui selang makan atau dengan disuapi air gula (glucose drip).

Anak ketiga pasien kembali bertanya: “Akankah ibu saya bangun untuk makan dan berapa lama selang makan harus dipasang?”

Dokter Yusuf menjelaskan bahwa selang makan mungkin akan menyebabkan rasa tidak nyaman, tetapi tidak akan menyakiti. Melihat kondisi koma yang dialami, tim tidak dapat memperkirakan kapan pasien bisa bangun untuk makan, bisa dalam beberapa hari, beberapa minggu atau lebih lama. Tim akan terus melihat kondisi pasien. Dokter memberikan saran kepada keluarga untuk memikirkan dengan baik pemasangan selang makan kepada pasien, jika keluarga menginginkan pemasangan, maka pemasangan selang makan akan dilakukan hari ini.

Anak pertama pasien bertanya:” Apakah pemasangan selang makan dapat membuat kondisi ibu saya membaik?”

Dokter Yusuf menjelaskan bahwa akan sangat sulit memprediksi kondisi pasien dengan demensia tahap lanjut. Untuk saat ini, satu hal yang bisa dilakukan tim

yaitu memasang selang makan, namun itu juga tidak menjamin kondisi pasien membaik, tim hanya bisa melihat, apakah pemasangan selang makan dapat membantu. Dokter menyarankan kepada keluarga untuk memikirkan dengan seksama apa yang diinginkan ibu dalam kondisi seperti ini, apa yang ingin dan tidak ingin ibu lakukan dan beritahukan kepada tim.

Setelah dokter Yusuf pergi ketiga anak pasien berdiskusi mengenai apa yang harus mereka putuskan terkait kondisi ibu.

Anak kedua berbicara “Ibu menderita sudah sangat lama, hampir sebagian besar waktunya dia terbaring di tempat tidur. Dia sudah tidak mengenali kita lagi. Aku pikir membuat ibu nyaman adalah hal yang terpenting”

Anak pertama mengatakan “ Biarkan dokter Yusuf melakukan pemasangan selang makan. Aku kira itu yang terbaik, ibu tidak mendapatkan nutrisi yang cukup”

Anak bungsu menyela” Benarkah kamu menginginkan ibu makan dar selang makan. Dokter Yusuf mengatakan ibu akan lama dalam kondisi koma dan itu artinya dia akan terpasang selang makan dalam waktu lama. Apakah kamu kira ibu akan bahagia?”

Anak kedua bertanya kepada bungsu “ Yong, apakh ibu akan membaik?”

Anak bungsu menjawab” Entahlah aku tidak tahu, tetapi aku merasa ibu tidak akan bahagia dengan selang makan itu”

Anak pertama berteriak “..lalu apa kamu akan membiarkan ibu mati kelaparan..jangan egois, ibu ingin tetap hidup..”

Mereka bertengkar mengenai hal itu. Bungsu mengeluarkan pendapatnya “ aku tidak egois, aku hanya mengutarakan apa yang diinginkan ibu”

Mereka bertiga saling menenangkan diri.

Anak bungsu berjalan menuju ke taman dan merenung mengingat kembali apa yang diinginkan ibunya. Kakaknya menyusul untuk berbicara. Mereka saling berbicara mengenai apa yang diinginkan ibunya. Bungsu mengatakan kepada kakaknya bahwa dia adalah orang yang terakhir tinggal bersama pasien, dia tahu apa yang terjadi pada pasien, pasien sudah tidak lagi mengenali mereka dan pasien sudah koma dalam waktu yang cukup lama. Dari dulu pasien selalu ingin terlihat kuat di depan mereka, meskipun pasien sakit, pasien tetap ingin terlihat sehat dan tidak merepotkan mereka. Pasien pernah mengutarakan kepadanya bahwa pasien

tidak mau terpasang selang ketika mengalami koma, pasien tidak ingin semua anaknya mengingat pasien dalam kondisi seperti itu, bagi pasien itu akan membuat hidupnya tidak berarti, tetapi bungsu tidak mempedulikan permintaan pasien pada saat itu.

Kakak menenangkan adik “ Kalau memang itu yang ibu inginkan mari kita bicarakan lagi dengan kakak dan dengan dokter Yusuf, mungkin kita bisa memutuskannya bersama.”

Mereka berjalan kembali ke dalam rumah sakit untuk kembali berdiskusi dengan dokter Yusuf. Kali ini mereka berbicara menyampaikan semua keinginan pasien mengenai perawatannya sebelum pasien mengalami koma.

Pesan terakhir dari film ini.....

Orang-orang tercinta anda mungkin kesulitan memutuskan perawatan kesehatan untuk anda. Mulailah sekarang berdiskusi mengenai perawatan anda dengan orang terkasih dan petugas kesehatan.

SATUAN ACARA KEGIATAN (3)

Kegiatan : *Advance Care Planning*
 Sasaran : Lansia
 Tempat : Panti Tresna Wredha Hargo Dedali
 Waktu : 45 menit
 Session : ACP tahap 2, sesi 1

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan kegiatan ACP tahap 2 pada lansia, lansia mampu mendiskusikan mengenai kondisi lansia dengan demensia tahap lanjut.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah dilakukan kegiatan ACP tahap 2 pada lansia, lansia mampu mendiskusikan mengenai kondisi lansia dengan demensia tahap lanjut:

- 1) Fase koma dan perawatan medisnya
- 2) Onset demensia lanjut dan keterbatasan yang muncul

3. Materi : Komponen Perencanaan Perawatan Akhir Hayat

4. Metode :

- 1) Diskusi

5. Media

1. *Booklet*

6. Kegiatan

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkoordinasikan jadwal pelaksanaan pendidikan kesehatan 2. Mengidentifikasi kehadiran responden penelitian 3. Menentukan kontrak waktu dengan responden 	15 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan kegiatan kepada peserta 2. Peneliti menggali pengetahuan peserta terkait materi yang akan disampaikan 3. Diskusi skenario 1 mengenai onset demensia tahap lanjut 4. Diskusi skenario 2 mengenai kondisi koma 	30 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pengetahuan peserta terkait materi yang telah disampaikan 	10 menit	Panti Tresna Wredha	Peneliti

	2. Peneliti mengakhiri pertemuan 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Peneliti memberikan salam		Hargo Dedali	
--	--	--	-----------------	--

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Responden berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan *Advance Care Planning* tahap 2 dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan panti wredha atau pihak yang terkait

2) Evaluasi Proses

- (1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- (2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang kondisi yang mungkin dialami pada demensia tahap lanjut
- (2) Kegiatan *Advance Care Planning* tahap 2 sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

SATUAN ACARA KEGIATAN (4)

Kegiatan : *Advance Care Planning*
 Sasaran : Lansia
 Tempat : Panti Tresna Wredha Hargo Dedali
 Waktu : 45 menit
 Session : ACP tahap 2, sesi 1

