

1 HEALTH SERVICES FOR THE AGED

2 FAMILY HEALTH

KIK
TPK 01/01
Sut
a

TESIS

**ALTERNATIF MODEL ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA
DENGAN LANJUT USIA**

(Studi Kasus di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya)



**MILIK
PEKUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

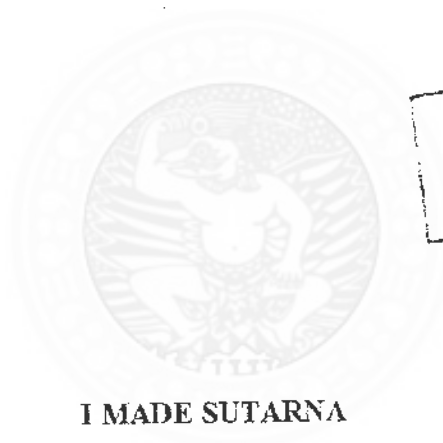
I MADE SUTARNA

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2001**

TESIS

**ALTERNATIF MODEL ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA
DENGAN LANJUT USIA**

(Studi Kasus di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya)



**MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

I MADE SUTARNA

**PROGRAM MAGISTER PERILAKU DAN PROMOSI KESEHATAN
PASCA SARJANA UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2001

**ALTERNATIF MODEL ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA
DENGAN LANJUT USIA
(Studi Kasus di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya)**

TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister
Dalam Program Studi Perilaku dan Promosi Kesehatan
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga



I MADE SUTARNA
NIM. 09991367 M

PROGRAM MAGISTER PERILAKU DAN PROMOSI KESEHATAN
PASCA SARJANA UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Tanggal Agustus 2001

Lembar Persetujuan

TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 4 SEPTEMBER 2001

Oleh

Pembimbing Ketua



Siti Pariani, dr, MS, M.Sc, Ph.D.
NIP. 130 352 939


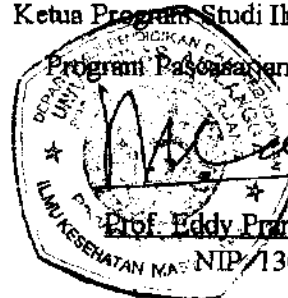
Pembimbing



Dr. Saenun, MS.
NIP. 130 695 881

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga

Prof. Eddy Pranowo S, dr, MPH.
NIP. 130 162 027

Telah diuji pada

Tanggal 4 September 2001

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Oedojo Soedirham, dr, MPH, MA, Ph.D.



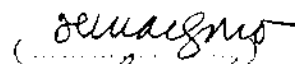
Anggota : 1. Siti Pariani, dr, MS, M.Sc, Ph.D.



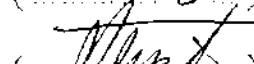
2. Saenun, dr, MS



3. Hendy Muagiri Margono, dr, Sp.I.





4. MR. Emma Pesik Adam, Sp.D, MARS.



Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga

Prof. Eddy Ernowo S, dr, MPH.
NIP. 130 162 027

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, yang telah melimpahkan KaruniaNYA sehingga penulisan tesis ini dapat diselesaikan guna memenuhi persyaratan pendidikan pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.

Berkat bantuan berupa bimbingan dan arahan dari para pembimbing dan dari berbagai pihak, maka dengan penuh rasa syukur yang dalam, pada kesempatan ini saya sampaikan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat :

1. Prof. DR. Soedarto, Dr, DTM.H., Rektor Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan belajar pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
2. Bapak Prof. DR. Moh. Amin, Dr., Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga beserta para Asisten Direktur dan seluruh staf yang telah banyak memberikan kemudahan selama saya menjalani pendidikan.
3. Bapak Prof. DR. Laba Mahaputra, drh, MSc, Asisten Direktur Bidang Akademik Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang dengan sangat bijak membantu mengatasi berbagai masalah yang saya hadapi, sehingga dapat memperlancar penyelesaian tesis ini.
4. Bapak Prof. Eddy Pranowo S, Dr, MPH., Ketua Program Studi IKM pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang banyak memberikan dorongan dan motivasi selama saya menempuh pendidikan.
5. DR. Rachmat Hargono, Dr, MS, MPH, Ketua Pengelola Minat Studi Ilmu Perilaku dan Promosi Kesehatan pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga beserta seluruh dosen dan staf yang telah mendidik, membimbing dan membina saya selama mengikuti pendidikan

6. Ibu Siti Pariani, Dr, MS, M.Sc, Ph.D., Pembimbing Ketua yang dengan penuh keikhlasan serta kearifan telah memberikan bimbingan dan dorongan semangat mengarahkan persiapan dan perencanaan penelitian, sehingga penyusunan tesis ini dapat diselesaikan.
7. Dr. Saenun, MS., Pembimbing Kedua yang telah banyak memberikan arahan serta bimbingan baik selama masa perkuliahan maupun pada proses perencanaan, penulisan dan penyusunan laporan penelitian, sehingga tesis ini dapat diselesaikan sesuai waktu yang telah ditentukan.
8. Bapak Prof. DR. Dikman Angsar, Dr, SPOG., Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya beserta seluruh staf yang telah mengizinkan saya dalam pelaksanaan menyusun tesis ini.
9. DR. H. Samsul Harun, Sp.P., Kepala Instalasi Rawat Jalan RSUD DR. Soetomo Surabaya dengan seluruh staf yang telah memberi saya ijin dan fasilitas untuk pelaksanaan penelitian di Poliklinik Geriatri RSUD DR. Soetomo Surabaya
10. Bapak Dr. H. Soedjoko Hariadhi, M.Sc., Direktur Pendidikan Ahli Madya Keperawatan (Program Anestesi) Surabaya yang telah memberi saya ijin dan kesempatan untuk menempuh pendidikan ini dengan bantuan moral dan material yang telah diberikan.
11. Rekan seangkatan pada Program Studi Pasca Sarjana IKM Peminatan Perilaku dan Promosi Kesehatan yang telah melakukan kerjasama yang baik dan banyak membantu dalam penyelesaian tesis ini.
12. Ibu Sumiatun, SST, istri saya dan anaknda Gede Adi Sulaksana dan Nyoman Ayu Sukawati yang dengan ikhlas telah memberikan dorongan, pengertian, pengorbanan dan doa tulus selama saya menempuh pendidikan.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah banyak membantu penyelesaian tesis ini yang tidak mungkin disebutkan satu persatu, saya ucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya.

semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas segala kebaikan dan memberi KaruniaNya kepada kita semua.

Surabaya, Agustus 2001

I Made Sutarna



ABSTRACT

Lanjut usia adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindarkan. Prosentase lanjut usia di Indonesia dari tahun ke tahun terus meningkat. Usia lanjut merupakan kelompok dengan kondisi resiko tinggi, perlu mendapatkan perhatian khusus. Pada kehidupan keluarga lanjut usia merupakan figur tersendiri dalam kaitannya dengan sosial budaya bangsa, namun dalam fenomena dimasyarakat terjadi kecenderungan menganggap negatif terhadap lansia terkait dengan produktifitasnya.

Terjadi banyak perubahan pada lanjut usia, tapi banyak keluarga yang tidak memahami perubahan tersebut dan menimbulkan masalah sebagai dampaknya. Sehingga lanjut usia sering mendapat perawatan yang kurang memuaskan dalam keluarga. Ada empat model keperawatan yang diajukan sebagai acuan dalam perawatan komunitas yaitu : (1) Model Sistem, (2) Model Adaptasi, (3) Model Health Care Sistem dan (4) Model Perawatan Mandiri. Model tersebut belum diuji efektifitasnya dan belum dapat diaplikasikan dengan baik sesuai kebutuhan lanjut usia dan sesuai pengetahuan keluarga lanjut usia.

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari kebutuhan lanjut usia dan mempelajari bagaimana pengetahuan dan sikap keluarga untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Jenis penelitian ini adalah "Action Research" dengan pendekatan "Diskriptif Kualitatif" dan pengambilan data dilakukan secara "Cross Sectional" melalui Focus Group Diskusi dan wawancara mendalam. Hasil penelitian dimaksudkan dapat dipakai untuk menyusun alternatif model perawatan lanjut usia dalam keluarga. Populasi dalam penelitian ini adalah lanjut usia dan keluarga lanjut usia yang berobat di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebutuhan utama dari lanjut usia adalah kesehatan, ketenangan hidup di rumahnya sendiri, perlakuan yang wajar, lembut dan tidak mendapat kata-kata kasar. Keluarga lanjut usia mempunyai sikap positif, empati dan punya rasa tanggung jawab terhadap perawatan lanjut usia, tetapi tidak mempunyai pengetahuan yang cukup tentang perubahan yang terjadi pada lanjut usia, kebutuhan lanjut usia dan cara memenuhi kebutuhan tersebut. Hal ini disebabkan karena lanjut usia maupun keluarga lanjut usia tidak mendapatkan informasi yang benar dan lengkap dari tenaga profesional.

Model keperawatan yang dipandang paling sesuai dengan kebutuhan lanjut usia adalah model "perawatan mandiri" dan diusulkan dua model yang dipandang sangat sesuai adalah "Model Perawatan Integrasi" (Integrated Care) dan Model keperawatan dengan melakukan bantuan pendidikan perawatan kepada keluarga lanjut usia.

Disarankan kepada institusi pendidikan perawatan dan para peneliti dalam bidang perawatan untuk meneliti efektifitas dari model tersebut.

RINGKASAN

Lanjut usia adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindarkan. Prosentase lanjut usia di Indonesia dari tahun ke tahun terus meningkat. Lanjut usia merupakan kelompok resiko tinggi perlu mendapat perhatian khusus. Pada kehidupan keluarga, lanjut usia merupakan figur tersendiri dalam kaitannya dengan osial budaya, namun dalam fenomena di masyarakat terjadi kecederungan adanya anggapan negatif terhadap lanjut usia terkait dengan produktifitasnya.

Terjadi banyak perubahan yang alami pada lanjut usia, tetapi banyak keluarga lanjut usia yang tidak memahami perubahan tersebut sehingga menimbulkan masalah sebagai dampaknya. Dengan demikian lanjut usia sering mendapatkan perawatan yang kurang memuaskan dalam keluarganya.

Ada empat model keperawatan yang diajukan sebagai acuan dalam perawatan komunitas yaitu : (1) Model Sistem, (2) Model Adaptasi, (3) Model Health Care dan (4) Model Perawatan Mandiri. Keempat model tersebut belum diuji efektifitasnya dan belum dapat diaplikasikan dengan baik sesuai dengan kebutuhan lanjut usia dan sesuai dengan pengetahuan dan sikap keluarga lanjut usia terhadap perawatan lanjut usia dalam keluarga, sesuai kondisi sosial budaya di Indonesia, Khususnya di Jawa.

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari bagaimana pengetahuan dan sikap keluarga lanjut usia terhadap perubahan yang terjadi pada lanjut usia serta perawatan lanjut usia dalam keluarga. Jenis penelitian ini adalah "Action Research" dengan pendekatan "Diskriptif Kualitatif" dan pengambilan data dilakukan secara "Cross Sectional" melalui Focus Group Diskusi (FGD) dan dilanjutkan dengan wawancara mendalam (In Depth Interview). Populasi penelitian ini adalah lanjut usia yang berumur 65 tahun sampai dengan 80 tahun dan keluarga lanjut usia. Pengambilan sampel dilakukan secara purposive pada lanjut usia dan keluarganya yang datang berobat ke Poliklinik Geriatri RSUD DR. Soetomo Surabaya. Focus Group Diskusi dilakukan di Poliklinik Geriatri dan in depth interview dilakukan melalui kunjungan rumah masing-masing lanjut usia. Hasil penelitian di maksudkan dapat dipakai bahan untuk menyusun model asuhan keperawatan lanjut usia dalam keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebutuhan utama lanjut usia adalah : kesehatan, ketenangan hidup dalam rumahnya sendiri, perhatian, pengakuan, prestasi atas segala upayanya, perlakuan yang wajar, lemah lembut dan tidak menggunakan kata-kata kasar. Keluarga lanjut usia mempunyai sikap positif terhadap lanjut usia, ada rasa empati dan punya rasa tanggung jawab dalam merawat lanjut usia, tetapi tidak mempunyai pengetahuan yang cukup tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia, kebutuhan lanjut usia dan cara memenuhi kebutuhan tersebut. Hal ini disebabkan karena lanjut usia belum pernah mendapat pendidikan tentang persiapan untuk menghadapi lanjut usia dan keluarga lanjut usia belum pernah mendapat pendidikan dan penyuluhan kesehatan tentang perubahan-perubahan yang terjadi dan kebutuhan lanjut usia, dari tenaga profesional.

Dari keempat model yang diajukan, model keperawatan yang dianggap paling cocok adalah "Model Perawatan Mandiri" (self care). Diusulkan dua model baru yang dipandang sesuai dengan kebutuhan lanjut usia dan pengetahuan keluarga tentang perawatan lanjut usia yaitu : (1) Model Perawatan Integrasi (Ingrated Care) dan (2) Pendidikan perawatan lanjut usia pada keluarga (Supportive Educative Compensatory Care).

Disarankan kepada peneliti di bidang perawatan untuk meneliti efektifitas dan efisiensi dari model keperawatan yang diusulkan tersebut.

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Halaman Persetujuan	iv
Halaman Penetapan Panitia Penguji	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Abstrak	ix
Ringkasan	x
Daftar Isi	xi
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Identifikasi Masalah	7
C. Perumusan Masalah	8
D. Tujuan Penelitian	8
E. Manfaat Penelitian	9
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Dasar, Teori dan Falsafah Keperawatan	10
1. Konsep Dasar dan Teori Keperawatan	10
2. Falsafah Keperawatan	13
B. Keperawatan Komunitas	13
1. Pengertian Komunitas	13
2. Pengertian Keperawatan Komunitas	14
3. Falsafah Keperawatan	14
C. Keperawatan Kesehatan Keluarga	14
1. Pengertian Keluarga	14
2. Bentuk Keluarga	15
3. Fungsi Keluarga	17
4. Asuhan Keperawatan Keluarga	22
D. Perawatan Kesehatan Lanjut Usia	25
1. Pengertian Lanjut Usia	25

2. Beberapa Perubahan Pada Lanjut Usia.....	26
3. Asuhan Keperawatan Lanjut Usia.....	30
E. Model-Model Keperawatan	40
1. Pengertian Model	40
2. Klasifikasi Model	40
3. Model-Model Keperawatan	42
BAB III. KERANGKA KONSEPTUAL DAN KERANGKA	50
PENELITIAN	
A. Kerangka Konseptual	52
B. Kerangka Operasional Penelitian	53
BAB IV. METODE PENELITIAN	54
A. Rancangan Penelitian	54
1. Rancangan Penelitian	54
2. Populasi dan Sampel	54
3. Cara Analisa Data	57
4. Variabel Penelitian	57
5. Waktu dan Lokasi Penelitian	58
B. Definisi Operasional	58
C. Keterbatasan	63
BAB V. HASIL PENELITIAN	65
A. Gambaran Umum Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya Sebagai Tempat Penelitian	65
B. Cara Pengambilan Sampel	65
C. Tim Peneliti	67
D. Hasil Penelitian	68
1. Kebutuhan Lanjut Usia	68
2. Pengetahuan dan Sikap “Keluarga Lanjut Usia” Dalam Perawatan Lanjut Usia pada Keluarga	79
BAB VI. PEMBAHASAN	89
A. Perubahan yang terjadi dan Kebutuhan Lanjut Usia	89
1. Kebutuhan Physiological	89
2. Kebutuhan Psiko-Sosial.....	91

3. Kebutuhan Spiritual	94
B. Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap Perawatan Lanjut Usia	
Dalam Keluarga	95
1. Pandangan Keluarga Terhadap Perawatan Lanjut Usia di Panti ...	95
2. Pengetahuan Keluarga Lanjut Usia Terhadap Perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia	96
3. Rujukan Dan Sumber Informasi Yang Diperoleh Tentang Perawatan Kesehatan Lanjut Usia	98
4. Pengalokasian Dana, Sarana dan Waktu Untuk Kesejahteraan Lanjut Usia	98
5. Saran-Saran Keluarga Lanjut Usia	99
C. Alternatif Model Keperawatan Keluarga Dengan Lanjut Usia	101
1. Tujuan Perawatan Lanjut Usia	101
2. Proses Keperawatan Lanjut Usia	101
3. Alternatif Model Perawatan Lanjut Usia Dalam Keluarga.....	102
BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN	110
A. Kesimpulan	110
B. Saran	113
DAFTAR KEPUSTAKAAN	115

LAMPIRAN-LAMPIRAN



BAB I
PENDAHULUAN

BAB I
P E N D A H U L U A N

A. Latar Belakang Masalah

Lanjut usia adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindarkan. Dengan berhasilnya pembangunan nasional khususnya dibidang kesehatan, dengan menurunnya angka kematian bayi dan angka fertilitas serta meningkatnya status gizi masyarakat, maka sebagai dampak positifnya adalah meningkatnya umur harapan hidup waktu lahir dan meningkatnya persentase dari penduduk "Lanjut Usia". Persentase lanjut usia di Indonesia dari tahun ke tahun dan besarnya dapat dilihat dalam angka-angka tersebut.

Tabel 1.1. Prosentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Tahun 1980 s/d 2000

Tahun	Jumlah	Persentase
1980	7,99 juta	5,5 % dari jumlah penduduk
1985	9,44 juta	5,8 % dari jumlah penduduk
1990	11,28 juta	6,3 % dari jumlah penduduk
1995	13,60 juta	6,9 % dari jumlah penduduk
2000	15,88 juta	7,6 % dari jumlah penduduk

Sumber : Sensus penduduk Indonesia tahun 1971, 1980 dan 1990 ditulis oleh :

Hardywinoto, Tony Setiabudhi (1999)

Pada tahun 2005 - 2010 jumlah lanjut usia diperkirakan sekitar 19 juta jiwa atau 8,5% dari jumlah penduduk. Dari jumlah tersebut baik di desa maupun di kota, jumlah lanjut usia wanita lebih banyak dari pria. (Hadi Setia Tunggal, 1999).



Tabel 1.2. Proporsi Penduduk Menurut Golongan Umur di Jawa Timur Tahun 1999

No.	Umur	Persentase
1	> 65 tahun	6,97 % dari jumlah penduduk Jatim
2	45 - 64 tahun	17,11 % dari jumlah penduduk Jatim
3	15 - 44 tahun	50,80 % dari jumlah penduduk Jatim
4	5 - 14 tahun	17,11 % dari jumlah penduduk Jatim
5	1 - 4 tahun	6,41 % dari jumlah penduduk Jatim
6	< 1 tahun	1,60 % dari jumlah penduduk Jatim
		100 %

Sumber : Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2001 (data tahun 1999)

Ada beberapa pendapat tentang lanjut usia baik dari batasan umur maupun dari sebutan atau istilah yang digunakan. Direktorat Bina Kesehatan Keluarga, 1993 memberi batasan lanjut usia adalah mereka yang berusia lebih dari 55 tahun. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998, memberi batasan pada "Lanjut Usia" adalah yang telah mencapai 60 tahun keatas. Sedangkan Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya menetapkan bahwa pelayanan lanjut usia adalah diberikan pada mereka yang berumur 65 tahun keatas. Hal ini disebabkan karena pada usia tersebut merupakan kelompok dengan kondisi resiko tinggi dan pelayanan kesehatan lebih ditjukan agar dapat tetap mempertahankan kemandirinya.