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan kegiatan ACP tahap 2 pada lansia, lansia mampu mendiskusikan mengenai komponen perencanaan perawatan akhir hayat.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah dilakukan kegiatan ACP tahap 2 pada lansia, lansia mampu mendiskusikan mengenai komponen perencanaan perawatan akhir hayat:

- 1) Keluarga yang bertanggung jawab terhadap klien
- 2) Hal yang sangat penting bagi klien untuk diketahui oleh keluarga
- 3) Hal terkait pemberian medikasi pada saat terakhir klien
- 4) Hal yang diinginkan klien untuk dilakukan di hari terakhirnya
- 5) Hal yang berkaitan dengan pemakamam

3. Materi : Komponen Perencanaan Perawatan Akhir Hayat**4. Metode :**

- 1) Diskusi

5. Media

1. Lembar dokumentasi perencanaan perawatan akhir hayat "Pilihanku"
2. *Booklet*

6. Kegiatan

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkoordinasikan jadwal pelaksanaan pendidikan kesehatan 2. Mengidentifikasi kehadiran responden penelitian 3. Menentukan kontrak waktu dengan responden 	15 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan kegiatan kepada peserta 2. Peneliti menggali pengetahuan peserta terkait materi yang akan disampaikan 3. Komponen dalam pembuatan perencanaan perawatan akhir hayat: 4. Keluarga yang bertanggung 	30 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti

	jawab terhadap klien 5. Hal yang sangat penting bagi klien untuk diketahui oleh keluarga 6. Hal terkait pemberian medikasi pada saat terakhir klien 7. Hal yang diinginkan klien untuk dilakukan di hari terakhirnya 8. Hal yang berkaitan dengan pemakamam			
Penutup	1. Mengevaluasi pengetahuan peserta terkait materi yang telah disampaikan 2. Peneliti mengakhiri pertemuan 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Peneliti memberikan salam	10 menit	Panti Tresna Wredha Hargo Dedali	Peneliti

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Responden berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan *Advance Care Planning* tahap 2 dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan panti wredha atau pihak yang terkait

2) Evaluasi Proses

- (1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- (2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang komponen dalam pilihan perawatan akhir hayat
- (2) Kegiatan *Advance Care Planning* tahap 2 sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Lampiran 9 Rekapitulasi Data Penelitian

Rekapitulasi Data Penelitian Efek Program Modifikasi *Advance Care Planning* terhadap Sikap Lansia Tentang Pemilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat Di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya, April – Mei 2014

NO	KODE RESPONDEN	Demografi			Hasil Penelitian					
		MMS E	Usia	Tingkat Pendidikan	Pretest			Posttest		
					Pemahaman	Self Efficacy	Sikap	Pemahaman	Self Efficacy	Sikap
1	C1	2	1	3	1	2	1	1	2	1
2	C2	2	2	5	2	2	1	2	2	1
3	C3	2	4	2	2	3	2	2	3	2
4	C4	3	4	1	2	2	2	2	2	2
5	C5	3	4	2	2	2	1	2	2	1
6	C6	2	3	1	2	1	1	3	2	1
7	C7	2	1	4	2	2	1	2	2	1
8	C8	2	3	3	1	2	1	1	2	1
9	C9	3	4	3	2	2	1	2	2	1
10	P1	3	4	3	2	2	2	3	3	2
11	P2	2	4	2	2	2	2	3	3	2
12	P3	2	1	3	2	2	1	3	3	2
13	P4	2	4	2	2	2	1	3	3	2
14	P5	2	1	3	2	2	1	3	3	2
15	P6	2	4	3	2	2	2	3	2	2
16	P7	3	3	1	2	2	1	3	3	2
17	P8	3	5	2	2	2	1	3	3	2
18	P9	3	4	3	2	2	2	3	3	2
19	P10	2	1	3	2	2	1	3	3	2

KETERANGAN:

MMSE :	1 = Gangguan kognitif 2 = Indikasi Gangguan Kognitif 3 = Normal	Usia :	1 = 61-70 th 2 = 71-80 th 3 = 81-90 th 4 = 91-100 th 5 > 100 th	Tingkat Pendidikan:	1 = Tidak sekolah 2 = SD 3 = SMP 4 = SMA 5 = Perguruan Tinggi
Pemahaman	1 = Kurang 2 = Cukup 3 = Baik	Self Efficacy	1 = Rendah 2 = Cukup 3 = Tinggi	Sikap	1 = Sikap Negatif 2 = Sikap positif

Lampiran 10 Hasil Diskusi

Hasil Advance Care Planning (ACP) Tahap 2 Pertemuan ke-2

Pilihan Perawatan Kesehatan Akhir Hayat	Jawaban	Analisis
P1		
Orang yang Bertanggung Jawab	"...yang bertanggung jawab tentang pembiayaan saya selama ini adalah anak pertama saya, yang bernama Tn. S, karena dia saya anggap paling kaya dan bertanggung jawab dibanding saudaranya yang lain..."	Sudah memilih orang yang bertanggung jawab
Harapan & Ketakutan	"Saya sudah tidak khawatir atau takut dipanggil Allah, kalo sudah waktunya dipanggil ya saya ikhlas, saya sudah lega semua anak saya sudah mapan, cuman saya pengen anak saya S itu tetap inget janjinya untuk bantu adik-adiknya atau saudara yang lain kalo kesulitan uang."	Masih punya harapan yang belum terpenuhi
Hal yang berharga	"...apa ya jenk, yah saya melakukan ibadah saja biar diberikan ketenangan Gusti Allah"	Sudah memilih hal yang berharga
Perawatan medis	"...apapun yang terjadi pada saya, semua terserah keluarga, saya dak mau menentukan ini itu, wes semua terserah anak-anak saya"	Tergantung keputusan keluarga
Tempat perawatan akhir hayat	"...di anak saya yang perempuan jenk, yang nomer 2"	Tinggal dengan keluarga
Tempat pemakaman	"...saya sudah membayar, Jenk, untuk tempat saya dikubur, diatas suami saya, Jenk.."	Sudah menentukan
Cara pemakaman	"...yo dimakamkan Islam to Jenk, kayak agamaku.."	Islam
P2		
Orang yang Bertanggung Jawab	"..aku iki durung rabi Mbak, belum tau Mbak.." (saya ini belum menikah)	Belum memilih
Harapan & Ketakutan	"..sek kepingin nikah, ambek TNI opo Polisi yo gak popo, tapi sing umure kiro-kiro rodok tuwek mbak.." (masih ingin menikah dengan TNI atau polisi, tetapi yang usianya yang lebih tua)	Masih punya harapan yang belum terpenuhi
Hal yang berharga	"..masih durung ngerti aku mbak.." (masih belum mengerti saya)	Belum memilih
Perawatan medis	"..kepengen perawatan dokter sing aku bisa hidup luwih suwe mbak, koyok sing gawe alat opo iku mbak sing gawe ambegan iku lo mbak.." (ingin perawatan medis yang saya bisa hidup lebih lama, seperti menggunakan	Memperpanjang hidup

	<i>alat yang untuk bernapas)</i>	
Tempat perawatan akhir hayat	"..belum mikir mbak.."	Belum memutuskan
Tempat pemakaman	"..sembarang ponakanku Mbak" (terserah keponakan saya)	Bergantung keluarga
Cara pemakaman	"..Islam Mbak.."	Islam
P3		
Orang yang Bertanggung Jawab	" ..Yugo kula mbak, ingkang mbarep.." (Anak saya yang pertama mbak)	Sudah memilih orang yang bertanggung jawab
Harapan & Ketakutan	"Kula sampun ayem mbak, sedoyo yugo kula sampun mentas, sampun nggadah omah piyambak, pun mboten wonten kekarepan maleh kula." (Saya sudah tenang mbak, semua anak saya sudah sukses, sudah punya rumah sendiri, sudah tidak ada keinginan lagi)	Harapan sudah terpenuhi
Hal yang berharga	"..namung kepingin sholat dateng Gusti Allah..." (hanya ingin sholat kepada Allah)	Sudah memilih hal yang berharga
Perawatan medis	"..kulo mboten kepingin neko-neko mbak, sing penting kulo mboten ngrasa sakit pas sedo.." (saya tidak milih mbak, yang penting saya tidak merasa sakit ketika meninggal)	Tidak memperpanjang hidup dan nyaman
Tempat perawatan akhir hayat	"..kula kepingin kaliyan yugo kula mbak, lek saged, lek mboten saged enggih mboten napa-napa.." (saya ingin bersama dengan anak saya mbak, kalau bisa, kalau tidak bisa juga tidak apa)	Keluarga
Tempat pemakaman	"..sampun wonten pesarean mbak, celak kaliyan bapak ipun lare-lare"(sudah ada tempat pemkaman mbak, dekat dengan bapaknya anak-anak)	Sudah menentukan
Cara pemakaman	"..enggih dikubur mbak, kados caranipun Islam.."(ya dikubur, dengan cara Islam)	Islam
P4		
Orang yang Bertanggung Jawab	"..ada anak saya yang aaaaada di Kalimantan..namanya Tn. X..(menyebutkan nama anaknya)"	Sudah memilih orang yang bertanggung jawab
Harapan & Ketakutan	" saya ingin bekumpul dengan anak saya mbak, saya kangen deeeengan cucu saya, saya suuudah lama tidak ketemu anak saya...(sambil menangis)	Masih punya harapan yang belum terpenuhi
Hal yang berharga	" saya ingin meninggal dengan kuuuusnul khotimah mbak.."	Sudah memilih hal yang berharga
Perawatan medis	" nanti klo saya seeebelum meninggal saya saaaaakit, saya tidak ingin merepooootkan mbak, saya hanya ingin	Tidak memeperpanjang

	<i>bisa meninggal deeeengan tenang.. usia yang diberikan Tuhan ini suuuudah cukup, saya tidak mau menggunakan alat-alat itu...”(menunjuk gambar ventilator)</i>	hidup dan nyaman
Tempat perawatan akhir hayat	<i>“..kalooo bisa ingin di Kalimantan.., kalooo tidak bisa disini juga tidak apa..”</i>	Keluarga atau di Panti
Tempat pemakaman	<i>“..terserah anak saya, saya tidaak memilih dikubur dimana...”</i>	Tergantung keluarga
Cara pemakaman	(tidak menjawab)	Dikubur, Islam
P5		
Orang yang Bertanggung Jawab	<i>“..wonten yugo kula teng mriki mbak, sedoyo biaya kula ditanggung yugo kulo..” (ada anak saya mbak di sini, semua biaya saya ditanggung anak saya)</i>	Sudah memilih orang yang bertanggung jawab
Harapan & Ketakutan	<i>“..mboten wonten mbak, kulo sampun diparingi nikmat kaliyan Gusti Allah..” (tidak ada mbak, saya sudah diberikan nikmat oleh Gusti Allah)</i>	Harapan sudah terpenuhi
Hal yang berharga	<i>“..napa mbak nggih...kula mboten sumerap..” (apa ya mbak...saya tidak tahu)</i>	Belum memilih
Perawatan medis	<i>“...kulo dereng ngertos mbak, pasrah mawon..” (saya belum tau mbak, pasrah saja)</i>	Tidak tahu
Tempat perawatan akhir hayat	<i>“..teng mriki mawon mboten napa-napa, mbak..” (disini saja tidak apa-apa)</i>	Panti
Tempat pemakaman	<i>“..dereng ngertos kula mbak, menawi dikubur teng Suroboyo, napa teng ndeso..” (belum tahu saya , mungkin dikubur di Surabaya apa di desa)</i>	Belum tahu
Cara pemakaman	<i>“..dikubur kados Islam mbak..” (dikubur secara Islam)</i>	Islam
P6		
Orang yang Bertanggung Jawab	<i>“..ada anak saya jenk, yang pertama namanya Tn. S (menyebutkan nama), yang kedua itu Ny. A (menyebutkan nama)...”</i>	Sudah memilih orang yang bertanggung jawab
Harapan & Ketakutan	<i>“..saya tetap ingin sehat dan bisa berktifitas terus..saya tidak ingin terkena demensia seperti teman-teman yang ada di bangsal demensia, saya ini berusaha menjaga kesehatan, saya ada kencing manis, nasi saya kurangi sendiri, saya juga ada alat periksa gula, dibelikan anak saya, biasanya saya minta tolong Galuh (petugas panti)mriksa, Jenk..”</i>	Masih punya harapan yang belum terpenuhi
Hal yang berharga	<i>“..mbah ingin tetap diingat oleh keluarga mbah..”</i>	Sudah memilih hal yang berharga
Perawatan	<i>“..lah Jenk, mbah iki sek pengin umur panjang..masih</i>	Memperpanjang