Pada kehidupan keluarga, lanjut usia merupakan figur tersendiri dalam kaitannya dengan sosial budaya bangsa, sedangkan dalam kehidupan nasional, lanjut usia merupakan sumberdaya yang bernilai sesuai dengan pengetahuan dan pengalaman kehidupan yang dimilikinya yang dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu kehidupan masyarakat secara keseluruhan. Dalam keluarga, ibu semasa reproduksi, anak sejak dalam kandungan hingga menjelang dewasa, serta anggota keluarga berlanjut usia, merupakan kelompok rawan dipandang dari segi kesehatan karena kepekaan dan kerentaannya yang tinggi terhadap

gangguan kesehatan dan ancaman kematian. Dengan demikian ibu, anak dan lanjut usia harus menjadi komponen dan sasaran perhatian utama dalam pembinaan kesehatan keluarga.

Namun fenomena yang ada di masyarakat banyak yang masih mempunyai cara berfikir yang cenderung menganggap lanjut usia sebagai orang tak berguna, jadi beban keluarga dan masyarakat, tidak produktif dan membutuhkan santunan. Oleh karena itu pemikiran tersebut harus diubah menjadi pemikiran yang positif dan manusiawi melalui program perawatan kesehatan keluarga. (Hadi Setia Tunggal, 1998). Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan lanjut usia untuk mencapai masa tua yang berbahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga telah dikembangkan program pembinaan "Lansia" yang secara garis besar upaya pembinaan dibagi dalam tiga komponen kegiatan pokok yaitu :

1. Menyelenggarakan paket pembinaan bagi kelompok usia 45 - 54 tahun meliputi Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) dan pelayanan kesehatan agar dapat mempersiapkan diri menghadapi masa tua.
2. Menyelenggarakan paket pembinaan bagi kelompok sasaran usia 55-64 tahun meliputi KIE dan pelayanan kesehatan agar dapat mempertahankan kondisi kesehatannya sehingga tetap produktif.
3. Menyelenggarakan paket pembinaan bagi kelompok sasaran usia dengan resiko tinggi yaitu 65 tahun keatas yang meliputi KIE dan pelayan kesehatan agar dapat tetap mempertahankan kemandiriannya.

Dengan pembinaan kesehatan lanjut usia tersebut diharapkan seluruh masyarakat dari berbagai kelompok umur dapat menggunakan haknya sesuai peraturan perundang-undangan bahwa setiap warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan dan

mewujudkan derajat kesehatannya yang optimal termasuk lanjut usia. (Direktorat Bina Kesehatan Keluarga, 1993). Namun dalam kenyataan menunjukkan bahwa masih rendahnya kuantitas dan kualitas tenaga profesional pelayanan “Lansia” dan masih terbatasnya fasilitas dan sarana pelayanan serta belum membudaya dan belum melembaganya kegiatan pembinaan kesejahteraan “Lansia” (Hardywinoto, 1999). Sejalan dengan program pembinaan lanjut usia, dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan lanjut usia, RSUD Dr. Seotomo Surabaya sebagai Rumah Sakit Type A di Jawa Timur yang merupakan rumah sakit “Pendidikan, Penelitian dan Rujukan” di wilayah Timur Indonesia, sejak bulan Mei 1994 telah membuka poliklinik geriatri. Dari hasil pengamatan dalam kegiatan Residensi Mahasiswa Magister Perilaku dan Promosi Kesehatan (MPPK) Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya tahap II tanggal 3 s/d 8 September 2000 dilaporkan bahwa pelayanan kesehatan yang dilakukan meliputi : Promosi kesehatan dan Prevenif secara individu dilaksanakan sesuai dengan kelainan dan penyakitnya menyangkut aktivitas, makanan, dan pencegahan kebiasaan-kebiasaan yang kurang baik misalnya merokok dan sebagainya. Tindakan kuratif dilakukan secara koordinasi dengan bidang keahlian yang terkait.

Sedangkan rehabilitasi dilakukan pada pasien yang mempunyai kelainan misalnya nyeri tulang punggung, pasien yang memerlukan alat bantu dengan kerjasama dan konsultasi dengan Instalasi Rehabilitasi Medik. Pelayanan kesehatan lanjutan (follow up care) dalam perawatan keluarga di rumah lanjut usia belum dilaksanakan. Dari hasil analisis, ditemukan beberapa masalah antara lain : kegiatan pelayanan yang dilakukan lebih bersifat penanganan klinis dan pengobatan terhadap penyakit tertentu dan tidak banyak menangani masalah pengetahuan, mental dan sosial, spiritual lanjut usia dan keluarganya secara komprehensive.

Tabel 1.3. Distribusi Jumlah Penderita Lama dan Penderita Baru di Poliklinik Geriatri
RSUD Dr. Soetomo Surabaya Tahun 2000

No.	Bulan	Lama	Baru	Jumlah
1.	Januari	1144	21	1165
2.	Pebruari	1308	39	1347
3.	Maret	1213	34	1247
4.	April	1196	37	1233
5.	Mei	1292	46	1338
6.	Juni	1261	28	1289
7.	Juli	1261	28	1289
8.	Agustus	1231	37	1268
9.	September	1173	30	1203
10.	Oktober	1235	38	1273
11.	Nopember	1241	30	1271
12.	Desember	964	13	977
	Total	14490	381	14781

Masalah-masalah yang terjadi pada lanjut usia sangat dipengaruhi adanya beberapa perubahan meliputi perubahan biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual. Manifestasi dari perubahan tersebut bila tidak dipahami oleh keluarganya merupakan resiko tinggi akan timbulnya masalah baru baik berupa kecelakaan, gangguan kesehatan fisik maupun psikologi, sosial maupun spiritual. Dalam kenyataannya banyak keluarga yang belum memahami perubahan-perubahan tersebut beserta dampaknya, sehingga tidak mengambil tindakan antisipasi terhadap bahaya kecelakaan dan sering terjadi kesalah pahaman karena tidak mengerti dan tidak menyadari akan perubahan tersebut. Oleh karena itu diperlukan adanya pembinaan dan pelayanan kesehatan kepada keluarga melalui program perawatan komunitas, dengan memperhatikan kebutuhan lanjut usia serta pengetahuan dan sikap keluarga terhadap lanjut usia pada saat ini.

Perawatan kesehatan keluarga dalam program keperawatan komunitas merupakan pelayanan profesional yang pada hakekatnya memerlukan suatu landasan teoritis. Ada beberapa konsep tentang “model keperawatan” yang telah dikembangkan oleh para ahli dalam keperawatan.

Adapun model keperawatan yang diajukan sebagai acuan dalam praktek keperawatan komunitas tersebut adalah : (1) Model “Sistem” dari Imogene M.King (1971), (2) Model “Adaptasi” dari C. Roy (1976), (3) Model “Health Care System” dari Betty Neuman dan (4) model “Perawatan Mandiri” Self Care dari D.E. Orem (1971)

Kalau dikaji lebih terperinci, variabel-variabel yang ada pada keempat model perawatan tersebut adalah (1) Kebutuhan manusia secara bio-psiko-sosial-spiritual, (2) Kemampuan untuk berinteraksi dan adaptasi dengan lingkungan, (3) Sistem informasi tentang kesehatan yang ada di masyarakat, (4) Fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dan (5) Pengetahuan dan kemampuan mengambil keputusan dalam tindakan perawatan.

Dari model yang ada tersebut, belum semua dapat diaplikasikan dengan baik dan belum diuji efektifitasnya sesuai dengan kondisi, budaya, nilai, kemampuan keluarga dan kebutuhan lanjut usia sesuai kondisi masyarakat di Indonesia yang terdiri dari aneka ragam suku, Agama dan lingkungan yang berbeda. Dari hasil identifikasi masalah dalam residensi PKMRS di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya, ditemukan bahwa pelayanan kesehatan geriatri yang dilaksanakan masih lebih bersifat klinis medis yaitu penekanan pada pemeriksaan dan pengobatan dan belum memberikan pelayanan yang comprehensive yaitu pelayanan yang menyangkut semua aspek meliputi bio-psiko-sosio-spiritual dalam kegiatan ; promosi, pencegahan, pengobatan dini, pencegahan kecacatan dan rehabilitasi. Karena belum ada uji coba dan belum diaplikasikan secara baik dari keempat model tersebut, maka untuk mencari model yang sesuai dengan kebutuhan

masyarakat, perlu dilakukan pengkajian kebutuhan perawatan lansia dalam keluarga melalui "Studi kasus di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan dilanjutkan dengan wawancara mendalam melalui kunjungan rumah keluarga dengan lanjut usia di masyarakat.

B. Identifikasi Masalah

Sesuai uraian tersebut diatas, beberapa masalah yang dapat diketemukan yaitu : Dalam kehidupan berkeluarga lanjut usia merupakan figur yang penting dalam kaitannya dengan sosial budaya dan dalam kehidupan nasional lanjut usia merupakan sumberdaya yang bernilai. Tapi kenyataan dimasyarakat banyak anggapan yang keliru yang menganggap lanjut usia sebagai beban keluarga, membutuhkan santunan, kurang berguna dan sebagainya.

Secara alami dalam proses penuaan pada lanjut usia terjadi beberapa perubahan meliputi perubahan biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual dengan berbagai manifestasi yang ditimbulkan, namun dimasyarakat perubahan-perubahan tersebut sering tidak difahami oleh keluarganya sehingga sering menimbulkan masalah.

Ada beberapa pendekatan yang diformulasikan dari berbagai referensi dalam rangka paradigma baru menuju lanjut usia yang berguna dan berkualitas yaitu pendekatan positif, proaktif, non diskriminatif, akomodatif, kondusif dan suportif. (Hadi Setia Tunggal, 1998). Tapi pada saat ini pelayanan kesehatan lanjut usia lebih bersifat penanggulangan penyakit dengan penekanan pada pengobatan dan belum memberikan pelayanan yang paripurna.

Ada berbagai model dalam asuhan keperawatan keluarga yang telah disusun, tetapi kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual pada tiap individu adalah tidak sama dan sangat dipengaruhi oleh lingkungannya, fisik, sosial dan budaya. Oleh karena itu perlu dicari suatu

model keperawatan lanjut usia dalam keluarga berdasarkan "Need Assessment" yaitu sesuai dengan kebutuhan lanjut usia dan sesuai dengan kemampuan keluarga, dalam sistem sosial yang ada di Jawa Timur.

C. Perumusan Masalah

Yang menjadi masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Apa yang menjadi kebutuhan lanjut usia dalam kaitannya dengan bio-psiko, sosial-spiritual, sesuai dengan sistem sosial yang ada di Surabaya.
2. Bagaimana pengetahuan dan sikap keluarga lanjut usia tentang perawatan dan pemenuhan kebutuhan lanjut usia dalam perawatan kesehatan keluarga.
3. Model keperawatan yang bagaimana yang paling cocok untuk diterapkan sesuai dengan kebutuhan lanjut usia dan kemampuan keluarganya.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menyusun alternatif "Model Asuhan Keperawatan" lanjut usia dalam keluarga yang sesuai dengan kebutuhan lanjut usia serta sesuai dengan pengetahuan dan sikap keluarga terhadap lanjut usia dalam sistem sosial di Jawa Timur.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kebutuhan lanjut usia ditinjau dari Bio-psiko, sosial-spiritual.
- b. Mengidentifikasi pengetahuan dan sikap keluarga dalam merawat/memenuhi kebutuhan lanjut usia pada perawatan usia lanjut dalam keluarga.
- c. Mempelajari model perawatan yang sesuai dengan kebutuhan lanjut usia dan pengetahuan serta sikap keluarga terhadap lanjut usia.

- d. Menyusun alternatif model keperawatan lanjut usia dalam keluarga berdasarkan pengkajian kebutuhan.

E. Manfaat Penelitian

Dengan diketemukan suatu model keperawatan yang paling sesuai diharapkan dapat :

1. Meningkatkan pengetahuan, sikap dan kemandirian keluarga dalam perawatan lanjut usia.
2. Meningkatkan kemampuan lanjut usia dalam mempertahankan kemandiriannya untuk memenuhi kebutuhannya.
3. Dapat dipakai bahan masukan pada pengambil keputusan dan pelaksana dalam program perawatan komunitas tentang model perawatan lanjut usia dalam keluarga.
4. Bahan masukan pada institusi pendidikan tenaga keperawatan dalam mengimplementasikan berbagai model keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan lanjut usia dan kemampuan keluarga.
5. Bahan informasi bagi tenaga pelaksana dalam perawatan maupun bagi peneliti dalam bidang keperawatan khususnya penelitian yang terkait dengan keperawatan lanjut usia.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar, Teori dan Falsafah Keperawatan

Sebelum membahas lebih luas tentang keperawatan komunitas, keperawatan keluarga dan keperawatan lanjut usia, terlebih dulu perlu ada pemahaman tentang konsep dasar, teori dan falsafah keperawatan.

1. Konsep Dasar dan Teori Keperawatan

Teori keperawatan pada dasarnya terdiri atas empat konsep yang berpengaruh yaitu : konsep manusia, konsep keperawatan, konsep sehat sakit dan konsep lingkungan. Meskipun keempat konsep tersebut digunakan pada setiap teori keperawatan, akan tetapi hubungan antara konsep-konsep ini ada perbedaan antara teori satu dengan teori yang lain. Adapun keempat konsep tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Konsep manusia

Manusia adalah makhluk bio-pskiko-sosial dan spiritual yang utuh yang merupakan suatu kesatuan yang terdiri dari aspek jasmani, rohani dan sosial yang bersifat unik karena mempunyai berbagai macam kebutuhan sesuai dengan tingkat perkembangannya (Konsorsium Ilmu Kesehatan, 1992). Manusia selalu berusaha untuk memahami kebutuhannya melalui berbagai upaya dan selalu belajar dan mengembangkan potensi dan kemampuan yang dimilikinya. Manusia secara terus-menerus berhadapan dengan perubahan lingkungan dan selalu berusaha beradaptasi terhadap pengaruh lingkungan tersebut.

b. Konsep keperawatan

Keperawatan adalah salah satu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan berbentuk pelayanan biologi, psikologi, sosial dan spiritual secara komprehensif ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat yang sehat maupun sakit mencakup seluruh siklus kehidupan manusia.

Asuhan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju pada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan ini dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan serta pemeliharaan kesehatan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan utama (Primary Health Care) untuk memungkinkan setiap orang mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif. Kegiatan ini dilakukan sesuai dengan wewenang, tanggung jawab serta etika profesi keperawatan. (Konsorsium Ilmu Kesehatan, 1992).

Keperawatan yang komprehensif memperhatikan klien sebagai individu, keluarga dan masyarakat dengan membantu mengadakan penyesuaian diri yang dibutuhkan akibat penyakit yang diderita sehingga mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari. Keperawatan mengakui dan menghargai keluhuran dan martabat manusia, tidak membedakan jenis kelamin, umur, warna kulit, etnis, ras, agama, bangsa, kepercayaan dan tingkat sosial budaya termasuk ekonomi. Keperawatan merupakan ilmu terapan yang menggunakan keterampilan intelektual, keterampilan teknis dan keterampilan interpersonal serta menggunakan proses keperawatan dalam membantu klien mencapai tingkat kesehatan yang optimal.



c. Konsep sehat-sakit

Penyakit (disease) dan kesakitan (illness) meskipun sangat berkaitan satu sama lain namun mencerminkan suatu perbedaan yang fundamental dan konseptual.

Menurut Cassell, Helman dan Kleinman yang ditulis Bart Smet (1994) menjelaskan : Kesakitan adalah apa yang dirasakan pasien pada saat dia pergi ke dokter, sedangkan penyakit adalah apa yang didapatkannya setelah pulang dari dokter. Jadi penyakit (disease) adalah sesuatu yang dimiliki organ, sedang sakit (illness) adalah sesuatu yang dimiliki seseorang. Penyakit adalah gangguan fungsi atau adaptasi dari proses-proses biologis dan psikologis dari seseorang, sedangkan kesakitan adalah reaksi dari personal, interpersonal serta kultural terhadap penyakit atau perasaan kurang nyaman. Kesakitan adalah respon subyektif dari pasien serta respon disekitarnya terhadap keadaan tidak sehat. Tidak hanya memasukkan pengalaman tidak sehatnya saja, tetapi juga arti pengalaman tersebut bagi seseorang. Justru arti inilah menentukan bahwa penyakit atau gejala yang sama, bisa ditafsirkan berbeda secara sangat berbeda oleh dua orang pasien yang berasal dari budaya yang berbeda.

Hal ini juga akan mempengaruhi perilaku mereka selanjutnya serta jenis perawatan yang dicarinya.

d. Konsep lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan lebih difokuskan pada lingkungan masyarakat yaitu lingkungan fisik, psikologis, sosial budaya dan spiritual. Untuk memahami hubungan lingkungan dengan kesehatan masyarakat dapat digunakan model hubungan "agent-host-environment" sesuai model yang dikemukakan oleh Leavel, 1965 yang ditulis oleh La Ode jumadi Gaffar, 1997. Ketiga komponen tersebut saling berhubungan dan dapat berpengaruh terhadap status kesehatan seseorang. Model ini digunakan untuk memprediksi dan memperkirakan penyakit atau faktor beresiko tinggi yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan sehingga

dapat membantu perawat dalam meningkatkan kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit serta memelihara kesehatan masyarakat.

2. Falsafah keperawatan

Sebagai suatu profesi, keperawatan memiliki falsafah keperawatan yang bertujuan untuk mengarahkan kegiatan perawatan yang dilakukan. Dalam hal ini perawat menganut pandangan yang holistik terhadap manusia, yaitu keutuhan manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial dan spiritual. Dengan pendekatan holistik, perawat menghormati martabat manusia dan menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia. Keperawatan bersifat universal yang tidak membedakan ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik, agama, dan aliran politik dan status ekonomi dan sosial. Keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan. Perawat menganggap bahwa klien adalah partner aktif dalam arti perawat selalu kerjasama dengan klien dalam pemberian asuhan keperawatan.

B. Keperawatan Komunitas

1. Pengertian Komunitas

Para ahli mendefinisikan komunitas atau masyarakat dari berbagai sudut pandang. WHO, (1974) mendefinisikan komunitas : Adalah sekelompok sosial yang ditentukan oleh batas-batas wilayah, nilai-nilai, keyakinan dan minat yang sama serta adanya saling mengenal dan berinteraksi antara anggota masyarakat yang satu dengan yang lainnya. Sanders (1991) mendefinisikan komunitas sebagai tempat atau kumpulan orang-orang atau sistem sosial. Dengan demikian komunitas dapat diartikan sebagai suatu kelompok individu yang tinggal pada wilayah tertentu, yang memiliki nilai-nilai, keyakinan dan minat yang relatif sama serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan. Dalam pelayanan keperawatan, asuhan keperawatan yang diberikan merupakan upaya yang esensial, universal, dapat dijangkau dan menggunakan teknologi tepat guna serta dapat diterima secara ilmiah maupun sosio-kultural.

2. Pengertian Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas adalah bentuk pelayanan langsung yang berfokus kepada kebutuhan dasar komunitas yang berkaitan dengan kebiasaan atau pola perilaku masyarakat yang terkait dengan kesehatan dan kemampuan masyarakat untuk beradaptasi dengan lingkungan internal maupun eksternal. (Junaiti Sahar, 1997).