medis	<i>ingin sehat Jenk, lah kayak mbah S (menyebutkan nama) umurnya sampek 111 tahun.., jadi mbah milih perawatan yang bisa mbah panjang umur...” (mbah ini masih ingin umur panjang, ..masih ingin sehat seperti mbah S umurnya sampai 111 tahun)</i>	hidup
Tempat perawatan akhir hayat	<i>“ di rumah anak saya yang perempuan Jenk.. ”</i>	Keluarga
Tempat pemakaman	<i>“..sudah ada makam keluarga, Jenk di daerah PB...” (menyebutkan nama daerah)</i>	Sudah menentukan
Cara pemakaman	<i>“..dikubur Jenk, lah koyok agamaku to Jenk..” (dikubur seperti agamaku)</i>	Islam
P7		
Orang yang Bertanggung Jawab	<i>“Ada anak saya, Jenk”</i>	Sudah memilih orang yang bertanggung jawab
Harapan & Ketakutan	<i>“...Anak saya masih ada yang kuliah, mugi-mugi anak saya bisa sukses..”</i>	Masih punya harapan yang belum terpenuhi
Hal yang berharga	<i>“ belum memikirkan Jenk.. ”</i>	Belum memilih
Perawatan medis	<i>“,, saya kan masih sehat Jenk, masih muda juga dereng kepikiran kula, sing penting jaga kesehatan..”</i>	Belum memilih
Tempat perawatan akhir hayat	<i>“..Belum tau, Jenk..”</i>	Belum memilih
Tempat pemakaman	<i>“..lek niku kula enggih dereng mikir..” (klo itu saya belum memikirkan)</i>	Belum memilih
Cara pemakaman	<i>“..enggih mesti dikubur lah Jenk, lah mosok kula Islam dibakar, niku lak koyok wong Bali..” (ya pasti dikubur, saya Islam kok dibakar, itu kan seperti orang Bali)</i>	Islam
P8		
Orang yang Bertanggung Jawab	<i>“..saya memakai biaya pensiun untuk biaya saya disini, untuk perkara lain-lain kalau saya meninggal saya belum tau menunjuk siapa dari anak-anak saya..”</i>	Belum memilih
Harapan & Ketakutan	<i>“ saya hanya ingin anak saya rukun setelah saya meninggal, saya takut mereka bertengkar setelah saya tidak ada,...Saya punya 1 orang anak yang disability, saya takut nanti setelah saya meninggal, saudaranya tidak ada yang mau mengurus..Ya mbak bener ya, harusnya saya mulai ngobrol dengan keluarga saya mengenai hal ini.. ”</i>	Masih punya harapan yang belum terpenuhi
Hal yang berharga	<i>“..saya berdoa dan berserah diri kepada Allah, semoga saya bisa meninggal dengan khusnul kotimah..”</i>	Sudah memilih hal yang berharga
Perawatan	<i>“..misal sebelum saya meninggal saya sakit parah, saya</i>	Tidak

medis	<i>tidak mau mbak memakai ventilator, atau selang makan, saya tidak ingin malah menyusahkan keluarga, yang penting saya tenang kalo meninggal..”</i>	memperpanjang hidup dan merasa nyaman
Tempat perawatan akhir hayat	<i>“..saya ingin di akhir hidup saya, saya bisa dekat dengan keluarga..”</i>	Keluarga
Tempat pemakaman	<i>“..saya belum pernah bilang kepada anak-anak saya, saya punya keinginan dikubur satu makam dengan almarhum suami saya..”</i>	Sudah memilih
Cara pemakaman	<i>“..insayallah Islam..”</i>	Islam
P9		
Orang yang Bertanggung Jawab	<i>“..alhamdulillah mbak, anak saya semua yang menanggung, saya bangga sekali mereka bisa sukses..”</i>	Sudah memilih orang yang bertanggung jawab
Harapan & Ketakutan	<i>“..saya tidak menyangka mbak Allah begitu kasihnya dengan saya, saya diberikan rezeki yang tidak putus, saya selalu berdoa agar tetap diberikan kesehatan, dan sakit punggung saya ini segera ada solusinya..saya sudah dibuatkan dokter jaket untuk punggung saya, agar saya ketika berdiri tidak sakit terus..”</i>	Masih punya harapan yang belum terpenuhi
Hal yang berharga	<i>“..saya di desa punya anak asuh, jadi ada 5 anak yatim yang saya sekolahkan, disini saya juga jadi donatur dari xxxx (menyebutkan nama lembaga sedekah), ini mbak majalahnya saya dikirim tiap bulan, saya ingin bisa membantu..Kalau di panti ada temen yang kesulitan berjalan ya saya bantu mbak..”</i>	Sudah memilih hal yang berharga
Perawatan medis	<i>“..saya ingin perawatan medis yang bisa memperpanjang hidup saya, jika Allah mengizinkan saya ingin hidup lebih lama lagi..seperti dulu saya pernah pingsan mbak, saya pikir dulu saya sudah mau mati..tapi alhamdulillah saya masih sehat sampai sekarang..”</i>	Memperpanjang hidup
Tempat perawatan akhir hayat	<i>“ ..ini sulit mbak dijawab, kalau saya harus di rawat ya saya milih di Rumah sakit mbak..”</i>	Rumah sakit
Tempat pemakaman	<i>“..saya dikuburkan dimana saja tidak masalah mbak, yang penting saya tidak memberatkan anak saya..”</i>	Dimana saja
Cara pemakaman	<i>“..kalau orang Islam kan wajib dikuburkan mbak..”</i>	Islam
P10		
Orang yang Bertanggung Jawab	<i>“..wonten,yugane mbak Yu kula.., niku sing mbayari kula teng mriki..” (ada, anak dari kakak peremuan saya, dia yang membayar keperluan saya disini)</i>	Sudah memiliki dan menentukan orang yang bertanggung jawab

Harapan & Ketakutan	<i>"..mugi-mugi kula dipun paringi sehat.." (semoga saya diberikan kesehatan)</i>	Masih punya harapan yang belum terpenuhi
Hal yang berharga	<i>"..mboten ngertos kula mbak.." (saya tidak tahu, mbak)</i>	Belum memilih
Perawatan medis	<i>"..kula mboten sumerap ngoten niku, mboten saged milih.." (saya tidak tahu tentang hal itu, tidak bisa memilih)</i>	Belum memilih
Tempat perawatan akhir hayat	<i>"..kula mboten milih mbak, menawi kula gerah teng mriki nggih mboten menapa.." (saya tidak memilih mbak, apabila saya sakit dirawat disini juga tidak apa-apa)</i>	Dimana saja
Tempat pemakaman	<i>"..teng desa N (menyebutkan nama daerah), wonten pesarean kaliyan tiyang sepah.."</i>	Sudah memilih
Cara pemakaman	<i>"..kula mangke nyuwun dikubur mbak, mboten dikremasi, lek saged teng greja desa N (menyebutkan nama daerah).."</i>	Dikubur, Kristen

Lampiran 11 Hasil Uji Statistik

Hasil Uji Statistik

1. Hasil Uji Homogenitas Karakteristik Responden
 - a. Hasil MMSE

**Mann-Whitney Test
Ranks**

Respondent		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Hasil Pemeriksaan MMSE	Kelompok Kontrol	9	9.67	87.00
	Kelompok Perlakuan	10	10.30	103.00
	Total	19		

Test Statistics^b

	Hasil Pemeriksaan MMSE
Mann-Whitney U	42.000
Wilcoxon W	87.000
Z	-.293
Asymp. Sig. (2-tailed)	.770
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.842 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Respondent

- b. Usia

Mann-Whitney Test

Ranks

Respondent		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tingkat Pendidikan Responden	Kelompok Kontrol	9	9.33	84.00
	Kelompok Perlakuan	10	10.60	106.00
	Total	19		

Test Statistics^b

	Usia Responden
Mann-Whitney U	43.000
Wilcoxon W	98.000
Z	-.175
Asymp. Sig. (2-tailed)	.861
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.905 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Respondent

c. Tingkat Pendidikan

**Mann-Whitney Test
Ranks**

Respondent		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tingkat Pendidikan Responden	Kelompok Kontrol	9	9.33	84.00
	Kelompok Perlakuan	10	10.60	106.00
	Total	19		

Test Statistics^b

	Tingkat Pendidikan Responden
Mann-Whitney U	39.000
Wilcoxon W	84.000
Z	-.524
Asymp. Sig. (2-tailed)	.600
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.661 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Respondent

2. Pemahaman

- a. *Pre test* pemahaman pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP)

Mann-Whitney Test**Ranks**

Respondent	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pretest Pemahaman Kelompok Kontrol	9	8.89	80.00
Kelompok Perlakuan	10	11.00	110.00
Total	19		

Test Statistics^b

	Pretest Pemahaman
Mann-Whitney U	35.000
Wilcoxon W	80.000
Z	-1.534
Asymp. Sig. (2-tailed)	.125
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.447 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Respondent

- b. *Post test* pemahaman pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP)

Mann-Whitney Test**Ranks**

Respondent	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Pemahaman Kelompok Kontrol	9	5.56	50.00
Kelompok Perlakuan	10	14.00	140.00
Total	19		

Test Statistics^b

	Posttest Pemahaman
Mann-Whitney U	5.000
Wilcoxon W	50.000
Z	-3.709
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Respondent

3. Keyakinan Diri

- a. *Pre test* keyakinan diri pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning* (ACP)

Mann-Whitney Test

Ranks

Respondent	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pretest Pemahaman Kelompok Kontrol	9	8.89	80.00
Kelompok Perlakuan	10	11.00	110.00
Total	19		

Test Statistics^b

	Pretest Pemahaman
Mann-Whitney U	35.000
Wilcoxon W	80.000
Z	-1.534
Asymp. Sig. (2-tailed)	.125
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.447 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Respondent

- b. *Post test* keyakinan diri pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi modifikasi *Advance Care Planning (ACP)*

Mann-Whitney Test

Ranks

	Respondent	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Self Efficacy	Kelompok Kontrol	9	6.06	54.50
	Kelompok Perlakuan	10	13.55	135.50
	Total	19		

Test Statistics^b

	Posttest Self Efficacy
Mann-Whitney U	9.500
Wilcoxon W	54.500
Z	-3.347
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.002 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Respondent

4. Sikap

- a. Pre test sikap pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi modifikasi *Advane Care Planning (ACP)*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pretestsikap * respondent	19	100.0%	0	.0%	19	100.0%

pretestsikap * respondent Crosstabulation				
Count		respondent		Total
		kelompok kontrol	kelompok perlakuan	
pretestsikap	negatif	7	6	13
	positif	2	4	6
Total		9	10	19

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.693 ^a	1	.405		
Continuity Correction ^b	.114	1	.735		
Likelihood Ratio	.704	1	.401		
Fisher's Exact Test				.628	.370
Linear-by-Linear Association	.656	1	.418		
N of Valid Cases ^b	19				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,84.

b. Computed only for a 2x2 table

b. *Post test* Sikap pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi modifikasi *Advane Care Planning* (ACP)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
posttestsikap * responden	19	100.0%	0	.0%	19	100.0%

posttestsikap * responden Crosstabulation				
Count		responden		Total
		kelompok kontrol	kelompok perlakuan	
		posttestsikap	negatif	
	positif	2	10	12
Total		9	10	19

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.315 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	9.199	1	.002		
Likelihood Ratio	15.473	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.667	1	.001		
N of Valid Cases ^b	19				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,32.

b. Computed only for a 2x2 table

5. Efek modifikasi *Advance Care Planning* (ACP) terhadap pemahaman, keyakinan diri dan sikap

a. Kelompok kontrol

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Pemahaman - Pretest Pemahaman	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^b	1.00	1.00
	Ties	8 ^c		
	Total	9		
Posttest Self Efficacy - Pretest Self Efficacy	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^e	1.00	1.00
	Ties	8 ^f		
	Total	9		

- a. Posttest Pemahaman < Pretest Pemahaman
- b. Posttest Pemahaman > Pretest Pemahaman
- c. Posttest Pemahaman = Pretest Pemahaman
- d. Posttest Self Efficacy < Pretest Self Efficacy
- e. Posttest Self Efficacy > Pretest Self Efficacy

Test Statistics^b		
	Posttest Pemahaman - Pretest Pemahaman	Posttest Self Efficacy - Pretest Self Efficacy
Z	-1.000 ^a	-1.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317	.317
a. Based on negative ranks.		
b. Wilcoxon Signed Ranks Test		

McNemar Test

Pretest Sikap & Posttest Sikap

Pretest Sikap	Posttest Sikap	
	negatif	positif
negatif	7	0
positif	0	2

Test Statistics^b

	Pretest Sikap & Posttest Sikap
N	9
Exact Sig. (2-tailed)	1.000 ^a

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

b. Kelompok perlakuan

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Pemahaman - Pretest Pemahaman	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^b	5.50	55.00
	Ties	0 ^c		
	Total	10		
Posttest Self Efficacy - Pretest Self Efficacy	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	9 ^e	5.00	45.00
	Ties	1 ^f		
	Total	10		

a. Posttest Pemahaman < Pretest Pemahaman

b. Posttest Pemahaman > Pretest Pemahaman

c. Posttest Pemahaman = Pretest Pemahaman

d. Posttest Self Efficacy < Pretest Self Efficacy

e. Posttest Self Efficacy > Pretest Self Efficacy

f. Posttest Self Efficacy = Pretest Self Efficacy

Test Statistics^b

	Posttest Pemahaman - Pretest Pemahaman	Posttest Self Efficacy - Pretest Self Efficacy
Z	-3.162 ^a	-3.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.003

a. Based on negative ranks.