Intervensi keperawatan yang dilakukan mencakup : pendidikan kesehatan, mendemonstrasikan keterampilan dasar yang dapat dilakukan oleh komunitas, melakukan intervensi keperawatan yang memerlukan keahlian perawat, melakukan kerjasama lintas program dan lintas sektoral untuk mengatasi masalah komunitas serta melakukan rujukan keperawatan dan non keperawatan bila diperlukan.

3. Falsafah Keperawatan Komunitas

Mengacu pada falsafah dan paradigma keperawatan secara umum, maka keperawatan komunitas memberikan perhatian terhadap pengaruh lingkungan yang meliputi : bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual terhadap kesehatan komunitas dan memberikan prioritas pada strategi pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Manusia dan nilai-nilai kemanusiaan merupakan titik sentral dalam pelayanan. Pembangunan kesehatan menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan dengan keluarga merupakan unit utama dari pelayanan yang diberikan.

C. Keperawatan Kesehatan Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga beserta beberapa orang anggotanya yang berkumpul dan tinggal dalam satu tempat karena ada pertalian darah, ikatan perkawinan atau adopsi dan satu sama lainnya saling tergantung dan saling berinteraksi (Depkes RI, 1985).

Duval dan Logan (1986) yang ditulis Netty Herawati (2000) mengemukakan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga tersebut. Dari kedua pengertian keluarga tersebut diatas, dapat dijelaskan bahwa keluarga adalah suatu sistem. Sebagai suatu sistem keluarga mempunyai sub sistem yang terdiri dari : Ayah, Ibu, anak dan semua individu yang tinggal dalam keluarga tersebut. Anggota keluarga tersebut saling berinteraksi, interelasi dan inter dependensi untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga merupakan sistem terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh lingkungannya dan dapat mempengaruhi lingkungannya.

2. Bentuk Keluarga

Keluarga sebagai sasaran utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat terdiri dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangannya bentuk keluarga banyak macamnya. Goldenberg (1980) yang ditulis Azrul Azwar (1997) membedakan bentuk keluarga atas sembilan macam. Kesembilan macam bentuk keluarga tersebut adalah :

a. Keluarga Inti (nuclear family)

Yang dimaksud dengan keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri serta anak-anak kandung.

b. Keluarga besar (extended family)

Yang dimaksud dengan keluarga besar adalah keluarga yang disamping terdiri dari suami, istri dan anak-anak kandung, juga terdiri dari sanak saudara lainnya, baik menurut garis vertikal (ibu, bapak, kakek, nenek, mantu, cucu, cicit) dan ataupun

menurut garis horizontal (kakak, adik, ipar) yang dapat berasal dari pihak suami atau pihak istri.

c. Keluarga campuran (blended family)

Yang dimaksud dengan keluarga campuran adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri, anak-anak kandung serta anak-anak tiri.

d. Keluarga menurut hukum (common law family)

Yang dimaksud dengan keluarga menurut hukum umum adalah keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang tidak terikat dalam perkawinan syah serta anak-anak mereka yang tinggal bersama.

e. Keluarga orang tua tunggal (single parent family)

Yang dimaksud dengan keluarga orang tua tunggal adalah keluarga yang terdiri dari pria atau wanita, mungkin karena telah bercerai, berpisah, ditinggal mati atau mungkin tidak pernah menikah, serta anak-anak mereka tinggal bersama.

f. Keluarga hidup bersama (commune family)

Yang dimaksud dengan keluarga hidup bersama (komune) adalah keluarga yang terdiri dari pria, wanita dan anak-anak yang tinggal bersama, berbagi hak dan tanggung jawab serta memiliki kekayaan bersama.

g. Keluarga serial (serial family)

Yang dimaksud dengan keluarga serial adalah keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang telah menikah dan mungkin telah punya anak, tetapi kemudian bercerai dan masing-masing menikah lagi serta memiliki anak-anak dengan pasangan masing-masing, tetapi semuanya menganggap sebagai satu keluarga.

h. Keluarga gabungan (composite family)

Yang dimaksud dengan keluarga gabungan (komposit) adalah keluarga yang terdiri dari suami dengan beberapa istri dan anak-anaknya (polisndri) atau istri dengan beberapa suami dan anak-anaknya (poligini), yang hidup bersama.

i. Keluarga tinggal bersama (cohabitation family)

Yang dimaksud dengan keluarga tinggal bersama (kohabitat) adalah keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang hidup bersama tanpa ada ikatan perkawinan yang sah.

3. Fungsi Keluarga

Friedman (1986) yang ditulis Netty Herawati (2000) mengidentifikasi lima fungsi keluarga yaitu :

a. Fungsi Afektif

Fungsi Afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut dapat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga. Dengan demikian keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri yang positif.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah :

- 1). Saling mengasuh. Cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga. Setiap anggota yang mendapatkan kasih sayang dan

dukungan dari anggota yang lain maka kemampuan untuk memberikan kasih sayang akan meningkat, yang pada akhirnya tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. hubungan intim didalam keluarga merupakan modal dasar dalam melakukan hubungan dengan orang lain diluar keluarga.

- 2). Saling menghargai. bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalau mempertahankan iklim yang positif maka fungsi afektif akan tercapai
- 3). Ikatan dan identifikasi keluarga dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga. Orang tua harus mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anak-anak dapat meniru perilaku yang positif tersebut.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial.

Sosialisasi dimulai sejak lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin dan interaksi dalam keluarga.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga, seperti kebutuhan akan makanan, pakaian dan tempat berlindung yaitu rumah.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarganya. Selanjutnya Friedman (1998) yang ditulis Netty Herawati, 2000 mengemukakan tugas keluarga dalam perawatan kesehatan adalah : mengenai masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat dan mempertahankan hubungan dengan (mengggunakan) fasilitas kesehatan masyarakat.

Terwujudnya keluarga sejahtera adalah cita-cita semua pihak. Karena apabila keluarga sejahtera tersebut berhasil diwujudkan maka berarti telah terwujud pula keluarga yang sehat (*healthy family*). Untuk dapat mengukur sehat atau tidaknya suatu keluarga dikembangkan suatu metode penilaian sederhana yang dikenal dengan nama APGAR Keluarga (*Family APGAR*) (Rosen, Geyman and Layton, 1980) yang ditulis Asrul Azwar (1997) menetapkan metode penilaian terhadap kesejahteraan keluarga.

Pada metode ini dilakukan penilaian terhadap lima fungsi pokok keluarga, yang kemudian tergantung dari pelaksanaan kelima fungsi keluarga tersebut dapat diketahui tingkat kesehatan keluarga yang dinilai. Kelima fungsi keluarga yang dinilai pada APGAR keluarga adalah :

1). Adaptasi (Adaptation)

Disini dinilai tingkat kepuasan anggota keluarga dalam menerima bantuan yang diperlukannya dari anggota keluarga lainnya.

2). Kemitraan (Partnership)

Disini dinilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap berkomunikasi, urun rembug dalam mengambil suatu keputusan dan atau menyelesaikan suatu masalah yang sedang dihadapi dengan anggota keluarga lainnya.

3). Pertumbuhan (Growth)

Disini dinilai tingkat keputasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang diberikan keluarga dalam mematangkan pertumbuhan dan atau kedewasaan setiap anggota keluarga.

4). Kasih sayang (Affection)

Disini dinilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional yang berlangsung dalam keluarga.

5). Kebersamaan (Resolve)

Disini dinilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dalam membagi waktu, kekayaan dan ruang antar anggota keluarga.

Untuk memudahkan penilaian, APGAR keluarga ini biasanya dituangkan dalam satu formulir isian dengan lima pertanyaan dan pilihan jawaban sebagai berikut :

1. Saya puas bahwa saya dapat kembali kepada keluarga saya, bila saya menghadapi masalah (sering/selalu, kadang-kadang pernah, jarang/tidak).
2. Saya puas dengan cara-cara keluarga saya membahas serta membagi masalah dengan saya (sering/selalu, kadang-kadang pernah, jarang/tidak)
3. Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya melaksanakan kegiatan dan ataupun arah hidup yang baru (sering/selalu, kadang-kadang pernah, jarang/tidak)
4. Saya puas dengan cara-cara keluarga saya menyatakan rasa kasih sayang dan menanggapi emosi. (sering/selalu, kadang-kadang pernah, jarang/tidak)
5. Saya puas dengan cara-cara keluarga saya membagi waktu bersama. (sering/selalu, kadang-kadang pernah, jarang/tidak)

Untuk setiap jawaban sering/selalu diberikan nilai 2, jawaban kadang-kadang diberikan nilai 1, sedangkan jawaban jarang/tidak pernah diberikan nilai 0. Bila hasil penjumlahan kelima nilai diatas adalah antara :

1. 7 - 10 berarti keluarga yang dinilai adalah sehat dalam arti setiap anggota keluarga saling mendukung satu sama lain.
2. 4 - 6 berarti keluarga yang dinilai adalah kurang sehat, dalam arti hubungan antar anggota keluarga masih perlu untuk lebih ditingkatkan.
3. 0 - 3 berarti keluarga yang dinilai sama sekali tidak sehat, dalam arti sangat memerlukan banyak perbaikan untuk lebih meningkatkan hubungan antar anggota keluarga.

4. Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Pengertian

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan melalui praktek keperawatan kepada keluarga. Untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga tersebut dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Etty Rekawati, 2000).

Dalam melaksanakan perawatan kesehatan keluarga, perawat perlu menyadari bahwa setiap anggota keluarga mempunyai posisi dan peran tertentu yang diterima oleh keluarga secara keseluruhan (1). Tingkah laku anggota keluarga terkait dengan situasi yang memberikan dorongan untuk mencapai tujuan tertentu(2). Keluarga merupakan satu kesatuan yang sangat memperhatikan budaya dan sistem nilai individu (3). Sesuai tahap perkembangannya, keluarga pada setiap tahap mempunyai peran dan fungsi tertentu (4). Mengingat akan keadaan tersebut, pelaksanaan pembinaan/perawatan kesehatan keluarga perlu memilih dan menetapkan "siapa" yang menjadi sasaran dalam pembinaan/perawatan tersebut.

b. Tujuan pembinaan/perawatan kesehatan keluarga.

Tujuan perawatan kesehatan keluarga meliputi :

- 1). Membantu keluarga dalam mempertahankan kesehatannya dan mengenal sedini mungkin masalah kesehatan yang timbul serta mampu secara mandiri mengatasi masalah tersebut.
- 2). Keluarga mendapat pelayanan perawatan secara paripurna (comprehensive) baik di rumah maupun di puskesmas.
- 3). Perluasan jangkauan dari pelayanan kesehatan melalui Puskesmas dalam rangka pengembangan pelayanan perawatan kesehatan masyarakat.



c. Pendekatan Perawatan Kesehatan Keluarga

Dalam pelaksanaannya ada dua cara yang dianjurkan sebagai titik tolak dalam pelaksanaannya yaitu :

1). Pendekatan melalui tindak lanjut kasus (Follow Care).

Sebelum melaksanakan kegiatan keluar Puskesmas, terlebih dulu diadakan pembahasan secara lintas program di Puskesmas, yaitu mengadakan seleksi kasus yang memerlukan perawatan tindak lanjut. Prioritas diberikan pada kasus-kasus golongan resiko tinggi antara lain : keluarga dengan ibu hamil dengan kelainan, keluarga dengan penyakit kronis, keluarga dengan lanjut usia, keluarga dengan gizi buruk dan sebagainya. Selanjutnya dibuat rencana kunjungan dan jadwal kegiatan.

2). Pendekatan melalui daerah binaan.

Kriteria penentuan daerah binaan dapat diambil dari macam atau banyaknya masalah kesehatan yang diketemukan terjadi di daerah yang bersangkutan. Banyaknya keluarga yang dibina tergantung dari masalah dan keadaan tenaga yang ada, sarana dan komunikasi. Lamanya pembinaan tergantung pada hasil yang ingin dicapai.

d. Langkah-langkah dalam asuhan keperawatan keluarga

Perawatan kesehatan keluarga dapat dilakukan dalam beberapa tahap.

1). Mengenal daerah dan masyarakat

Dalam tahap ini perlu diadakan pendekatan dengan pemuka masyarakat/key persons dalam daerah yang dibina. Persiapan perlengkapan misalnya format pengumpulan data, denah daerah binaan, family folder, PHN Kit, alat peraga dan sebagainya.

2). Pengkajian

Pengkajian dimaksud adalah proses penumpulan data dengan berbagai cara, dari berbagai sumber sesuai data yang diperlukan, analisa data dan diagnosa keperawatan keluarga.

Macam data yang diperlukan pada tahap pertama dikelompokkan sebagai berikut:

- (a). Struktur dan sifat keluarga meliputi : tipe keluarga, struktur peran dari masing-masing anggota keluarga, pola komunikasi antar anggota keluarga, pola pengambilan keputusan dalam keluarga dan sebagainya.
- (b). Faktor-faktor sosial, ekonomi dan budaya meliputi : pendidikan, pekerjaan, penghasilan, aktivitas rekreasi dan kebiasaan-kebiasaan lainnya khususnya yang erat kaitannya dengan kesehatan.
- (c). Faktor-faktor lingkungan meliputi : kebersihan rumah, sumber air minum, pembuangan sampah, pembuangan limbah, jamban dan sebagainya
- (d). Riwayat kesehatan dan riwayat sakit anggota keluarga meliputi : keadaan fisik, mental, emosi, penyakit yang pernah diderita, vaksinasi yang sudah diperoleh dan sebagainya.

3). Rencana Perawatan Kesehatan Keluarga

Tahap-tahap dalam rencana tersebut meliputi penetapan prioritas dari masalah yang akan diatasi, penetapan tujuan dan sasaran dan penetapan tindakan yang akan dilaksanakan dan menetapkan standar keberhasilan dari kegiatan yang dilaksanakan.

4). Pelaksanaan rencana yang telah disusun

Pada tahap ini ada beberapa kegiatan yang dapat dilakukan : yaitu menerapkan tindakan yang ada dalam rencana. Mencatat tindakan yang dilaksanakan dalam

format catatan keperawatan. Tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berbentuk : observasi, penyuluhan, bimbingan, demonstrasi, rujukan atau bentuk prosedur-prosedur keperawatan lainnya.

5). Evaluasi

Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah ditetapkan sesuai tujuan yang ingin dicapai. Penilaian dilakukan secara berkala dan berkesinambungan. Berdasarkan hasil penilaian maka perencanaan juga dilaksanakan secara berulang.

D. Perawatan Kesehatan Lanjut usia

1. Pengertian Lanjut usia

Sebetulnya sukar untuk menentukan dengan pasti kapan seseorang memasuki lanjut usia. Karena prosesnya terjadi secara bertahap dan seseorang secara biologis menjadi tua dengan cara sendiri-sendiri. Teori psikodinamis mengatakan bahwa proses ketuaan merupakan "masa penurunan bertahap" dari masa puncak kedewasaan seseorang sampai saat kematian. Teori lain yaitu teori kegiatan mengemukakan bahwa moril tinggi pada para lanjut usia dapat dipertahankan apabila mereka dapat ikut aktif dalam kegiatan sehari-hari. Prof. Sumiati Achmad (1985) mengemukakan bahwa perkembangan manusia pada periode 40-65 tahun keatas adalah masa lanjut usia atau masa senitun. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut usia menyatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas. Direktorat Bina Kesehatan Keluarga Departemen Kesehatan RI, 1993 memprogramkan secara garis besar 3 komponen pokok pembinaan kesehatan lanjut usia adalah : pembinaan bagi kelompok usia 45-54 tahun bertujuan agar dapat "mempersiapkan diri" menghadapi masa tua (1). Pembinaan

bagi kelompok lanjut usia 55-64 tahun bertujuan agar dapat mempertahankan kondisi kesehatannya sehingga dapat tetap produktif (2). Pembinaan bagi kelompok lanjut usia 65 tahun keatas bertujuan agar dapat mempertahankan kemandirianya (3). Sedangkan sasaran tidak langsung dalam pembinaan kesehatan lanjut usia adalah menyelenggarakan pembinaan pengetahuan, kemampuan keterampilan dan sikap ditujukan kepada keluarga lanjut usia.

2. Beberapa Perubahan Pada Lanjut usia

Direktorat Bina Upaya Kesehatan Keluarga Depkes R.I. (1985) mengemukakan bahwa : berdasarkan suatu pendekatan ilmiah, beberapa perubahan secara bertahap yang terjadi pada proses penuaan adalah sebagai berikut :

a. Aspek Biologis

Perubahan aspek biologis pada proses penuaan terjadi pada anatomi dalam sel, jaringan dan organ-organ serta fisiologis yang berhubungan dengan perubahan tersebut. Perubahan-perubahan tersebut bila dihubungkan dengan fungsi sistem dalam tubuh, implikasinya adalah antara lain :

- 1). Perubahan anatomik dalam sel syaraf, dapat mengakibatkan seseorang mudah lupa terutama kejadian-kejadian yang baru, memerlukan banyak waktu dalam mengambil keputusan, gangguan keseimbangan tubuh, kurang peka pada rangsangan, kemampuan berfikir menurun, gangguan pada penglihatan dan pendengaran.
- 2). Perubahan pada jaringan kulit dan lemak berupa kurangnya jaringan lemak dibawah kulit dan terjadi atropi dari kelenjar keringat, dapat mengakibatkan kulit jari keriput, keringat berkurang dan mudah kedinginan.

- 3). Perubahan pada susunan otot, tulang dan persendian, misalnya menipisnya *discus intervertebralis*, atrofi otot, tulang keropos massanya (*osteoporosis*). Perubahan ini berdampak pada : kekuatan otot berkurang, gerakan menjadi lambat, tulang mudah patah, posisi membungkuk, kemampuan berkembangnya tulang dada dan iga akan mengganggu pernafasan, sering nyeri punggung
 - 4). Perubahan pada sistem jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler), yaitu sel otot jantung mengecil, klep jantung menjadi kaku, penebalan dan penyempitan dinding pembuluh darah (*arteriosklerosis*). Hal ini dapat mengakibatkan menurunnya jumlah darah yang dikeluarkan oleh jantung dalam satu kali kontraksi (*cardiac out put*), penurunan kadar oksigen dalam darah (*hypoxaemia*), jantung berdebar-debar (*palpitasi*) dan sebagainya.
 - 5). Perubahan pada sistem pencernaan, yaitu terjadinya *atrophy* pada kelenjar pengecap, berkurangnya produksi air liur dan gigi menjadi lepas (*pyorrhoea*). Perubahan ini dapat mengakibatkan napsu makan dan kemampuan mengecap kurang, gangguan pada proses pencernaan dan mudah terjadi iritasi pada mulut.
 - 6). Perubahan pada sistem pernapasan
 - 7). Perubahan pada sistem ginjal dan kandung kemih (*urinaria*) yaitu elastisitas kandung kencing berkurang sehingga cepat penuh. Dengan demikian sering ingin buang air kecil dan mudah infeksi.
 - 8). Perubahan pada sistem endokrin dan alat-alat reproduksi : yaitu menurunnya produksi *testesteron* pada pria dan *esterogen* pada wanita yang mengakibatkan menurunnya fungsi seksual pada pria dan terjadinya *menopause* pada wanita.
- Selanjutnya Hardywinoto dan Tony Setia Budhi (1999) mengemukakan bahwa : selain gangguan sistem dalam tubuh, dampak dari perubahan tersebut, dapat

mengakibatkan timbulnya penyakit dengan manifestasi klinik yang sangat kompleks, misalnya : gejala penyakit yang tersamar atau tidak spesifik, gejala penyakit sering berubah-ubah, sering mengidap lebih dari satu macam penyakit, obat-obatan yang diberikan sering menimbulkan interaksi dan menyamarkan gejala, ambang rasa sakit lebih tinggi dan aktivitas menimbulkan gejala sesak napas. Selain itu terjadi pula penurunan kemampuan dalam melakukan pekerjaan rutin sehari-hari atau "Activities of Daily Living" (ADL).

b. Perubahan pada aspek psikologik

Perubahan-perubahan psikologik yang sering terjadi pada lanjut usia adalah :
Depresi, Dementia dan Paranoid

- 1) Depresi adalah gangguan mental yang disebabkan karena terjadinya stres yang menimbulkan terjadinya keseimbangan hormonal otak yang ditandai dengan gejala terjadinya penurunan perasaan dan minat antara lain : hilangnya minat dan rasa senang, perasaan murung, penurunan konsentrasi pikiran dan perhatian, penurunan harga diri dan percaya diri, pikiran tentang dosa dan rasa tidak berguna, rasa pesimistik tentang masa depan dan ada gagasan untuk bertindak mencederai diri atau mau bunuh diri.

Selain gangguan psikis juga terjadi gejala somatik yaitu : (a) ekspresi dari mental pain berupa sakit kepala, sakit ulu hati, nyeri dada dan nyeri pinggang, (b) gangguan fungsional misalnya : gangguan tidur, gangguan nafsu makan, rasa cepat letih dan lesu, serta gerak motorik menjadi lambat.

Bila dalam dua minggu atau lebih seseorang mengalami sedikitnya satu keluhan utama disertai 4 gejala atau keluhan lain, maka orang tersebut mungkin mengalami stres. (IDAJI, 1999).

Penyebab dari gangguan depresi merupakan gabungan dari beberapa faktor antara lain : faktor bawaan, latar belakang kepribadian, stres kehidupan dan lingkungan dan kurang adanya dukungan dalam hubungan interpersonal

Dalam kehidupan, stresor mengganggu keseimbangan fisik dan mental. Melalui mekanisme penyesuaian, organisme berusaha agar kembali ke homeostatis dan keadaan ini dinamakan stres. Stres itu sebetulnya diperlukan agar organisme berusaha lebih keras. Setiap organisme mempunyai ambang batas stres yang berbeda. Bila stres itu cukup berat, lama dan spesifik dan keadaan fisik, mental, sosial dan spiritual individu itu lemah, maka cepat atau lambat akan terjadi depresi yang menghambat semua aktivitas sehari-hari (Rusli Muslim, 1996).

Dengan demikian depresi bukan sekedar rasa sedih yang sementara, bukan hanya tanda kelemahan atau kelelahan, depresi tidak dapat diubah dengan cepat dan tidak dapat diabaikan.

2) Demensia

Demensia adalah suatu kondisi, terjadinya penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi : proses belajar, pemahaman dan pengertian sedangkan fungsi psikomotor meliputi : dorongan kehendak untuk bertindak dan keterampilan. Pada lanjut usia yang mengalami demensia perubahan dan penurunan fungsi kognitif dan psikomotor akan lebih jelas dan lebih progresif. (Depkes R.I, 1993). Sehingga perilaku cenderung lebih lambat serta reaksi dan koordinasinya sering terlambat. Sifat dan kepribadiannya pada waktu muda akan lebih nampak pada waktu lanjut usia. Oleh karena itu lanjut usia sering dilihat sebagai orang yang konservatif, kaku dan kurang produktif.

3) Paranoid

Perlu diketahui bahwa ada perbedaan antara “paranoia” dengan “kelakuan paranoid”.

Paranoia biasanya menyerang orang sekitar umur 40 tahun keatas. Gejala-gejala yang khas pada penyakit ini adalah adanya “delusi” yaitu suatu pikiran yang salah terhadap suatu objek. Pasien merasa ada orang yang akan berbuat jahat kepadanya dan setiap orang yang ditemuinya akan diyakinkannya pula akan kebenaran pendapatnya itu. Selain itu pasien sering merasa dirinya adalah orang besar, orang hebat, pemimpin yang tidak ada yang menandinginya. Biasanya orang yang mengalami paranoia adalah orang yang cerdas, ingatannya kuat dan emosinya berimbang dan cocok dengan jalan pikirannya.

Kelakuan paranoid adalah orang yang mempunyai kelakuan paranoid dan ini juga termasuk tidak normal. Orang dengan kelakuan paranoid terlihat dalam segala tindakannya bahwa ia; egois, keras kepala dan sangat keras atas pendiriannya dan pendapatnya. Tidak mau mengakui kesalahan dan kekurangannya dan selalu melemparkan kesalahan pada orang lain. Selain itu segala kegagalannya disangkanya akibat dari segala campur tangan orang lain. Ia merasa bahwa dia mempunyai kemampuan dan kecerdasan yang istimewa dan ia merasa berasal dari keturunan yang jauh lebih baik dari orang lain dan orang lain akan takut kepadanya. Dalam persaudaraan ia tidak setia. Orang yang tadinya sangat dicintainya, akan dapat berubah menjadi orang yang sangat dibencinya oleh sebab yang remeh. Orang ini tidak dapat bekerja yang membutuhkan kepatuhan dari pimpinannya, karena ia suka membantah atau melawan, karena

mempunyai pendapat sendiri. Ia tidak dapat menerima nasehat atau pandangan orang lain yang berbeda dengan pendapatnya. (Rusdi Muslim, 1996).

Selain ketiga perubahan tersebut pada umumnya setiap lanjut usia menginginkan keadaan sebagai berikut : ingin panjang umurnya, ingin tetap dapat berperan dan pengakuan dalam sistem sosial, ingin mempertahankan hak dan hartanya, ingin tetap berwibawa, ingin meninggal secara terhormat dan ingin masuk surga. (Direktorat Bina Kesehatan Keluarga Depkes R.I., 1993)

Keinginan ini kadang-kadang tidak semuanya dapat dicapai dan tidak selalu sesuai dengan kenyataan sehingga dapat dirasakan sebagai beban mental yang cukup besar. Psikologi kehidupan merupakan salah satu sindroma yang multikompleks dari lanjut usia. Mengalami masa pensiun, melepaskan jabatan, ditinggal mati dari suami atau istri dan lain-lain menyebabkan gangguan dalam keseimbangan mentalnya dan yang sering terjadi adalah kesedihan dan depresi. Dalam beberapa keadaan, lanjut usia tertentu walaupun menghadapi gejala hidup yang tidak terlalu besar, dapat mengalami guncangan kepribadian. Sedangkan pada lanjut usia yang lain, walaupun mengalami kemunduran fisik, penurunan kognitif serta sosialisasi yang berkurang, tetapi tetap dapat dengan tegar mengatasinya. Dengan demikian para lanjut usia perlu mengetahui secara jelas tentang apa yang akan terjadi dalam menjalani masa tua secara wajar. Oleh karena itu selain mengatasi masalah biologik, pendekatan agama, pendekatan psikologik pendekatan sosial perlu diperhatikan.

c. Perubahan pada status sosial dan budaya

Status seseorang sangat penting bagi setiap pribadi. Dalam pekerjaan, suatu status tertentu mempunyai dampak yang membawa citra tertentu pula pada orang tersebut. Didalam rumah tangga, status ayah, ibu, kakak, adik, kakek, nenek

mempunyai citra tersendiri bagi anggota keluarga tersebut. Perubahan status sosial akan membawa dampak bagi yang bersangkutan. Hardywinoto dan Tony Setiabudhi (1999) mengemukakan : berkurangnya integritas sosial akibat menurunnya produktivitas serta menurunnya kegiatan dapat berpengaruh negatif terhadap psikologi sosial mereka. Selain itu berubahnya nilai sosial masyarakat yang mengarah pada tatanan masyarakat individualistik, dapat mengakibatkan lanjut usia merasa kurang dihargai dan kurang dihormati dan sering merasa tersisih dari kehidupan masyarakat. Selain itu terjadinya pergeseran nilai budaya tradisional akan memperburuk integritas sosial para lansia misalnya merasa kehilangan peran, hambatan dalam kontak sosial serta berkurangnya komitmen.

Selanjutnya Hardywinoto dan Tony Setiabudhi (1999) mengemukakan bahwa sikap masyarakat terhadap kesehatan lansia, sangat menentukan dalam keberhasilan penanganan lansia tersebut, sikap tersebut mencakup dua hal pokok yaitu :

1. Budaya dan pandangan masyarakat terhadap kesehatan lansia.
2. Pandangan lansia itu sendiri dan keluarganya terhadap kesehatan.

Pandangan tersebut dapat negatif (*negative life cycle*) atau dapat juga positif (*positive life cycle*). Pandangan yang negatif cenderung menimbulkan kondisi "Kapasitas fisik, mental dan sosial yang menurun". Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh : (1) Lansia dicap sebagai orang yang tidak mampu atau tidak efisien, (2) berkembangnya peran sakit dan ketergantungan pada lansia tersebut, (3) pengakuan lansia itu sendiri sebagai seseorang yang sakit dan tidak mampu.

Pandangan yang positif cenderung menimbulkan kondisi "Keberadaan yang nyaman dan berkelanjutan". Kondisi ini dapat ditimbulkan karena adanya : (1) Kemampuan emosi lansia dan dukungan emosional lingkungan, (2) Peran di

masyarakat lansia tersebut dicap sebagai orang mampu, (3) lingkungan yang mendukung dan pembangunan yang berkelanjutan. Keadaan ini juga dipengaruhi adanya : masukan pendidikan atau kursus yang didapat sebelum atau sesudah pensiun dan masukan sosial medik berupa dukungan gizi dan perumahan dan sarana mobilisasi yang memadai dan adanya masukan berupa pelayanan medik yaitu diagnose yang pasti dan pengobatan yang tepat.

Dengan demikian persiapan menghadapi perubahan sosial perlu diperhatikan.

3. Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Metode kerja dalam melaksanakan asuhan keperawatan lanjut usia adalah “proses keperawatan”. Sama halnya dengan perawatan keluarga, asuhan keperawatan lanjut usia terdiri dari 4 tahap yaitu : Pengkajian, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi.

a. Pengkajian

Pada dasarnya pengkajian merupakan suatu proses; pengumpulan data, analisa data dan penetapan diagnosa keperawatan. Secara garis besar data dibedakan dalam :

- 1). Data dasar adalah data yang menyangkut semua aspek menyangkut data biografi, riwayat sakit, keadaan sekarang, riwayat kesehatan lingkungan, keadaan psikososial, kebiasaan sehari-hari, keadaan spiritual dan sebagainya.
- 2). Data terfokus yaitu data yang difokuskan pada masalah kesehatan lanjut usia yang menjadi keluhan pada saat itu.

Data tersebut ada yang bersifat obyektif yaitu data yang dapat diukur, dapat dilihat, didengar, diraba, dibau dan sebagainya. Sedangkan yang bersifat subyektif adalah data yang diperoleh sesuai dengan apa yang dikeluhkan lansia tersebut.

Data yang diperoleh dianalisa dan ditetapkan menjadi “diagnose/masalah keperawatan”. Diagnose keperawatan adalah masalah kesehatan yang nyata maupun potensial yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Sedangkan masalah keperawatan adalah semua hambatan, kesulitan yang dialami lansia tersebut dalam memenuhi kebutuhannya..

3). Masalah-masalah yang biasa maupun yang potensial terjadi pada lanjut usia umur 65 tahun keatas antara lain :

- a). Masalah-masalah biasa (usual problem) yaitu masalah-masalah yang erat kaitannya dengan perubahan-perubahan; biologis, psikologis dan sosial. Masalah-masalah yang biasa terjadi antara lain : sering lupa, gangguan keseimbangan arah dan gangguan keseimbangan waktu, gangguan penglihatan, gangguan syaraf pengecap yaitu tidak dapat merasakan dan membedakan makanan yang enak dan tidak enak, mudah kedinginan, gerakan terbatas, persendian kaku dan posisi bungkuk, gangguan pada napas dan peredaran darah. Keadaan tersebut mengakibatkan terjadi masalah-masalah potensial.
- b). Masalah-masalah potensial yaitu masalah yang besar kemungkinannya terjadi antara lain : resiko jatuh dari tempat tidur, resiko jatuh di kamar mandi sehingga terjadi kecelakaan, resiko terjadinya kekurangan oksigen dalam darah (hypoxaemia) dan mudah terkena infeksi di mulut, infeksi pada saluran pencernaan (gastrointestinal) dan saluran kemih.

b. Perencanaan

Dalam menyusun rencana perawatan, ada beberapa langkah yang perlu dilaksanakan yaitu :

1). Menentukan urutan prioritas

Untuk menetapkan urutan prioritas ini dapat merujuk kepada hirarkhi kebutuhan Maslow atau berdasarkan urutan prioritas dari sistem dalam tubuh yang terkena masalah. Urutan tersebut adalah : sistem pernafasan (1), sistem persyarafan (2), sistem peredaran darah (3), sistem pencernaan (4), sistem perkemihan (5) dan sistem musculo skeletal (6).

2). Menetapkan tujuan yang akan dicapai

Pada dasarnya tujuan perawatan secara umum adalah membantu klien untuk mengatasi masalahnya, mampu beradaptasi dengan stressor untuk dapat bertahan sebelum penyakitnya hilang dalam hal ini adalah membantu klien memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Pada perawatan lanjut usia perawatan ditujukan untuk membantu lansia dalam aktifitas sehari-hari (Activities of Daily Living) yaitu melakukan kegiatan rutin sehari-hari : mandi, berpakaian, buang air besar/kecil di wc, berjalan-jalan dan makan.

Untuk mengukur "Activities of Daily Living" (ADL) suatu skala yang didasarkan pada keterampilan menjalankan fungsi biologis yang memerlukan bekerjanya sistem syaraf dan anggota gerak dari lanjut usia tersebut. Rating scale yang digunakan adalah skala yang diadaptasikan oleh Shirley S. Travis dari index daily of independence in activities of daily living (Herdywinoto dkk, 1999).

Tingkatan yang ditulis oleh Travis (Travis Assessment Rating Function Ability) adalah :

- Level 0 : Mandiri
- Level 1 : Ketergantungan bila mandi
- Level 2 : Ketergantungan bila mandi dan berpakaian

- Level 3 : Ketergantungan bila mandi, berpakaian dan di toilet
- Level 4 : Ketergantungan bila mandi, berpakaian, di toilet dan berjalan-jalan
- Level 5 : Ketergantungan bila mandi, berpakaian, di toilet, berjalan-jalan, BAB dan BAK
- Level 6 : Ketergantungan bila mandi, berpakaian, di toilet, berjalan-jalan, BAK dan BAK dan makan

3). Menetapkan rencana tindakan keperawatan

Sifat dari tindakan keperawatan adalah bervariasi mulai dari tindakan yang bersifat meningkatkan status kesehatan, mencegah terjadinya masalah potensial, mengurangi keterbatasan dan memulihkan kesehatan.

Berdasarkan perubahan-perubahan biologis, psikologis dan sosial serta mengacu pada masalah-masalah yang biasa/lazim dan masalah potensial terjadi pada lanjut usia maka tindakan perawatan yang dapat dilakukan sebagai standar rencana perawatan adalah sebagai berikut :

- (a). Tumbuhkan dan bina rasa percaya diri.
- (b). Sediakan cukup penerangan sepanjang waktu dalam kamar, ruangan dan kamar mandi serta hindarkan sinar yang menyilaukan.
- (c). Pertahankan dan latih daya orientasi nyata, hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan kalender, jam dinding dan sering diingatkan.
- (d). Berikan perawatan sirkulasi dengan cara hindarkan pakaian yang menekan, sering rubah posisi tidur, berikan kehangatan dengan selimut dan pakaian yang sesuai. Lakukan penggosokan pelan-pelan pada waktu mandi. Dorong

melakukan aktivitas untuk meningkatkan sirkulasi darah. Berikan bantuan, dukungan dan gunkaan tindakan yang aman selama perpindahan.

(e). Lakukan perawatan pernafasan dengan jalan : bersihkan kotoran pada hidung (mostri), latih bernafas dalam (deept breathing), latih batuk, dan latihan meniup dengan mainan atau cara-cara tertentu.

(f). Berikan perawatan pada alat pencernaan.

(1). Untuk merangsang nafsu makan dapat dilakukan dengan menghadirkan makanan dalam porsi sedikit-sedikit, sajikan makan dalam tempat yang menarik, sajikan makanan dalam keadaan hangat dan sesuaikan dengan keinginannya, lakukan perawatan kebersihan mulut.

(2). Untuk mencegah terjadinya gangguan pencernaan; berikan sikap fowler pada waktu makan, berikan makanan yang tidak membentuk gas, pertahankan keasaman lambung dan beri cukup minum.

(3). Untuk mencegah konstipasi atau sembelit, lakukan motivasi pada lanjut usia untuk melakukan aktivitas, atur dalam posisi tubuh normal supaya perut bebas, berikan cairan yang cukup sesuai kebutuhan.

(g). Lakukan perawatan genitourinaria :

(1). Cegah incontinetia dengan jalan beri penjelasan dan latih agar klien mengatur buang air kecil minimal tiap 2 jam.

(2). Observasi jumlah urine untuk hasil maksimum pada siang hari dan batasi pemberian cairan pada waktu menjelang tidur dan pertahankan penerangan yang cukup di kamar mandi

(h). Perawatan kulit :

- (1). Jelaskan dan dorong klien mandi bersih hanya 2x seminggu untuk mencegah kekeringan kulit, dengan menggunakan sabun super fat atau lotion yang mengandung lemak untuk menambah kesehatan kulit
- (2). Potong kuku kaki dan tangan secara periodik.

(i). Perawatan musculoskeletal :

- (1). Ganti posisi tiap 2 jam, lakukan latihan untuk mencegah terjadinya osteoporosis, lakukan arah latihan gerak pada semua sendi masing-masing minimal 3x.
- (2). Anjurkan dan dorong keluarga untuk memandirikan klien, misalnya menentukan klien duduk tanpa dibantu, berjalan-jalan dengan menggunakan tongkat.

(j). Perawatan psikososial

- (1). Lakukan motivasi dan bantu memilih dan mengikuti aktivitas yang sesuai dan fasilitas pembicaraan agar terjadi komunikasi pada waktu-waktu yang sesuai
- (2). Pertahankan sentuhan (toucht) dalam menetapkan atau memelihara kepercayaan dan berikan penghargaan dan rasa simpati dan pertahankan pendekatan dengan prinsip komunikasi terapeutik

(k). Pelihara keselamatan dari resiko kecelakaan

- (1). Upayakan pengaman tempat tidur tetap dipasang karena sering mengalami disorientasi, hypotensi dan bila berada dalam posisi tegak lurus harus dilakukan dengan pelan dan bertahap, untuk mencegah agar tidak jatuh.

- (2). Tempat tidur lebih baik dalam posisi rendah bila klien tidak dalam keadaan mendapatkan perawatan langsung dan sediakan sarana pegangan serta pengaman baik di kamar maupun di kamar mandi
- (3). Lantai kamar mandi harus bersih, rata dan cukup penerangan.