Test Statistics^b

	Posttest Pemahaman - Pretest Pemahaman	Posttest Self Efficacy - Pretest Self Efficacy
Z	-3.162 ^a	-3.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.003

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

McNemar Test

Pretest Sikap & Posttest Sikap

Pretest Sikap	Posttest Sikap	
	negatif	positif
negatif	0	6
positif	0	4

Test Statistics^b

	Pretest Sikap & Posttest Sikap
N	10
Exact Sig. (2-tailed)	.031 ^a

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

Lampiran 12 Jawaban Tiap Item Pertanyaan

1. Pemahaman

a. Sebelum perlakuan

NO	KODE RESPONDEN		NILAI TIAP ITEM										Total per responden	Prosentase	
	PERLAKUAN	KONTROL	item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10			
1		C1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	4	20
2		C2	1	1	0	2	2	2	1	2	2	1	1	13	65
3		C3	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	14	70
4		C4	1	1	0	1	2	2	2	2	2	1	1	13	65
5		C5	1	2	0	1	2	2	1	2	1	1	1	11	55
6		C6	2	2	0	2	2	2	1	2	1	1	1	14	70
7		C7	1	1	0	2	2	2	1	0	1	1	2	11	55
8		C8	1	0	0	2	2	0	0	2	2	1	2	8	40
9		C9	2	1	1	0	2	1	2	1	2	1	1	12	60
10	P1		2	1	2	2	2	1	2	0	2	1	0	13	65
11	P2		1	1	1	2	2	1	2	0	2	1	0	11	55
12	P3		1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	0	13	65
13	P4		1	1	0	2	2	2	1	2	2	1	0	12	60
14	P5		1	1	2	0	2	2	2	1	2	1	1	13	65
15	P6		1	2	0	2	2	1	0	2	2	2	0	12	60
16	P7		1	1	0	1	2	1	2	2	1	2	0	11	55
17	P8		1	1	0	1	2	1	2	1	1	2	1	11	55
18	P9		1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	14	70
19	P10		1	1	0	2	2	2	2	1	2	1	1	13	65
Total per item			22	20	11	27	29	25	22	31	23	13	13		

b. Sesudah perlakuan

NO	KODE RESPONDEN		NILAI TIAP ITEM										Total per responden	Prosentase	
	PERLAUKUAN	KONTROL	item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10			
1		C1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	7	35
2		C2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	14	70
3		C3	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	14	70
4		C4	1	1	0	1	2	2	2	2	1	1	1	13	65
5		C5	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	12	60
6		C6	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	15	75
7		C7	1	0	1	2	2	1	0	1	1	2	1	11	55
8		C8	1	0	1	2	0	0	2	1	2	0	0	9	45
9		C9	2	1	1	0	1	2	1	2	1	1	1	12	60
10	P1		2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	16	80
11	P2		2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	16	80
12	P3		2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	17	85
13	P4		1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	15	75
14	P5		2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	15	75
15	P6		2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	17	85
16	P7		2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	16	80
17	P8		2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	17	85
18	P9		2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	18	90
19	P10		2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	16	80
Total per item			30	21	24	29	29	27	29	32	24	25	25		

2. Keyakinan Diri
a. Sebelum perlakuan

NO	KODE RESPONDEN		NILAI TIAP ITEM										Total per responden
	PERLAKUAN	KONTROL	item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	
1		C1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	12
2		C2	2	3	2	2	1	1	1	1	2	2	17
3		C3	1	2	3	3	2	3	2	2	1	2	21
4		C4	3	2	1	1	3	2	2	1	1	2	18
5		C5	2	2	2	2	1	1	3	1	1	2	17
6		C6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
7		C7	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	14
8		C8	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	13
9		C9	2	2	2	1	1	2	1	1	3	1	16
10	P1		2	3	2	2	2	1	2	2	1	2	19
11	P2		2	2	1	1	3	3	1	1	2	1	17
12	P3		1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	13
13	P4		2	2	2	1	1	2	1	3	1	2	17
14	P5		1	2	3	2	2	1	1	2	3	1	18
15	P6		2	2	3	1	1	3	2	1	3	2	20
16	P7		2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	16
17	P8		2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	18
18	P9		2	2	2	1	2	2	1	3	3	2	20
19	P10		2	1	1	3	3	2	1	1	2	2	18
Total per item			33	34	36	29	31	31	29	29	32	30	

b. Sesudah perlakuan

NO	KODE RESPONDEN		NILAI TIAP ITEM										Total per responden
	PERLAKUAN	KONTROL	item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	
1		C1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	13
2		C2	2	3	2	2	1	2	1	1	2	2	18
3		C3	1	2	3	3	2	2	2	2	1	2	21
4		C4	3	2	1	1	3	2	2	3	1	2	20
5		C5	2	2	2	2	1	1	3	1	1	2	17
6		C6	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	12
7		C7	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	14
8		C8	2	1	2	1	1	1	3	2	1	1	15
9		C9	2	2	2	2	1	2	1	1	3	1	17
10	P1		2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	26
11	P2		3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	24
12	P3		3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	25
13	P4		2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	23
14	P5		3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	25
15	P6		2	2	3	1	1	3	2	1	3	2	20
16	P7		3	3	3	3	3	3	1	2	2	3	26
17	P8		3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	28
18	P9		3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	28
19	P10		2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	25
Total per item			42	42	43	39	35	43	39	37	38	39	

3. Sikap
a. Sebelum perlakuan

NO	KODE RESPONDEN		NILAI TIAP ITEM										Total per responden
	PERLAKUAN	KONTROL	item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	
1		C1	1	2	2	1	3	1	2	1	1	1	15
2		C2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	3	19
3		C3	3	2	1	2	2	3	3	2	1	3	22
4		C4	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	20
5		C5	2	1	1	2	3	1	2	1	2	3	18
6		C6	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	15
7		C7	2	3	1	1	1	2	1	2	1	2	16
8		C8	1	3	1	1	2	1	1	2	1	2	15
9		C9	2	2	2	1	1	2	1	3	2	1	17
10	P1		3	1	3	2	3	3	2	1	2	3	23
11	P2		3	2	1	3	2	3	2	3	3	1	23
12	P3		2	3	2	2	1	1	2	1	3	2	19
13	P4		2	2	3	1	2	1	1	1	2	3	18
14	P5		3	2	1	2	2	2	1	1	2	3	19
15	P6		3	2	2	3	2	2	3	2	2	1	22
16	P7		2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	14
17	P8		3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	19
18	P9		2	3	3	2	2	2	3	3	3	1	24
19	P10		2	2	2	3	3	1	2	1	1	2	19
Total per item			42	40	30	34	38	34	34	32	36	37	

b. Sesudah perlakuan

N O	KODE RESPONDEN		NILAI TIAP ITEM										Total per responden
	PERLAKUAN	KONTROL	item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	
1		C1	1	2	2	2	1	2	2	3	1	1	17
2		C2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	3	17
3		C3	3	2	2	2	2	3	3	1	1	3	23
4		C4	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	20
5		C5	2	2	1	2	3	1	2	1	2	3	19
6		C6	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	15
7		C7	1	3	1	2	1	2	1	2	1	2	16
8		C8	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	15
9		C9	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	16
10	P1		3	3	3	4	3	4	3	2	2	3	30
11	P2		3	2	3	3	3	4	3	2	3	2	28
12	P3		3	3	2	2	2	3	2	2	3	4	27
13	P4		3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	27
14	P5		3	2	3	2	2	4	2	3	2	4	28
15	P6		4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	33
16	P7		3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	24
17	P8		4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	30
18	P9		3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	35
19	P10		3	1	3	4	3	3	2	3	3	2	27
Total per item			47	44	42	44	49	44	44	44	41	48	