Perawatan yang harus diberikan pada klien lanjut usia sehari-hari secara rutin adalah yang berhubungan dengan kebersihan perorangan (personal hygiene)

c. Menetapkan kriteria hasil

Kriteria hasil perlu ditetapkan untuk mengukur dan membandingkan hasil yang ingin dicapai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Sebagai evaluasi dari perawatan yang dilakukan.

d. Melaksanakan tindakan perawatan

Pelaksanaan dari rencana tindakan perawatan mengacu pada standar perawatan yang disusun. Setiap perubahan, perkembangan atau perubahan, perkembangan atau penurunan dari hasil pengamatan, pengukuran baik gejala obyektif maupun subyektif hendaknya di catat sebagai dokumentasi perawatan.

f. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan adalah mencakup semua tahap dalam proses mulai dari pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan. Evaluasi dilakukan setiap saat untuk dapat diikuti perkembangan dari keadaan klien. Dari hasil evaluasi bila mana diperlukan dapat dimodifikasi hal-hal yang dipandang perlu baik dari segi pendekatan maupun tindakan yang mencakup semua tahap dari proses keperawatan.

E. Model-Model Keperawatan

1. Pengertian Model

Menurut Ruyon (1977 yang dikutip Jalaluddin Rakhmat (1999) menjelaskan ; Model adalah gambaran yang dirancang untuk mewakili kenyataan. Dalam penelitian, model merupakan tiruan gejala yang akan diteliti. Model bukan teori, tetapi model bisa menerapkan teori. Model mempermudah pemikiran yang sistematis dan logis yakni membantu seseorang berfikir rasional.

Keuntungan dalam menggunakan model antara lain ; (1) model memberikan informasi yang berorientasi pada tindakan, (2) model menunjukkan alternatif arah tindakan untuk dievaluasi sebelum dilaksanakan, (3) model menyajikan situasi masalah yang kompleks secara terstruktur.

2. Klasifikasi Model

Model dapat diklasifikasikan berdasarkan kriteria yang bermacam-macam antara lain : bentuk pengungkapannya, fungsinya dan strukturnya.

a. Menurut Miller (1977), model berdasarkan bentuk pengungkapannya ada lima macam yaitu ; model fisik, model teoritis, model matematis dan model interaksionis simbolis.

Model fisik adalah objek kongkret yang dibentuk menyerupai gejala yang diwakilinya. Objek ini mengungkapkan sifat-sifat statis atau struktural, misalnya; rangka, maket, organ dan sebagainya.

Model teoritis mengungkapkan teori dengan gaya simbolis atau formal.

Model matematis menunjukkan penggunaan persamaan-persamaan matematis untuk mengungkapkan perilaku orang, kelompok atau komunitas. Model ini biasanya digunakan dalam model kecenderungan (trend), jalur (path) dan stokastis : $B = f$

(OE) yang menggambarkan perilaku manusia dipengaruhi oleh faktor “organisasi” dan “Lingkungan”.

Model interaksionis simbolis yaitu model yang sering digunakan dalam penelitian sosial melukiskan proses interaksi manusia dalam memberikan makna pada lambang-lambang yang ditemui.

b. Model menurut fungsinya.

Menurut fungsinya model dibedakan menjadi “diskriptif” dan “prediktif”.

Model diskriptif sifatnya hanya memberikan situasi tanpa meramal atau menyarankan sesuatu.

Model prediktif memberikan ramalan tentang sesuatu hal misalnya “jika ini terjadi maka itu akan terjadi”. Contohnya model kognitif disonansi tentang perubahan sikap dari “Festinger”.

c. Model menurut strukturnya

Menurut struktur model dibedakan dalam model “ikonis dan “simbolis”.

Model ikonis ; menggambarkan karakteristik dari hal yang digambarkan misalnya model bangunan. Selain itu gambaran tentang proses pengolahan informasi komputer untuk menggambarkan proses berfikir.

Model simbolis ; menggambarkan lambang untuk melukiskan dunia nyata. Misalnya, “ $E = Kk + Gp + Ss$ ” artinya : efek komunikasi merupakan gabungan dari efek kredibilitas komunikator + Gaya penyusunan pesan dan situasi sasaran komunikasi.

3. Model-Model Keperawatan

a. Model sistem dari Imogenen M. King (1971)

Model ini dikenal sebagai kerangka sistem terbuka. Asumsi yang mendasari kerangka ini adalah : Pertama, asuhan keperawatan berfokus pada manusia termasuk berbagai hal yang mempengaruhi kesehatan seseorang. Kedua, tujuan asuhan keperawatan adalah kesehatan bagi individu, kelompok dan masyarakat. Ketiga, manusia selalu berinteraksi secara konstan terhadap lingkungan. Dalam model ini terdapat tiga sistem yang saling berinteraksi dan saling berhubungan erat. Pertama, kepribadian (personal sistem). Setiap individu mempunyai sistem kepribadian tertentu. Kepribadian seseorang dipengaruhi oleh persepsi, konsep diri, pertumbuhan dan perkembangan, gambaran diri, tempat dan waktu. Kedua, Sistem interpersonal. Sistem interpersonal terbentuk karena hasil interaksi manusia. Konsep ini dapat berupa interaksi, komunikasi, perjanjian, stres dan peran. Ketiga, sistem sosial. Meliputi keluarga, kelompok keagamaan, sistem pendidikan, sistem pekerjaan dan kelompok sebaya.

Menurut King tujuan pemberian asuhan keperawatan dapat tercapai jika perawat dan pasien saling bekerja sama dalam mengidentifikasi masalah serta menetapkan tujuan bersama yang hendak dicapai.

Dalam perawatan komunitas, komunitas merupakan suatu sistem yang terdiri dari sub sistem keluarga dan supra sistemnya adalah sistem sosial yang lebih luas. Sub sistem yang terdapat pada komunitas saling interaksi, inter relasi dan inter dependensi satu sama yang lain. Adanya gangguan atau stresor pada salah satu sub sistem akan mempengaruhi komunitas, misalnya adanya gangguan pada salah satu sub sistem pendidikan, dimana masyarakat akan kehilangan informasi atau

ketidaktahuan. Akibatnya dapat menimbulkan masalah kesehatan atau ketidaktahuan memodifikasi lingkungan sehingga memerlukan intervensi keperawatan.

Keluarga sebagai sub sistem komunitas merupakan sistem terbuka dimana terjadi hubungan timbal balik antara keluarga dengan komunitas yang sekaligus sebagai umpan balik.

Sesuai dengan model sistem untuk mengkaji masalah komunitas, maka dikaji keluarga yang merupakan sub sistem komunitas. Intervensi keperawatan yang dilakukan terkait dua sasaran keluarga dan komunitas. Dengan demikian keluarga merupakan unit pelayanan dasar di masyarakat/komunitas.

b. Model Adaptasi dari C. Roy (1976)

Tujuan dari aplikasi model adaptasi pada keperawatan keluarga adalah untuk mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku maladaptif pada keluarga tersebut. Adapun upaya pelayanan keperawatan yang dilakukan adalah untuk meningkatkan kesehatan dengan cara mempertahankan perilaku adaptif. Intervensi keperawatan ditujukan untuk menekan stressor dan meningkatkan mekanisme adaptif.

Melalui model adaptasi, masalah kesehatan keluarga diharapkan dapat diatasi dengan mengubah atau meningkatkan perilaku adaptif keluarga tersebut. Menurut model ini, asuhan keperawatan dimulai dengan mengidentifikasi keinginan dan kemampuan keluarga beradaptasi dengan lingkungan. Tujuan dari rencana keperawatan dapat tercapai jika perawat dan keluarga bekerja sama. Tindakan keperawatan dilakukan untuk merubah stimulus dari lingkungan dan meningkatkan keefektifan mekanisme koping sehingga keluarga dapat beradaptasi dengan perubahan lingkungan.

c. Model "Health Care System" dari Betty Neuman.

Model konseptual dari Neuman memberi penekanan pada penurunan stres dengan memperkuat garis pertahanan diri baik yang bersifat fleksibel, normal maupun yang resisten. Intervensi diarahkan pada ketiga garis pertahanan tersebut yang terkait dengan tiga level preventif.

Model ini menganalisa interaksi 4 variabel yang menunjang komunitas yaitu fisik, psikologis, sosial-kultural dan spiritual. Adapun tujuan keperawatan adalah tercapainya stabilitas klien dan keluarga dalam lingkungan yang dinamis.

Asumsi yang dikemukakan Neuman tentang 4 konsep utama dari paradigma keperawatan yang terkait dengan komunitas adalah sebagai berikut :

- 1) Manusia : merupakan suatu sistem terbuka yang selalu mencari keseimbangan dari harmonis dan merupakan satu kesatuan dari variabel-variabel : fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual.
- 2) Lingkungan : meliputi semua faktor internal dan eksternal atau pengaruh-pengaruh dari sekitar klien.
- 3) Sehat : suatu kondisi terbebasnya dari gangguan pemenuhan kebutuhan. Sehat merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak dari keberhasilan menghindari/mengatasi stresor.
- 4) Keperawatan : intervensi keperawatan bertujuan untuk menurunkan stresor melalui pencegahan primer, sekunder dan tertier.

Sehat menurut Model Newman adalah suatu keseimbangan bio-psiko-sosiokultural dan spiritual pada tiga garis pertahanan klien yaitu fleksibel, normal dan resisten. Keperawatan ditujukan untuk mempertahankan keseimbangan tersebut dengan berfokus pada empat intervensi yaitu intervensi yang bersifat promosi

dilakukan apabila gangguan yang terjadi pada garis pertahanan yang fleksibel ;
intervensi yang bersifat prevensi dilakukan apabila garis pertahanan normal yang
terganggu, sedangkan intervensi yang bersifat kurasi atau rehabilitasi dilakukan
apabila garis pertahanan resisten yang terganggu.

Keperawatan sebagai ilmu dan kiat, mempelajari tidak terpenuhinya kebutuhan
dasar klien (individu, keluarga, kelompok dan komunitas) yang berhubungan dengan
ketidakseimbangan yang terjadi pada ketiga garis pertahanan yaitu fleksibel, normal
dan resisten dan berupaya membantu mempertahankan keseimbangan untuk sehat.
Intervensi yang dilakukan terhadap klien ditujukan pada garis pertahanan yang
mengalami gangguan.

- 1) Intervensi bersifat promosi untuk gangguan pada garis pertahanan fleksibel berupa
pendidikan kesehatan misalnya :
Mendemonstrasikan ketrampilan keperawatan dasar yang dapat dilakukan klien di
rumah/komunitas yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan / keseimbangan
garis pertahanan normal
- 2) Intervensi bersifat prevensi untuk gangguan pada garis pertahanan normal,
berupa:
 - a) Deteksi dini gangguan kesehatan/gangguan keseimbangan garis pertahanan
misalnya deteksi diri tumbuh kembang balita, keluarga, dll.
 - b) Memberikan zat kekebalan pada klien yang bersifat individu misalnya
imunisasi ; yang bersifat keluarga/komunitas berupa konseling awal, misalnya
konseling pra nikah.
- 3) Intervensi bersifat kurasi & rehabilitasi untuk gangguan pada garis pertahanan
resisten, berupa :

- a) Melakukan prosedur keperawatan yang memerlukan kepakaran perawat, misalnya melatih klien duduk atau berjalan.
- b) Memberikan konseling untuk penyelesaian masalah.
- c) Melakukan kerjasama lintas program/sektoral untuk penyelesaian masalah.
- d) Melakukan rujukan keperawatan atau non keperawatan (lintas program / sektoral)

d. Model Perawatan Mandiri "SELF CARE" dari D.E. OREM (1971)

Diantara model keperawatan yang ada, model ini dipandang sangat tepat digunakan untuk keperawatan keluarga, karena tujuan akhir dari perawatan keluarga adalah kemandirian keluarga dalam melakukan upaya kesehatan yang terkait dengan tugas keluarga yaitu : 1). mengenal masalah, 2) mengambil keputusan untuk mengatasi masalah, 3) merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, 4) memodifikasi lingkungan untuk dapat menunjang kesehatan dan 5) menggunakan fasilitas kesehatan secara tepat.

Menurut Orem praktek keperawatan menitikberatkan pada kebutuhan individu untuk melakukan tindakan keperawatan mandiri, penyediaan dan mengatur kebutuhan mandiri tersebut dipakai sebagai dasar untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan, proses penyembuhan penyakit koping yang tepat untuk menghadapi efek penyakitnya. Teori Self Care terdiri dari komponen :

1) Self Care

Adalah aktifitas yang inisiatifnya dari individu sendiri dan dilaksanakan dari individu sendiri untuk memenuhi dan mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan.

2. Self Care Agency

Adalah kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri sendiri. Kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri dipengaruhi oleh usia, tahap perkembangan, perjalanan hidup, orientasi, sosiokultural, kesehatan dan sumber-sumber yang mendukung. Normalnya orang dewasa mampu melakukan perawatan diri sendiri secara mandiri. Bayi, anak-anak, orang tua, orang sakit dan orang cacat memerlukan bantuan atau sisten dalam melakukan aktifitas keperawatan diri sendiri.

3) Tuntutan atau permintaan perawatan terapeutik diri sendiri

Adalah tindakan andiri secara total yang dilakukan dalam durasi waktu tertentu untuk meemenuhi perawatan diri sendiri dengan menggunakan metoda-metoda yang valid dan instrumen-instrumen tindakan yang sesuai.

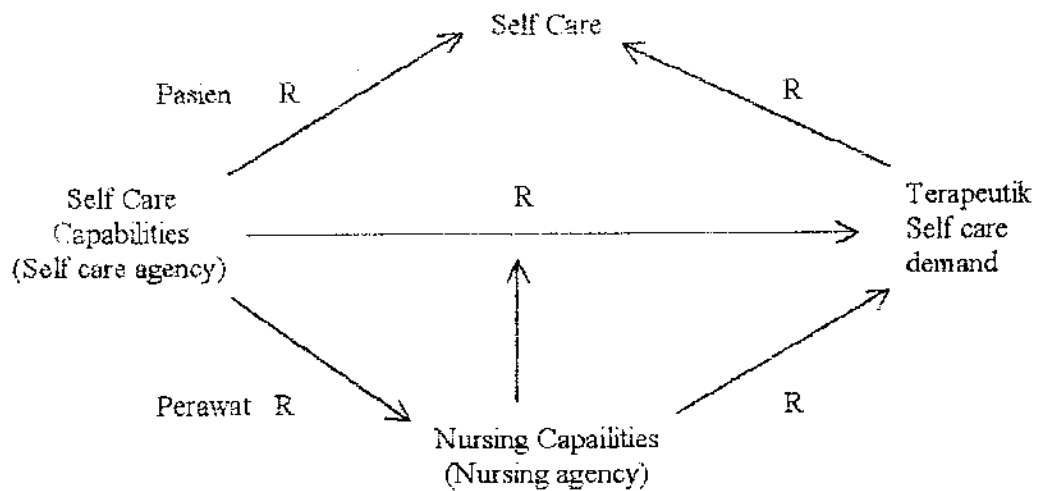
Keutuhan Self Care dapat dijelaskan sebagai suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal yaitu suatu yang berhubungan dengan proses kehidupan dan upaya untuk mempertahankan struktur dan fungsi integritas individu. Hal ini biasanya terjadi pada individu selama tahap siklus kehidupannya dan dipandang sebagai suatu faktor yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi satu dengan lainnya. Istilah umum dari kebutuhan Self Care secara universal adalah Aktifitas sehari-hari (ADL), Orem mengidentifikasi ADL itu sebagai suatu kegiatan untuk memenuhi kebutuhan oksigen, pemeliharaan kebutuhan air, pemeliharaan kebutuhan makanan, mempertahankan hubungan keperawatan proses eliminasi da ekskresi, pemeliharaan keseimbangan antara aktifitas dan istirahat, pemeliharaan keseimbangan antara diri sendiri dan interaksi sosial, pencegahan resiko-resiko

untuk hidup, peningkatan fungsi interaksi sosial dalam kelompok sosial, sesuai dengan potensi yang dimiliki, keterbatasan pengetahuan manusia dan keinginan manusia menjadi manusia normal. (Jumiati Sahar, 1997). Perawatan diberikan pada kondisi-kondisi sakit, cedera dan penyakit atau mungkin yang disebabkan oleh beberapa test medis untuk menegakkan diagnosa dan proses penyembuhan, misalnya orang dengan fraktur kaki berjalan dengan menggunakan kruk.

Perawatan diri sendiri pada penyimpangan kesehatan adalah : mencari dan mendapatkan penanganan medis yang tepat, menjadi sadar dan mengurus efek atau sebab dari kondisi patologis, melaksanakan terapi medis, menjadi sadar dan mengurus atau mengatur dampak yang tidak nyaman dari indakan medis, memodifikasi konsep diri untuk menerima diri sendiri pada kondisi kesehatan tertentu dan kebutuhan pada pelayanan kesehatan khusus, belajar hidup baru dengan efek kondisi patologis, dan dampak dari diagnosa medis dan pengobatannya yang bisa meningkatkan kelangsungan perkembangan individu.


Metode untuk menyelesaikan masalah menurut Orem adalah : bertindak atau berbuat untuk orang lain dengan jalan membimbing orang lain, memberi support, meningkatkan kemampuan dalam pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi dengan cara mengajar atau mendidik orang lain.

Orem menciptakan suatu model yang menggambarkan hubungan perawat dan pasien dalam pemenuhan self care.



Orem mengidentifikasi 5 kegiatan dalam praktek keperawatan antara lain :

- 1). Melibatkan pasien dan keluarganya dalam menentukan pemecahan masalah.
- 2). Menentukan kapan dan bagaimana pasien memerlukan bantuan keperawatan.
- 3). Bertanggung jawab terhadap keinginan, permintaan, kebutuhan pasien.
- 4). Mempersiapkan bantuan secara teratur bagi pasien.
- 5). Mengkoordinasikan keperawatan dalam kehidupan sehari-hari pasien.



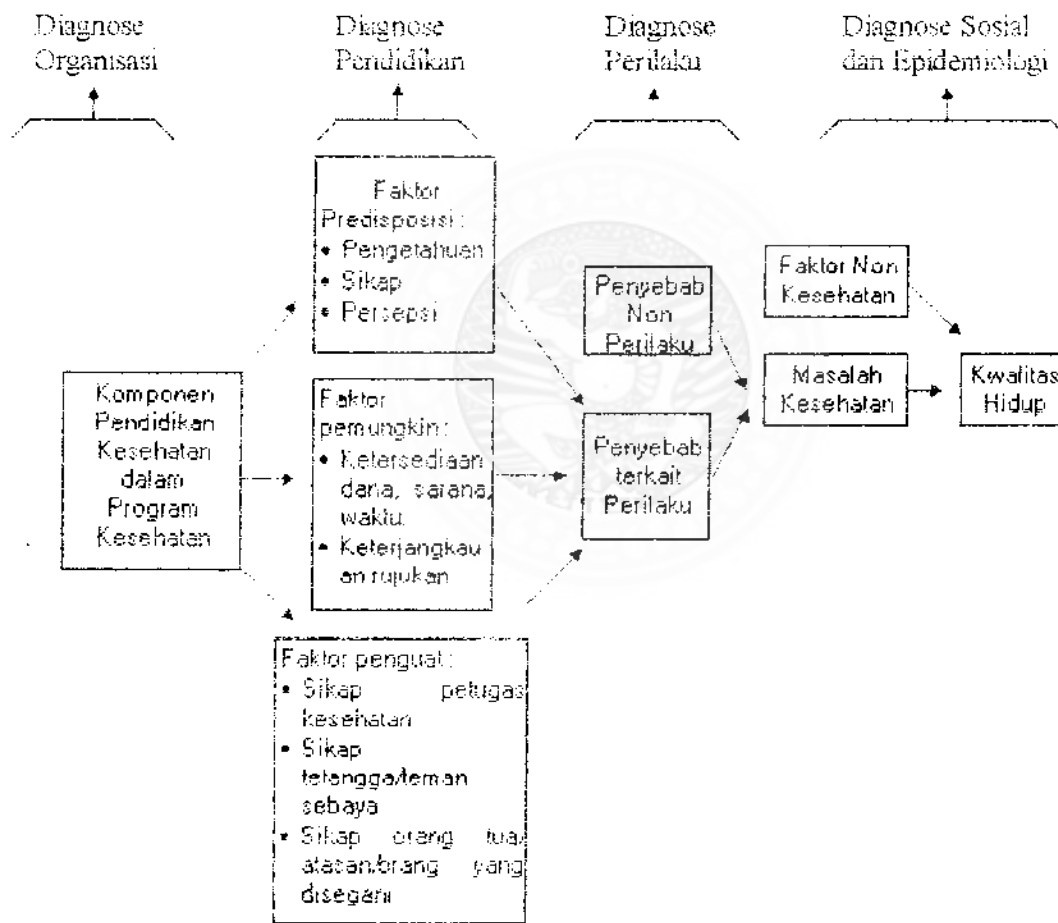
BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL DAN
KERANGKA PENELITIAN

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN KERANGKA PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Mengacu pada kerangka PRECEDE (Predisposing, Reinforcing dan Enabling) suatu analisis perilaku oleh Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter (1991) mengemukakan model sebagai berikut .



dan mengacu pada konsep pandangan negatif (negative life cycle) dan pandangan positif (positive life cycle) yang dikemukakan Hardywinoto dan Tony Setiabudhi (1999). tentang pandangan lanjut usia dan lingkungannya adalah sebagai berikut :

Lingkaran kehidupan negatif

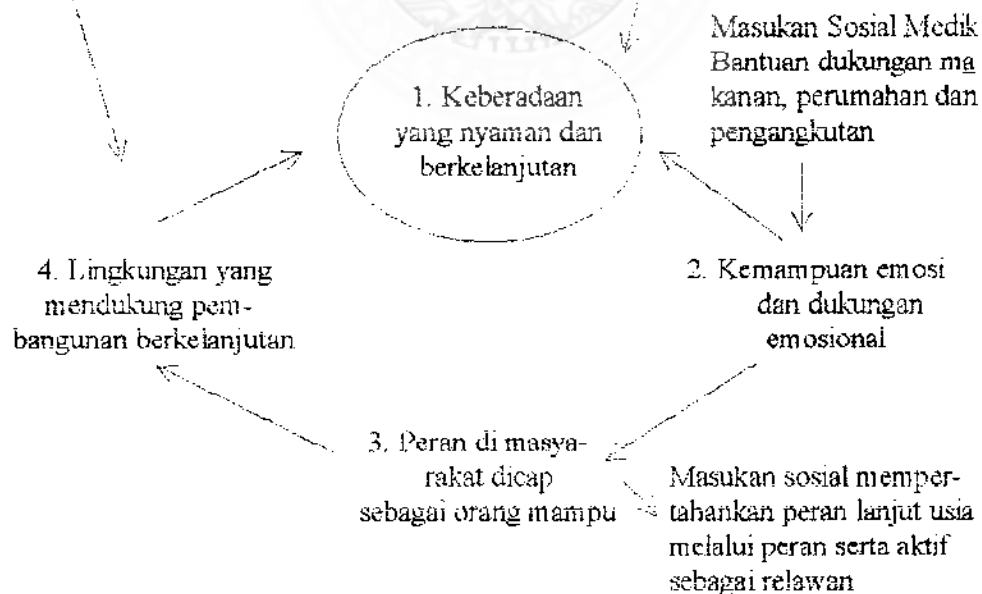


Lingkaran kehidupan negatif = Lingkaran setan pada Lanjut Usia

Lingkaran kehidupan positif

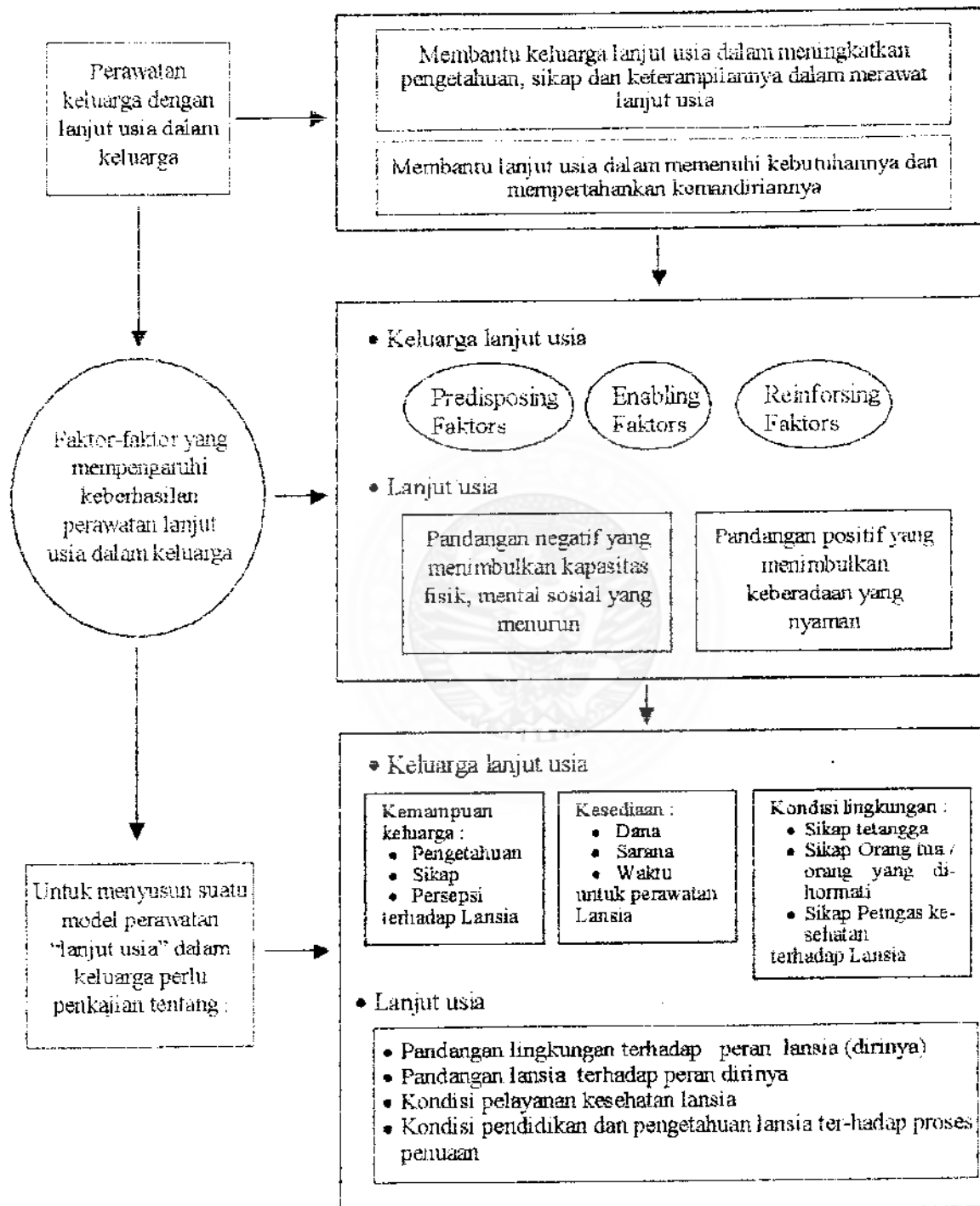
Masukan Pendidikan :
Kursus sebelum dan sesudah pensiun

Masukan Medik : Diagnosa pasti penyakit lanjut usia dan pengobatan yang tepat

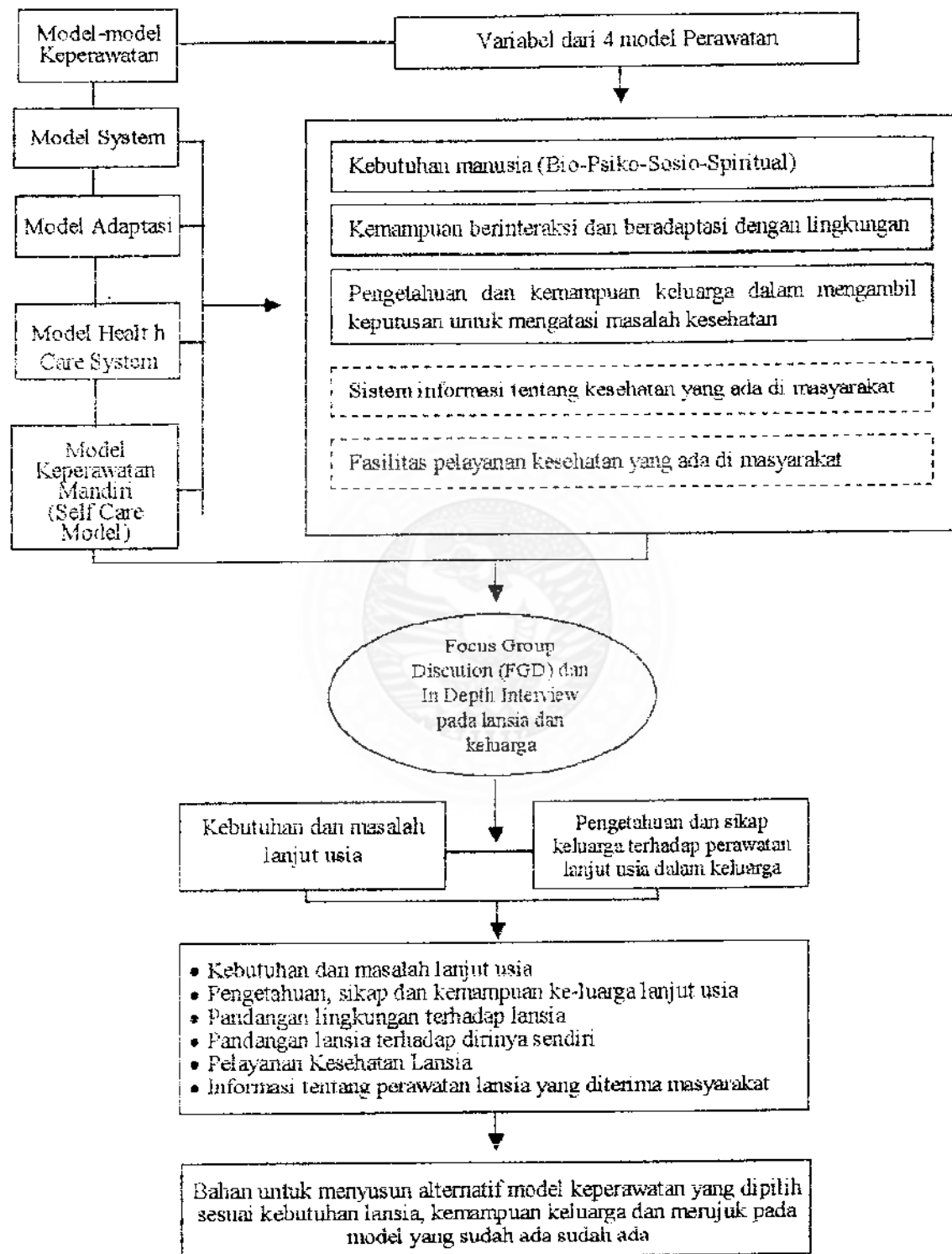


Lingkaran kehidupan positif = Mempertahankan kesatuan pada Lanjut Usia

Maka kerangka konseptual dalam penelitian ini disusun sbagai berikut :



B. Kerangka Operasional Penelitian



Keterangan : — = diteliti
 - - - - = tidak diteliti



BAB IV
METODE PENELITIAN

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

1. Rancangan Penelitian

Dilihat dari sifat permasalahannya rancangan penelitian ini adalah “Action Research” karena dilaksanakan dalam situasi kerja dan kesimpulan yang didapat digunakan untuk menyempurnakan suatu sistem pelayanan perawatan.

Dilihat dari analisa datanya penelitian ini adalah “Diskriptif Kualitatif” yaitu penelitian yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah yang ada pada masa sekarang dengan mendeskripsikan, menjelaskan secara sistematis dan terperinci mengenai fenomena, fakta, kebutuhan lanjut usia dan pengetahuan keluarganya dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Penelitian ini tidak menguji hypotesa dan tidak menguji hubungan antara variabel.

Dilihat dari waktu pengambilan data, penelitian ini adalah “cross sectional” karena pengumpulan datanya dilakukan hanya pada waktu sesaat.

2. Populasi dan Sampel

- a. Populasi dalam penelitian ini adalah lanjut usia yang berumur 65 tahun keatas yang datang berobat jalan di Poliklinik geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan keluarganya diambil sebagai kasus awal. Sedangkan pengumpulan data dengan wawancara mendalam kepada lanjut usia dan keluarganya dilakukan di rumah masing-masing. Hasil penelitian akan digunakan sebagai acuan utama dalam menyusun model perawatan lanjut usia pada perawatan keluarga
- b. Jumlah sampel ada dua yaitu lanjut usia dan keluarga lanjut usia.

- c. Sistem sampling dilakukan dengan non probability sampling yang dilakukan secara "purposive" pada lanjut usia dan keluarganya yang berkunjung ke Poliklinik geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya, sampai mencapai besar sampel yang dibutuhkan. Untuk selanjutnya disebut informan.

Lanjut usia yang dijadikan informan adalah yang memenuhi kriteria :

1). Kriteria Inklusi

- a. Lanjut usia bersedia untuk diwawancarai
- b. Lanjut usia dapat berkomunikasi dengan jelas
- c. Lanjut usia dapat duduk dan berjalan sendiri tanpa dibantu
- d. Tidak ada keluhan yang bersifat akut (sesak nafas, badan lemah, sakit kepala/pusing-pusing dan sebagainya.
- e. Lanjut usia tidak mengalami "depresi"

2). Kriteria Eklusi

- a. Tidak bersedia diwawancarai
- b. Lanjut usia dalam keadaa sakit ; (sesak nafas, tidak kuat duduk/berdiri, mengeluh kesakitan, kondisi fisik lemah).
- c. Lanjut usia mengalami depresi.

Keluarga usia lanjut yang akan diwawancarai dengan wawancara mendalam (In Depth Interview) adalah keluarga yang termasuk kategori "keluarga sehat" dalam arti ditinjau dari fungsi keluarga, tiap anggota keluarganya saling mendukung satu sama. Untuk menenukan sehat tidaknya keluarga yang akan diwawancara secara mendalam, sebelumnya dilakukan penilaian APGAR keluarga (Family APGAR) menurut Rosen, Geyman and Layton, 1980 yang ditulis Asrul Azwar (1997) dengan formulir isian "APGAR Keluarga".

d. Besar Sampel

- 1). Besar sampel yang diambil untuk “Lanjut Usia” adalah lebih kurang 30 sampai 64 orang. Besar sampel ini ditentukan berdasarkan perkiraan bahwa data yang ingin dicapai akan diperoleh setelah dilaksanakan focus group diskusi (FGD) pada 5 sampai 8 group diskusi yang tiap group terdiri dari 6 sampai 8 orang lanjut usia, yang memenuhi kriteria inklusi.
- 2). Besar sampel yang diambil untuk “keluarga lanjut usia” adalah sama dengan besar sampel “lanjut usia” yaitu sekitar 30 sampai 64 orang. Hal ini disebabkan karena cara pengambilan datanya sama, yaitu dengan focus group diskusi pada 5 sampai 8 group yang tiap group terdiri dari 6 sampai 8 orang yang memenuhi kriteria inklusi.

e. Cara pengambilan data

Pengumpulan data dilaksanakan dengan jalan melakukan “Focus Group Diskusi” pada 5 sampai 8 kelompok “lanjut usia” dan pada 5 sampai 8 kelompok “keluarga lanjut usia” yang masing-masing kelompok terdiri dari 6-8 orang. Focus Group Diskusi (FGD) merupakan salah satu teknik yang akan digunakan dalam pengumpulan data kualitatif pada populasi sasaran yang homogen yaitu yang mempunyai karakteristik atau ciri-ciri yang relatif sama, dan tiap group diskusi dipandang efektif dalam jumlah anggota 5 sampai 7 orang. Peserta FGD yang akan dilakukan, akan diupayakan dari orang-orang yang tidak saling mengenal satu sama lain. Demikian juga sebaliknya antara pengumpul data yang bertindak sebagai moderator dengan peserta FGD, juga diupayakan tidak saling mengenal. Focus group diskusi ini diharapkan dapat memberikan data yang mendalam mengenai persepsi, pandangan, pendapat

dan sikap peserta. Oleh karena itu FGD yang akan dilakukan dalam penelitian ini digunakan pertanyaan terbuka, sehingga peserta akan memberikan jawaban yang disertai penjelasan. Focus group diskusi akan berlangsung selama 60-90 menit. Focus group diskusi akan dilaksanakan dalam ruangan tersendiri di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya sehingga peserta dapat berbicara tanpa diamati orang dari luar kelompok.

Setelah itu pengumpulan data dilanjutkan dengan "In Depth Interview" pada 6 sampai 8 orang "lanjut usia" dan 5 sampai 8 orang "keluarga lanjut usia".

In depth interview atau wawancara mendalam akan dilakukan dengan pertanyaan terbuka, sehingga responden dapat menjawab pertanyaan dari macam-macam dimensi. In depth interview dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara yang terkait dengan variabel dan fokus masalah yang diteliti. In depth interview pada "lanjut usia" dan pada "keluarga lanjut usia" dilaksanakan di rumah masing-masing lanjut usia dan keluarga lanjut usia tersebut pada waktu yang telah disepakati.

3. Cara Analisa Data

Data yang diperoleh dianalisa secara diskriptif yaitu membuat gambaran dan penjelasan secara sistematis, factual dan akurat mengenai fakta, sifat, kebutuhan kemampuan lanjut usia dan keluarganya. Penelitian ini tidak mencari saling hubungan antara variabel, tidak menguji hypotesa dan tidak melakukan generalisasi.

4. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah pola kebutuhan lanjut usia menyangku bio-

psiko-sosio kultural dan spiritual serta pengetahuan dan sikap keluarga lanjut usia terhadap perawatan lanjut usia yang dilakukan dalam keluarga.