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH AIRLANGGA UNIVERSITY**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"**

No : 86-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

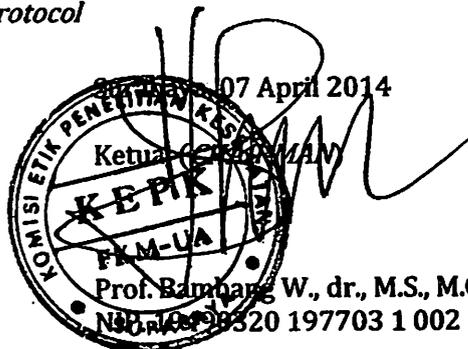
**"EFEK PROGRAM MODIFIKASI *ADVANCE CARE PLANNING* TERHADAP
SIKAP LANSIA TENTANG PEMILIHAN PERAWATAN AKHIR HAYAT**

PANTI TRESNA WREDHA HARGO DEDALI, SURABAYA"

Peneliti utama : Rista Fauziningtyas, S.Kep.,Ns.
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
Name of the Institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol





PANTI TRESNA WERDHA HARGO DEDALI

Alamat : Jl. Mayor Kartika IX/22-24 Surabaya, Telp/Fax 031-5943219
E-mail : hargodedalisurabaya@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 163/PW-HD/IV/2014

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dra, Wiwik Trisiani
Alamat : Kedung Tarukan Baru 3C/30 Surabaya
Jabatan : Pengelola Panti Tresna Werdha Hargo Dedali

menerangkan bahwa :

Nama : Rista Fauziningtyas
NIM : 131214153010
Fakultas : Keperawatan
Prodi : S.2 Ilmu Keperawatan

benar-benar telah mengadakan Penelitian / Pengambilan data di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya, pada tanggal 21 April s/d 24 Mei 2014 dengan judul :

” EFEK MODIFIKASI PROGRAM *ADVANCE CARE PLANNING*
TERHADAP SIKAP LANSIA TENTANG PEMILIHAN
PERAWATAM AKHIR HAYAT LANSIA ”

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan untuk kepentingan di Prodi S.2 Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Surabaya, 21 April 2014
Panti Tresna Werdha
HARGO DEDALI

Wiwik Trisiani, dra
Pengelola Panti

Penyusun: Rista Fauziningtyas S.Kep. Ns.

PEMILIHAN PERAWATAN KESEHATAN AKHIR HAYAT



www.poztmo.com

Kontributor:

Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr. MS.

Joni Haryanto, S.Kp., M Si.

Prof Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

Prof. Dr. Ida Bagus Wirawan, SU. M.Si.

Dr. Windhu Purnomo, dr., MS.

Phone: 085648236442

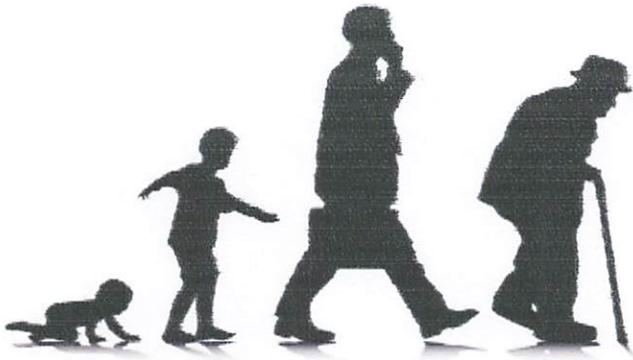
E-mail: rfauziningtyas@gmail.com

Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Surabaya

Materi 1

PENURUNAN FUNGSI KOGNITIF DAN DEMENSIA PADA LANSIA

Apa itu proses penuaan?



p2tel.or.id

Proses penuaan merupakan proses alamiah yang terjadi pada setiap manusia. Seseorang yang mengalami proses ini telah melewati 3 masa yaitu, masa anak, masa dewasa dan masa tua. Proses ini terjadi karena kerusakan di dalam tubuh dan mengakibatkan beberapa perubahan dan penurunan pada fungsi tubuh manusia.

Fungsi apa saja yang terpengaruh oleh proses penuaan?

1. Perubahan fisik

a. Kulit mengendor dan keriput



www.poztmo.com

b. Rambut memutih



www.ibuanakbanget.com

c. Pendengaran dan penglihatan menurun



www.adsradiofm.com

d. Muncul penyakit degeneratif:

1. Rematik
2. Asam Urat
3. Kencing Manis
4. Penyakit jantung
5. Osteoporosis (Pengeroposan tulang)

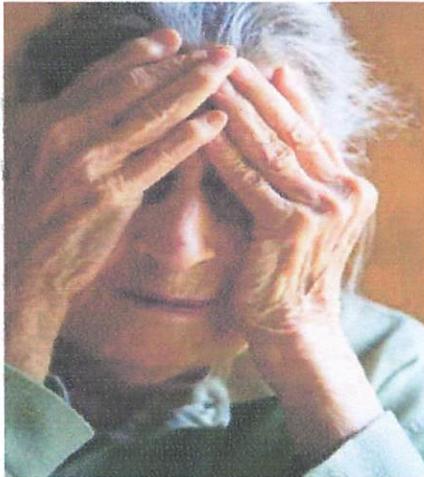
2. Perubahan psikologis

a. Mudah marah dan tersinggung



www.tanyadok.com

b. Cemas dan depresi



segerahamil.blogspot.com

c. Sedih dan menyendiri



Apa itu penurunan fungsi Kognitif?

Penurunan ingatan ringan yang mulai terjadi pada usia 50 tahun. Lansia sulit menerima informasi yang baru. Sering lupa terhadap barang yang diletakkan.



p2tel.or.id

Apakah Demensia/Pikun ?

Sekelompok penyakit yang menyebabkan fungsi tubuh (buang air besar dan kecil, makan, berjalan, berbicara) dan kognitif (tidak bisa mengingat, nalar, kesulitan menghitung dan mengurutkan angka) mengalami penurunan secara cepat.

Siapa saja yang dapat terkena Demensia?

Lansia usia di atas 65



www.tanyadokter.com

Individu usia di bawah 65



www.tanyadokter.com

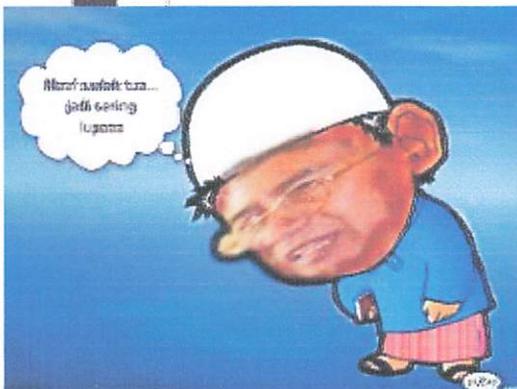


Apakah penyebab Demensia?