5. Waktu Penelitian dan Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan selama 4 bulan, meliputi persiapan selama satu bulan yaitu bulan Maret 2001, pengumpulan data selama 2 bulan yaitu bulan April dan Mei 2001 dan pengolahan data, analisa data dan penyusunan laporan penelitian selama 1 bulan yaitu bulan Juni 2001. Penelitian dilakukan di Poli Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

B. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Mengukur
1.	Lanjut Usia	<ul style="list-style-type: none"> • Seseorang yang sudah berumur 65 tahun atau lebih. Untuk sampel awal diambil dari lansia yang datang berobat ke Poli Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya • Tinggal dalam rumah tangga (bukan di Panti) • Di Rumah tersebut ada / tinggal anggota keluarganya yang merawatnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Dengan cara wawancara • Berdasarkan pengakuan yang bersangkutan • Berdasarkan penjelasan dari keluarganya • Diperkuat dengan tanda bukti identitas
2.	Keluarga Lanjut Usia	<ul style="list-style-type: none"> • Seseorang yang sudah dewasa, sudah berumur antara 18-54 tahun • Datang ke Poli Geriatri RSUD Dr. Soetomo mengantarkan lansia • Orang tersebut tinggal dalam satu rumah dengan lansia yang diantarnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan pengakuan yang bersangkutan. • Observasi

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Mengukur
3.	Kebutuhan lanjut usia	<ul style="list-style-type: none"> • Kebutuhan untuk aktivitas hidup sehari-hari meliputi : <ul style="list-style-type: none"> a. Biologis/Fisik <ul style="list-style-type: none"> - makan dan minum - tempat tinggal - pakaian - tidur dan istirahat - gerak/jalan - aman dari resiko kecelakaan b. Psikologis/Mental <ul style="list-style-type: none"> - perasaan senang atau susah - perasaan optimis atau pesimis - perasaan aman atau khawatir, cemas - perasaan percaya diri atau ragu-ragu - rasa punya kemampuan untuk berprestasi - aktivitas rekreasi c. Sosial, Ekonomi dan Hubungan Antar Manusia <ul style="list-style-type: none"> - hubungan dengan orang lain: anggota keluarga, tetangganya, teman sebaya - rasa dihormati - rasa dihargai - rasa diperhatikan - rasa punya kemampuan untuk berprestasi - rasa dibutuhkan orang lain - rasa diakui oleh orang lain - rasa berpenampilan yang disenangi orang lain - pekerjaan dan penghasilan yang menyenangkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Dengan cara FGD dan In Depth Interview • Berdasarkan pernyataan responden dan observasi • FGD dilakukan di poliklinik geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya • In Depth Interview dilakukan di rumah masing-masing lansia

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Mengukur
		<p>d. Spritual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dapat melakukan ibadah dengan sempurna - rasa aman tidak berdosa - rasa aman tidak bersalah - yakin bila meninggal akan masuk surga 	
4.	<p>Pengetahuan dan sikap keluarga lansia terhadap perawatan lansia</p>	<p>a. Pengetahuan adalah apa yang diketahui dan dapat menjelaskannya tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apa yang menjadi kebutuhan lanjut usia (fisik, mental, sosial, spiritual) - Perubahan-perubahan apa yang terjadi secara alami pada lanjut usia (fisik, mental, sosial) - Bagaimana caranya memenuhi kebutuhan tersebut - Bagaimana caranya mengatasi perubahan-perubahan yang terjadi <p>b. Sikap :</p> <p>Pernyataan tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keyakinan - kebenaran - persetujuan - penerimaan - kesediaan <p>- dalam melakukan suatu kegiatan yang terkait dengan "keberadaan" (kebutuhan, perubahan, penurunan) lanjut usia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • FGD dan In Depth Interview • Berdasarkan jawaban responden • Observasi • FGD dilakukan di Poli geriatri dan In Depth Interview di lakukan di rumah masing - masing keluarga lansia <p style="text-align: center;">idem</p>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Mengukur
5.	Perawatan kesehatan keluarga dengan lanjut usia	<p>Semua upaya yang dilakukan oleh perawat atau petugas kesehatan pada keluarga sebagai suatu unit tempat tinggal / rumah yang penghuninya ada lansia dan ada anggota keluarga lain.</p> <p>Upaya yang dilakukan dapat berupa :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tindakan fisik - bimbingan - motivasi - pendidikan - latihan <p>Melalui suatu proses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian - Perencanaan - Pelaksanaan - Penilaian <p>Tujuannya :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lansia terpenuhi kebutuhannya • Keluarga terpenuhi kebutuhannya • Lansia dapat mandiri • Keluarga dapat merawat lansia 	<p>Berdasarkan hasil analisis data yang diperoleh disusun suatu "Model Keperawatan Keluarga dengan lansia</p>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Mengukur
6.	"Model" keperawatan kesehatan keluarga dengan lanjut usia	Gambaran yang dirancang untuk menggambarkan hubungan antara gejala, tanda, penjelasan, pengakuan, pendapat dan pernyataan dari responden serta menggambarkan : cara, prosedur, alur, keteraturan, keterurutan dari tindakan yang dilakukan. Digunakan sebagai pedoman, panduan dalam menyelesaikan masalah dan memenuhi kebutuhan lanjut usia	-
7.	Depresi	<p>Gangguan mental yang disebabkan oleh terjadinya stres yang mengakibatkan terjadinya gangguan keseimbangan hormonal otak.</p> <p>Ditandai dengan gejala terjadinya penurunan perasaan dan minat serta adanya gejala somatik yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan pola tidur 2. Gangguan berfikir dan konsentrasi. 3. Gangguan somatik berupa sakit kepala, nyeri otot, nyeri punggung dan gangguan pencernaan. 4. Timbul perasaan sedih dan perasaan tidak berguna 5. Energi mudah hilang ditandai dengan perasaan mudah lelah dan lesu 6. Nafsu makan menurun 7. Berfikir tentang kematian dan keinginan untuk bunuh diri 8. Gelisah atau agitasi 	Wawancara pada keluarga dan lansia serta observasi pada lansia

C. Keterbatasan Penelitian

Ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini antara lain.

1. Cara pengambilan sampel dilakukan dengan “non random sampling” yaitu dengan “purposive sampling” sehingga tiap unit dalam populasi tidak diberi kesempatan yang sama untuk menjadi sampel. Dengan demikian hasil penelitian tidak dapat digeneralisasi
2. Tempat Penelitian

Sesuai tujuan penelitian yaitu mempelajari kebutuhan lanjut usia dan pengetahuan dan sikap keluarga terhadap perawatan lanjut usia dalam keluarga. Hasil penelitian dipakai bahan untuk menyusun alternatif model asuhan keperawatan lanjut usia dalam keluarga. Namun penelitian ini dilakukan di Poliklinik Geriatri di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Kondisi ini merupakan salah satu kelemahan dari penelitian yang dilakukan.

Namun demikian pengumpulan data dengan “Focus Group Diskusi” yang dilakukan telah ditindak lanjuti dengan “in depth interview” yang dilakukan di masing-masing lanjut usia dengan kunjungan rumah.

Hal ini dimaksudkan untuk mencari data yang lebih akurat yang relevan dengan tujuan penelitian.

3. Pengumpulan data yang dilakukan dengan “Focus Group Diskusi” di Poli Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya dilanjutkan dengan “in depth interview” di rumah lanjut usia, dilakukan pada responden yang sama. Sehingga jawaban atau data yang diperoleh hampir selalu sama dan tidak ada variasi jawaban.

Dengan demikian kesimpulan yang diperoleh hanya berasal dari sumber data yang lingkupnya sangat kecil, sehingga hasilnya dapat dikatakan kurang signifikan.





BAB V
HASIL PENELITIAN

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran umum Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebagai tempat penelitian

Sesuai dengan tujuan penelitian yang dilaksanakan yaitu mempelajari kebutuhan lanjut usia meliputi kebutuhan “Bio-psiko-sosial-spiritual” dan mengidentifikasi pengetahuan serta sikap keluarga dalam merawat dan memenuhi kebutuhan lanjut usia dalam bentuk studi kasus di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Gambaran Umum Poli Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut :

Poli Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya dibuka sejak tanggal 9 Mei 1994 merupakan penanganan terpadu kasus-kasus penyakit dalam, penyakit jiwa dan penyakit syaraf pada pasien yang umurnya 65 tahun atau lebih. Tenaga yang ada terdiri dari : dokter 6 orang termasuk dokter konsultan, perawat 3 orang dan pembantu perawat 1 orang. Fasilitas yang ada yaitu : Ruang tunggu pasien, ruang administrasi, ruang pemeriksaan (4 ruang) , ruang konsultasi, ruang pertemuan, ruang peralatan, media dan peralatan medis serta peralatan lainnya meliputi meja, kursi dan lain-lainnya. Prosedur dan alur penanganan pasien meliputi : Pasien rujukan dari poliklinik lain di RSUD Dr. Soetomo Surabaya , pencatatan dan registrasi penderita , dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, tindakan awal, konsultasi dan terapi difinitif.

B. Cara Pengambilan Sampel

1) Pengambilan sampel untuk Focus Group Diskusi (FGD) lanjut usia

Pengambilan sampel dalam melaksanakan Focus Group Diskusi (FGD) dilakukan dengan jalan mengambil pasien yang datang paling awal dan memenuhi kriteria inklusi.

Pasien tersebut dipanggil masuk dalam ruang pertemuan Poli Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya, diberi penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian sesuai dengan petunjuk dalam Focus Group Diskusi (FGD). Pasien diminta kesediaannya untuk menjadi peserta dalam FGD. Pasien yang menyatakan bersedia, diminta untuk menandatangani surat persetujuan (inform consent). Selanjutnya dimintakan tanda tangan persetujuan dari keluarganya. Hal ini dilaksanakan oleh asisten peneliti 2. Setelah itu keluarga lanjut usia diminta untuk menjawab kuesioner dengan mengisi pilihan jawaban pada penilaian "Afgar Keluarga" untuk menilai tingkat kesejahteraan dan kesehatan keluarga.

Dalam satu hari hanya dilakukan satu FGD yaitu selama lebih kurang 80 menit antara pukul 07.10 s/d pukul 08.30 yaitu sebelum dilakukan pemeriksaan fisik oleh Dokter.

2) Pengambilan sampel untuk Focus Group Diskusi (FGD) Keluarga lanjut usia.

Pengambilan sampel keluarga lanjut usia dilakukan dengan menemui keluarga lanjut usia yang sedang menunggu di ruang tunggu dan bersedia untuk diwawancarai.

Focus Group Diskusi dilakukan di Ruang pertemuan, setelah responden diberi penjelasan sesuai petunjuk FGD dan setelah menandatangani surat persetujuan (inform consent).

3) Pengambilan sampel untuk informan/responden yang dilakukan : "in depth interview"

Responden yang diambil untuk in depth interview adalah pasien yang dalam pelaksanaan FGD, aktif mengemukakan pendapatnya, tapi tidak terlalu dominan dalam diskusi dan juga tidak terlalu pasif, selain itu hasil penilaian Afgar keluarga termasuk katagori baik, dasar pendidikan yang paling rendah adalah setingkat SLTP. Pasien yang dipilih tersebut terlebih dahulu diminta kesediaannya untuk dilakukan wawancara dirumah dalam waktu yang telah disepakati. Dari proses tersebut dapat dilakukan FGD

pada 6 kelompok “lanjut usia” dan 5 kelompok “keluarga lanjut usia”, yang masing-masing kelompok terdiri dari 6 sampai 8 orang peserta. Sedangkan in depth interview dapat dilaksanakan pada 22 responden yang dilakukan dengan kunjungan rumah masing-masing responden yang telah ditetapkan berdasarkan kriteria tersebut.

C. Tim Peneliti

Tim peneliti terdiri dari 3 orang yaitu :

1. Peneliti utama melaksanakan peran sebagai moderator dan merangkap sebagai penulis dalam FGD “lanjut usia” dan FGD “keluarga lanjut usia” di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya, serta sebagai pewawancara dalam in depth interview pada “lanjut usia” dalam pengumpulan data di rumah masing-masing lanjut usia.
2. Pembantu/asisten peneliti 1; melaksanakan peran sebagai penulis hasil diskusi pada FGD “lanjut usia” dan FGD “keluarga lanjut usia” di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya, dan sebagai pewawancara “keluarga lanjut usia” dalam pengumpulan data di rumah lanjut usia.
Asisten peneliti 1 adalah seorang dosen pada Pendidikan Ahli Madya Keperawatan (Program Anestesi) Surabaya dengan latar belakang pendidikan Akademi Perawat dan Sarjana Kesehatan Masyarakat, yang telah diberi pengarahan dan penjelasan serta mempunyai pemahaman yang baik tentang penelitian yang dilakukan.
3. Pembantu/Asisten peneliti 2; melaksanakan tugas-tugas yang terkait dengan pencatatan, pendaftaran dan urutan pendaftaran lanjut usia , pengaturan tempat diskusi dan mengatur penyediaan fasilitas lain yang diperlukan. Selain itu juga bertugas dalam penyelesaian tanda tangan persetujuan lanjut usia maupun

kehuarganya. Asisten peneliti 2 tidak disertakan dalam pengumpulan data in depth interview di rumah lanjut usia.

Asisten peneliti 2 adalah seorang perawat penanggung jawab perawatan di Poli Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya, yang sebelumnya telah diberi penjelasan tentang tujuan dan proses penelitian yang akan dilaksanakan.

D. Hasil Penelitian

Sesuai dengan proses penelitian yang dilaksanakan, hasil penelitian dikelompokkan dalam 4 bagian yaitu : Hasil Focus Group Diskusi pada “lanjut usia” yang dilaksanakan di Poliklinik Geriatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan hasil in depth interview pada “lanjut usia” yang dilaksanakan di masing-masing rumah, hasil Focus Group Diskusi pada “keluarga lanjut usia” di Poliklinik RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan hasil in depth interview “keluarga lanjut usia” pada masing-masing rumah keluarga lanjut usia tersebut. Hasil FGD dan hasil in depth interview yang disajikan dalam laporan ini adalah ringkasan dari berbagai jawaban, tanggapan dan pendapat responden, sedangkan catatan transkrip yang lengkap ada pada catatan tersendiri yang disimpan sebagai dokumen peneliti.

1. Kebutuhan “Lanjut Usia”

a. Hasil Focus Group Diskusi pada lanjut usia.

Pada saat lanjut usia dipanggil ke Ruang pertemuan untuk dilakukan FGD, beberapa diantaranya menunjukkan ekspresi wajah seperti ada kecurigaan dan seakan-akan tidak setuju.

“ Ada apa toh pak saya kok diperiksa disini ”

Tetapi setelah dijelaskan maksud dan tujuan dari penelitian ini dan manfaat dari pendapat dan informasi yang diberikan oleh lanjut usia, ada perubahan dari sikap tersebut. Sikap ini lebih banyak muncul pada pria. Ternyata dalam diskusi justru

yang menunjukkan sikap tersebut lebih bersemangat dan lebih serius dalam mengemukakan pendapatnya. Pada sebagian besar responden, kalau sudah mulai berbicara sulit untuk berhenti dan seakan-akan ingin mengemukakan segala sesuatu yang pernah ia alami. Keadaan ini terjadi pada setiap FGD. Karena waktu yang disediakan untuk berdiskusi adalah terbatas, maka moderator berusaha mengatur agar responden yang lain dapat mengemukakan pendapatnya secara merata, dengan harapan informasi lebih banyak akan diperoleh melalui in depth interview yang dilakukan dirumah lanjut usia.

- 1) Topik tentang "kebutuhan lanjut usia". Meliputi kebutuhan Bio-psiko-sosio, spiritual.

Jawaban yang diperoleh meliputi : kebutuhan hidup secara umum yaitu, sandang, papan dan pangan. Kebutuhan yang dipandang sangat penting adalah kesehatan, ketenangan dan kemampuan pengendalian diri, kebutuhan agar anak-anaknya memperhatikan dan menuruti nasihatnya. Ada beberapa responden menyatakan puas bila anaknya sudah mempunyai pekerjaan tetap. Dari jawaban tersebut jawaban yang paling sering muncul adalah kebutuhan akan kesehatan dan ketenangan dan dapat menjalankan ibadah.

..... yang penting menurut saya sekarang pak adalah sehat, tenang tidak sakit-sakitan dan anak-anak pada murut kalau dinasehati, kalau kebutuhan lain-lain saya rasa sudah terpenuhi. hampir semua responden mengikuti dan menyetujui jawaban ini.

Ada beberapa responden yang memberi jawaban tentang kebutuhan : rekreasi, olah raga maupun kebutuhan untuk berjalan-jalan. Ada satu kali dalam FGD

muncul jawaban yang menyangkut kebutuhan seksual, responden tersebut adalah seorang wanita umur 67 tahun.

“ Saya ada permasalahan dengan hubungan intim, kemauan suami ada, tetapi kemampuannya tidak ada, apakah pria usia diatas 70 tahun dengan kencing manis tidak dapat melakukannya lagi “

2) Topik tentang “pemuhan kebutuhan pada saat sekarang”

Secara umum kebutuhan tersebut sudah terpenuhi. Ada beberapa yang menyatakan ketidakpuasannya mengenai ketersediaan obat-obatan di Apotik Askes. Responden merasa tidak sesuai antara biaya yang dikeluarkan selama masih bekerja dengan jaminan kesehatan dan obat yang tersedia. Hal ini menyebabkan responden merasa sangat kecewa. Jalan keluarnya adalah dengan meminta bantuan anak-anaknya untuk membeli obat diluar apotik askes. Pernyataan ini hanya muncul pada dua responden dalam 6 kelompok FGD.

..... pelayanan disini saya rasa sangat baik pak, hanya yang saya rasa kurang baik adalah pelayanan obat di apotik askes. Sudah antrenya sulit, lama dan obatnya sering tidak ada.

..... Saya usul pak agar obat-obat untuk lanjut usia lebih diperhatikan karena kita semua sangat membutuhkan dan terus akan membutuhkan. Saya usul juga agar obat-obat untuk lanjut usia tidak hanya dibebaskan kepada peserta askes tapi dapat dibebaskan atau diberi keringanan kepada semua lanjut usia. Apakah itu diusahakan lewat pemerintah atau mungkin LSM.

Sebagian besar lanjut usia sependapat dengan usulan tersebut.

3) Topik tentang “pandangan lingkungan terhadap lanjut usia”

Dari jawaban yang diperoleh menyatakan tidak ada masalah dan mengatakan bahwa hal itu sangat tergantung bagaimana seseorang menempatkan dirinya. Selain itu ada pernyataan bahwa responden merasa bangga karena masih dapat membantu memenuhi kebutuhan anak-anaknya. Hal itu dirasakan sebagai suatu kebanggaan. Ada sebagian kecil mengatakan kalau bisa dia akan tetap berusaha agar tidak minta bantuan dan merepotkan anak-anaknya serta merasa lebih senang tinggal dirumahnya yang sekarang. Hal itu dilakukan karena khawatir kalau mendapat kata-kata atau omongan yang menyinggung perasaan atau kata-kata yang tidak menyenangkan. Sebab kalau marah atau tersinggung sulit untuk menghilangkannya.

..... sangat tergantung dari diri kita sendiri, tapi saya lebih senang tinggal di rumah sendiri tidak kumpul dengan anak-anak. Rasanya kurang aman kalau satu rumah dengan anak-anak saya (maksudnya anaknya yang sudah berkeluarga). Sebab kadang-kadang kalau ngomongnya tidak enak jadi mangkel. Kalau mangkel sulit dihilangkan.

4) Topik tentang “pendidikan khusus atau informasi tentang kesehatan lanjut usia yang pernah didapatkan”

Jawaban yang diperoleh adalah ada beberapa responden, pernah mengikuti kursus waktu masih muda. Informasi tentang kesehatan lanjut usia ada yang diperoleh dari majalah yang ada topik kesehatan dan dari acara di televisi. Jawaban ini hanya muncul pada sebagian kecil responden. Sebagian besar menyatakan belum pernah mendapat pendidikan khusus atau penyuluhan khusus tentang kesehatan

lanjut usia. Sedangkan penjelasan yang diperoleh dari dokter yang terkait dengan penyakitnya dirasakan cukup jelas dan cukup memuaskan.