- Penyakit alzheimer
 - Parkinson (*Buyuten*)
 - Stroke

Apakah Gejala Awal Demensia?

- Sering lupa letak barang, sulit mengingat nama orang
- Bingung menentukan waktu
- Sering menyendiri



asosiasi alzheimer indonesia wordpress.com



asosiasi alzheimer indonesia wordpress.com





Apa yang dilakukan jika anda merasakan gejala awal

- Periksakan ke dokter apakah itu merupakan demensia
 - Dapatkan informasi sebanyak mungkin mengenai demensia
 - Berupaya hidup mandiri selama mungkin dan semampunya
 - Sampaikan pendapat anda mengenai perawatan yang akan
-
- Akhir hidup harus didiskusikan dengan dokter/perawat & keluarga selama Anda masih bisa memutuskan

Bagaimana mencegah demensia?

- **Tetap aktif dan mandiri**
- **Bersosialisasi dengan teman dan keluarga**
- **Membaca dan menulis**
- **Mendengarkan music**
- **Menyanyi**
- **Berolahraga ringan**



actarafoto.com

Materi 2

PROGRAM *ADVANCE CARE PLANNING* (ACP) UNTUK MEMBANTU LANSIA MEMILIH PERAWATAN AKHIR HAYAT

Apa itu program *Advance Care Planning*?

Program pendidikan dan konseling untuk membantu Lansia melakukan pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat

Mengapa lansia perlu melakukan pilihan perawatan akhir hayat?

- Lansia tetap dihargai hingga akhir hayat
- Keluarga tidak selalu dapat memilih perawatan yang sesuai dengan keinginan lansia

Siapa saja yang terlibat dalam program ACP?

- Lansia
- Perawat dan Dokter
- Keluarga



Apa saja yang termasuk perawatan akhir hayat ?

- Harapan, ketakutan dan hal yang berharga bagi lansia di akhir hayat
- Menentukan perawatan medis yang diterima di akhir hayat

1. Perawatan untuk memperpanjang hidup

A. Ventilator (Mesin nafas) & pemasangan NGT (Selang Makan)



p2tel.or.id

2. Perawatan yang tidak memperpanjang hidup dan meningkatkan rasa nyaman

A. Pemberian oksigen tambahan



B. www.tanyadokter.com

B. Pemberian obat anti nyeri

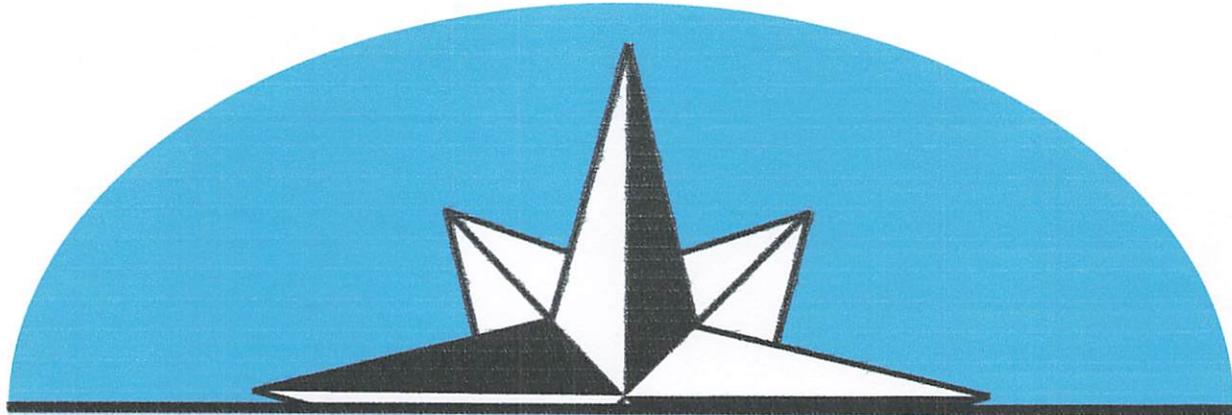


www.tanyadokter.com



www.tanyadokter.com

- Menentukan keluarga yang bertanggung jawab
- Menentukan tempat perawatan akhir hayat
- Menentukan cara penanganan jenazah dan tempat dikubur



“..Lansia Sehat dan Sejahtera..”

Copyright 2014

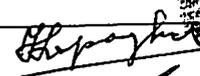
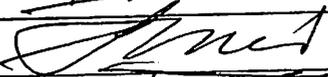
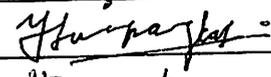
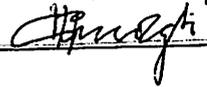
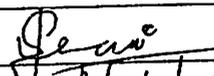
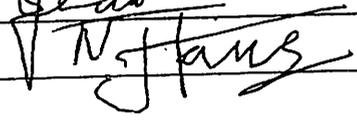


FOTO KEGIATAN



DAFTAR HADIR RESPONDEN

hari/tanggal : Jumat & Sabtu (6 & 7 Juni 2014)
 Nama Kegiatan : ACP Tahap 2
 Tempat :

NO	NAMA	TANDA TANGAN
1	Ibu Suparmi	
2	Ibu Itiek	
3	Ibu Suwarni	
4	Ibu Sulis	
5	Ibu Itiek	
6	Ibu Sri Herminati	
7	Ibu Umi	
8	Ibu Tini	
9	Ibu Sri Juni	
10	Ibu Natik	

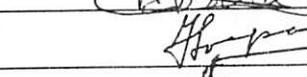
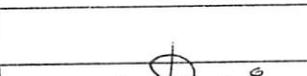
Surabaya, 29 Juni 2014

Mengetahui,
 Pengelola Panti Tresna Wredha Hargo Dedali


 Wawik Trisiani, dra

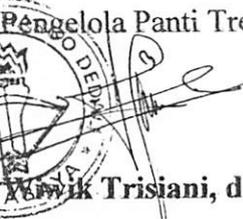
DAFTAR HADIR RESPONDEN

Hari/tanggal : Rabu & Kamis (23 & 24 Mei 2019)
 Nama Kegiatan : ACP Tahap I (sesi 1 & 2)
 Tempat :

NO	NAMA	TANDA TANGAN
1	Ibu Suwarni .	
2	Ibu Suparmi .	
3	Ibu Siti Mundana .	
4	Ibu Sulis .	
5	Ibu Htek .	
6	Ibu. Sri Hermiyati (Hermin)	
7	Ibu Nani Naimurah	
8	Ibu Umi Sri Wilandari	
9	Ibu Tini	
10	Ibu Sri Juni	

Surabaya, 24 Juni 2019

Mengetahui,
 Pengelola Panti Tresna Wredha Hargo Dedali


 Ristik Trisiani, dra