5) Topik tentang “kondisi kesehatan yang dirasakan pada saat sekarang”

Masing-masing lebih banyak menceritakan keadaan penyakitnya, keluhan yang sering dirasakan dan reaksi dari obat yang dimakan. Namun walaupun responden mengemukakan penyakitnya yang sekarang masih ditangani dokter, dalam ekspresi wajahnya masih tampak optimis dan masih bersemangat untuk menyampaikan pendapatnya. Pelayanan di Poliklinik Geriatri dirasakan baik dan memuaskan.

Pelayanan disini saya rasakan sangat baik dan memuaskan, mungkin karena sudah ditunjuk tenaga-tenaga yang sudah terlatih untuk merawat orang tua.

6) Saran-saran dari lanjut usia yang disampaikan

Responden tampak tidak begitu antusias untuk memberikan saran. Ada beberapa yang menghimbau agar lebih diperhatikan tentang penyediaan obat-obatan untuk orang lanjut usia secara lengkap. Kalau bisa penyediaan obat-obatan yang “gratis” tidak hanya disediakan untuk peserta askes, tapi juga yang bukan peserta askes karena kebutuhan tentang obat dipandang merupakan kebutuhan semua lanjut usia untuk jangka lama dan terus - menerus. Saran ini justru dari lanjut usia peserta askes. Selain itu ada saran agar proses pengambilan obat di apotik dapat dipercepat sebab selama ini dirasakan waktu yang diperlukan untuk menunggu obat terlalu lama. Sebagian besar peserta menyatakan bahwa pelayanan di Poli Geriatri RSUD Dr. Soetomo ini sangat baik. Bagi yang memberi saran tentang penyediaan obat untuk lanjut usia supaya lebih diperhatikan, dalam ekspresi wajahnya tampak ada perasaan kecewa. Ada satu saran yang disampaikan dengan

cukup hati-hati yaitu: kalau memanggil pasien sebaiknya, disertai panggilan “Bapak A, atau Ibu C” jadi tidak langsung hanya dipanggil namanya saja.

*.... Maaf pak ada satu hal penting saya usulkan disini yaitu mohon kalau memanggil pasien hendaknya disertai “Pak/Bapak atau Ibu” tidak hanya dipanggil namanya saja “jangkar”. Itu rasanya kita kurang dihargai
..... Lanjut usia yang lain juga menyetujui usul itu.*

b. Hasil In Depth Interview pada “lanjut usia”

Dalam wawancara ini dilakukan beberapa “probing” yaitu menggali keterangan lebih mendalam. Probes yang dilakukan meliputi “Completion probes” untuk memperoleh informasi tambahan dari jawaban FGD yang sifatnya terlalu umum, “Clarity probes” untuk mendapat penjelasan kembali pola jawaban yang kurang jelas dan “channel probes” untuk mengetahui latar belakang dari jawaban yang telah diberikan dalam FGD.

Ringkasan dari jawaban yang sering muncul dari 22 responden yang telah diwawancarai adalah sebagai berikut :

1) Topik tentang “kebutuhan lanjut usia”

Perubahan yang sangat dirasakan sesudah lanjut usia adalah : sebagian besar mengalami gangguan pendengaran, penglihatan dan mudah lupa. Badan merasa kurang sehat dan cepat lelah dan nafsu makan menurun. Ada sebagian kecil menyatakan tidak banyak terjadi perubahan dengan penjelasan; mungkin karena sejak masih muda ia sering olah raga dan sampai sekarang juga masih suka olah raga dan setiap hari berusaha melakukan kegiatan ola raga dengan jalan pagi atau mengerjakan pekerjaan lain. Sebagian besar dari pernyataan ini dikemukakan oleh lanjut usia pria.

..... kalau dibandingkan dengan dulu ya banyak yang berubah ... tapi saya rasa saya masih dapat melakukan kegiatan yang saya ingin kerjakan

..... memang dulu saya senang olah raga dan sampai sekarang juga masing senang, kalau tidak ada acara penting, saya lakukan jalan pagi ... hampir setiap hari.

Ada kesan bahwa lanjut usia yang menyatakan pernyataan ini tampak lebih percaya diri dan secara fisik tampak lebih sehat, walaupun umurnya sudah mencapai 68 tahun dan ada yang sudah diatas 70 tahun.

2) Topik tentang “Kebutuhan lanjut usia”

Pada dasarnya jawaban tentang kebutuhan yang muncul pada FGD tidak berbeda dengan jawaban yang disampaikan pada wawancara. Sebagian besar lanjut usia menceritakan secara lebih terperinci tentang keluhan-keluhan penyakitnya dan perkembangannya setelah berobat. Selain itu jawaban yang diberikan lebih banyak mengarah kepada keberhasilannya pada masa lalu dan keberhasilan pada anak-anaknya. Sedangkan kebutuhan yang dipandang paling utama saat sekarang adalah “kesehatan badan dan ketenangan”. Kebutuhan dan kepuasan yang sering dirasakan adalah bila dapat membantu orang lain yang mendapat kesulitan baik berupa bantuan material maupun bantuan mental spiritual dengan cara memberi nasehat dan membantu pemecahan masalah bagi yang mau konsultasi pada dirinya. Kebutuhan sadang, papan dan pangan dirasakan sudah terpenuhi

..... Kebutuhan yang paling utama sekarang adalah kesehatan dan ketenangan. Saya sudah berusaha untuk mengatur kesabaran.

..... Sekarang anak-anak saya sudah semua bekerja dan semua sudah berkeluarga itu adalah suatu kebanggaan dan Karunia Tuhan bagi saya.

..... Saya merasa senang sekali kalau ada orang yang minta bantuan misalnya kesulitan uang atau orang sakit, atau minta saran dari saya kalau mengalami kesulitan. Kadang-kadang saya bawakan gula, kopi dan buah-buahan, saya antar kerumahnya

Rasanya saya puas dan senang kalau bisa membantu orang lain

Selain itu lanjut usia merasa tidak senang kalau punya rencana untuk melakukan sesuatu kegiatan, kemudian dilarang oleh anak-anaknya. Lebih-lebih kalau larangan tersebut disebabkan karena dipandang tidak mampu atau tidak kuat.

..... Saya merasa tidak senang dan kecewa kalau punya rencana untuk melakukan suatu kegiatan, kemudian dilarang oleh anak-anak saya. Saya mengerti maksudnya dia ngeman (menghemat) saya karena khawatir saya tidak mampu melakukan hal itu. Tapi saya ini kan masih bisa mengukur kemampuan saya dan masih mampu melakukan hal itu.....

Ya karena saya tahu maksudnya baik kadang-kadang saya turuti juga
..... tetapi

3) Topik tentang "Pandangan lingkungan" terhadap lanjut usia

Pandangan dari lingkungannya secara umum merasakan tidak ada masalah. Sebagian besar responden menyatakan hal itu terjadi tergantung dari perbuatannya sendiri terhadap lingkungannya. Sebagian besar responden merasa sudah berbuat baik terhadap lingkungannya. Dan bahkan ada sebagian kecil mengatakan bahwa ia sampai sekarang masih aktif melakukan kegiatan sosial

misalnya : arisan, pengajian, kebaktian dan sebagainya. Pernyataan ini lebih banyak muncul pada lanjut usia wanita.

Dalam kaitannya dengan kebutuhan untuk tinggal bersama anak-anaknya. Bagi lanjut usia yang masih ada pasangan (suami isteri). Hampir semua menyatakan lebih suka tinggal dirumah sendiri. Bagi yang sudah janda atau duda (salah satu sudah meninggal), ada sebagian yang merasa senang tinggal sendirian dalam satu rumah karena merasa tenang dan ada sebagian yang merasa senang kumpul sama anak cucunya karena ada yang menemani dan ada yang diajak bicara. Bagi yang menyatakan lebih senang tinggal dirumah sendiri walaupun sendirian, tetapi ia mengatakan sangat senang kalau ada anak dan cucunya datang menjenguk. Hal ini berarti pada dasarnya lanjut usia masih membutuhkan interaksi.

Ada sebagian kecil responden menyatakan bila merasa kesepian dia sering mendengarkan radio dalam acara wayang dan gending-gending jawa. Dan merasa dapat ketenangan batin terhadap “filosofi/filsafat” yang terkandung dalam gending-gending maupun cerita wayang tersebut.

Ada sebagian kecil mengemukakan bahwa ia sangat merasa sedih, karena anak-anaknya kurang memperhatikannya. Semua sudah bekerja tapi semua sibuk dengan kerjanya masing-masing. Dia merasa sangat kecewa dengan keadaannya. Sambal menangis ia menceritakan keadaan penyakitnya dan mengatakan :

..... Semestinya saya ini sudah jadi tanggungan anak-anak saya, tetapi kenyataannya saya menanggung diri saya sendiri..... Anak-anak saya jarang yang datang kesini. Saya hanya mengurus diri saya dari pensiunan suami saya yang sudah meninggal dua tahun lalu.

Selain itu ada sebagian kecil yang mengatakan bahwa dia ingin masuk panti jompo, ia mengatakan :

..... Sebetulnya saya ingin kalau besok saya sudah sendirian saya merencanakan untuk menjual semua warisan tni. Sebagian dibagikan kepada anak-anaknya dan sebagian diserahkan ke panti jompo. Karena disana saya rasa enak bisa kumpul dengan teman-teman sebaya..... Tapi anak-anak saya tidak ada yang setuju.

4) Topik tentang “Kursus atau sumber informasi kesehatan lanjut usia”

Sebagian kecil menyatakan bahwa pernah mendapat penjelasan, pengarahan maupun kursus tentang kesehatan lanjut usia dari petugas kesehatan maupun petugas dari dinas yang lain, dan sebagian besar belum pernah mendapat penjelasan tersebut kecuali penjelasan dari dokter yang terkait dengan penyakit dan pengobatannya

Bagi yang pernah pengarahan tentang “kesehatan lanjut usia” dan persiapan menghadapi pensiun adalah mereka yang pensiun dari pegawai sipil TNI Angkatan Laut.

Secara verbal sebagian besar responden menyatakan senang dikunjungi ke rumahnya. Hampir semua menyatakan rasa terima kasih karena diajak membicarakan sesuatu yang terkait dengan kesehatan lanjut usia.

..... Saya senang sekali mendapat penjelasan seperti ini pak berarti ada perhatian terhadap kehidupan lanjut usia

5) Saran-saran dari lanjut usia :

Ada sebagian lanjut usia mengharapkan agar anak-anaknya dan lingkungannya lebih sabar menghadapi lanjut usia, tidak menggunakan kata-kata yang kasar dan agar menggunakan kata-kata yang lemah lembut.

..... Selama ini saya merasa sudah banyak "nandur" dan saya ingin menikmati hasibnya orang tua itu mengharapkan kepada semua agar bisa lebih sabar menghadapi orang tua dan pakai tutur kata yang lemah lembut, jangan menggunakan kata-kata kasar.

Ada beberapa responden mengusulkan agar pemerintah mengkoordinir pengadaan panti jompo dan panti jompo yang ada lebih disempurnakan karena panti jompo yang ada sekarang dipandang tidak layak. Ini dimaksudkan untuk menampung lanjut usia yang tidak punya keluarga atau lanjut usia yang kurang mendapat perhatian dari anak-anaknya.

Ada beberapa responden yang mengusulkan agar diadakan kegiatan sehingga lanjut usia bisa bersosialisasi dengan teman-temannya yang sebaya. Ada beberapa lanjut usia yang kurang senang dengan kehidupan anak-anak muda sekarang yang selalu suka berfoya-foya.

..... Saya kurang senang dengan perilaku anak-anak sekarang..... banyak yang suka berfoya-foya..... belum tahu merasakan "asam-garamnya" bagaimana nanti kalau dia sudah tua seperti saya ini.

2. Pengetahuan dan Sikap “Keluarga Lanjut Usia” Dalam Perawatan Lanjut Usia pada Keluarga

a. Hasil Fokus Group Diskusi (FGD) Pada Keluarga Lanjut usia

Pada waktu keluarga lanjut usia dipanggil ke ruang pertemuan untuk dilakukan FGD, sebagian besar menunjukkan ekspresi wajah yang tenang dan tidak tampak curiga seperti halnya “lanjut usia”. Cara menjawab pertanyaan lebih mengarah dan sesuai dengan hal yang ditanyakan dalam diskusi. Jawaban yang diberikan lebih terfokus sehingga lebih mudah mengaturnya dengan demikian diskusi berjalan lebih lancar. Bila terjadi sesuatu yang tidak jelas, banyak anggota diskusi minta penjelasan kembali (klarifikasi) sampai jawaban yang diberikan sesuai dengan yang dimaksud. Jawaban atau tanggapan yang muncul dalam diskusi adalah sebagai berikut :

1) Topik “Pengetahuan, Sikap dan Persepsi Responden” terhadap lanjut usia :

- a) Pendapat responden tentang umur seseorang yang tergolong lanjut usia bervariasi yaitu 50 tahun, 55 tahun, 60 tahun, 65 tahun dan ada yang menjawab 90 tahun. Dalam hal ini responden berpendapat bahwa lanjut usia dimaksud adalah “orang-orang yang umurnya panjang” karena punya kekhususan misalnya ilmu (sejenis kekuatan karena menjalani kegiatan tertentu). Namun demikian pada akhirnya selalu ada kesepakatan bahwa seseorang dapat digolongkan lanjut usia bila berumur 60 tahun atau lebih.
- b) Jawaban responden tentang perawatan lanjut usia “ di panti ” selain perawatan di rumah : semua peserta berpendapat bahwa, sebaiknya lanjut usia dirawat di rumah. Adapun alasan yang dikemukakan antara lain :
 - (1) Dapat diciptakan hubungan pribadi yang lebih baik, (2) lebih aman, (3) lanjut usia mempunyai banyak jasa, (4) setiap saat dapat diminta pendapatnya,

(5) selalu dapat diawasi, (6) dia lebih suka tinggal dirumahnya sendiri, (7) sudah beradaptasi dan sulit menyesuaikan diri pada lingkungan yang baru, (8) orang tua sering mengemukakan tidak mau tinggal dirumah anak atau menantunya, (9) orang tua mengatakan walaupun sendirian tetap lebih suka tinggal dirumah yang dibangunnya sendiri.

.... Menurut saya lebih baik dirawat dirumah, sebab bagaimanapun juga ia sudah punya banyak kenangan dengan rumahnya tersebut dan perlu perhatian. Sebab kalau di panti dia tidak akan mendapat kasih sayang dari anak-anaknya.

.... Bapak saya itu tidak mau diajak pindah dari rumahnya,.... walaupun sudah dibujuk untuk tinggal dirumah, (rumah anaknya maksudnya) tetapi tidak sampai lima hari sudah minta pulang lagi. Sehingga sekarang saya (anak-anaknya) yang harus sering-sering menengok kesana.

Dari jawaban tersebut sulit dibedakan mana yang lebih sering muncul, karena semua jawaban tersebut mendapat persetujuan group diskusi.

c) Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia.

Sebagian besar peserta diskusi menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada lanjut usia adalah : terjadinya gangguan pendengaran dan penglihatan serta mudah sakit. Ada perubahan pada pola makan yaitu napsu makannya berkurang dan kalau makan perlu ditemani. Ada perubahan perilaku yaitu tidak sabar, cepat tersinggung. semua kemauanya harus cepat dilaksanakan, rasa kekhawatiran yang berlebihan terhadap apa yang dilakukan anak-anak

cucunya. Semua pekerjaan ingin dikerjakan tapi akhirnya gampang sakit dan sebagian besar mengatakan bahwa lanjut usia lebih suka tinggal dirumah.

Dari jawaban tersebut, jawaban yang sering muncul adalah : (1) minta perhatian lebih banyak, (2) tidak sabar, (3) mudah tersinggung, (4) mudah lupa. Dilihat ekspresi wajah dari peserta diskusi menunjukkan ada variasi : sebagian kecil yang menunjukkan ekspresi tidak sabar, menggerutu dan seperti ada perasaan kesal. Tapi ada sebagian besar yang menunjukkan rasa empati dan seakan penuh perhatian dan penuh kasih sayang sama lanjut usia.

.... Menurut pendapat saya, orang tua itu tidak sabaran dan apa yang dimauinya harus segera dituruti, kalau tidak, ia cepat.... mogok/ngambek. Tapi kalau dia merasa enakan sedikit, semua pekerjaan mau diselesaikan tapi akhirnya gampang sakit. Kalau sudah begitu kita kan repot jadinya.

Kebanyakan peserta diskusi yang lain, setuju dan mendukung pernyataan tersebut

.... Sulitnya lagi pak,.... kalau obat/resep yang diberikan dokter, setelah diminum beberapa kali saja, kalau ia merasa tidak ada perubahan atau timbul keluhan lain, langsung minta supaya kita memintakan resep baru/ganti obat yang lain. Dan sisa obat yang masih ada itu tidak mau diminum lagi walaupun jumlahnya masih banyak.

Tapi peserta lain ada sebagian kecil yang mengatakan bahwa orang tuanya sangat disiplin untuk minum obat dan sesuai dengan yang ditentukan waktunya harus tepat

Dari jawaban tersebut, tidak ada yang dapat menjelaskan secara benar penyebab terjadinya perubahan fisik, fisiologi, psikologi dan sosial dalam kaitannya dengan perubahan anatomi, fisiologi dari fungsi-fungsi organ dalam tubuh.

- 2) Topik tentang “Pengalokasian Dana, Sarana dan Waktu untuk lanjut usia oleh keluarga” jawaban yang diperoleh meliputi :

Sebagian dari responden menyatakan bahwa dana yang digunakan untuk merawat lanjut usia adalah diperoleh dari pensiunannya. Ada juga yang diperoleh melalui iuran dari anak-anaknya dan diserahkan pada saudaranya yang tinggal bersama lanjut usia. Ada yang menjawab bahwa dia sudah menyisihkan tabungan untuk keperluan lanjut usia. Ada beberapa responden yang mengusulkan supaya diadakan dana khusus untuk pengobatan lanjut usia oleh pemerintah atau yayasan dan ada penampungan lanjut usia yang layak khususnya bagi lanjut usia yang kurang dapat perhatian dari keluarganya, sehingga lanjut usia tersebut dapat berkumpul dengan sebayanya.

.... Selain dari pensiunannya sendiri kita (anak-anaknya) juga memberi bantuan tapi tidak ada ketentuan berapa-berapa. Namun itu disesuaikan dengan keadaan masing-masing. Sedangkan pensiunannya, kita sarankan untuk ditabung dan itu juga sudah ditabung sendiri.

Dalam topik pembahasan yang terkait dengan “dana” ada beberapa responden yang secara spontan mengemukakan pendapatnya agar lanjut usia diperhatikan dan dibantu oleh pemerintah atau melalui yayasan. Pendapat ini hanya muncul satu kali dalam lima kali FGD.

- 3) Topik tentang "Pandangan keluarga dan lingkungan serta sikap petugas kesehatan terhadap lanjut usia" jawaban yang diperoleh meliputi :

Perlu ada perhatian lebih tinggi terhadap lanjut usia. Tergantung dari pembawaan dirinya. Pada umumnya pandangan lingkungan baik, sikap petugas kesehatan disini sangat baik.

- 4) Topik tentang "Hal-hal yang harus diperhatikan sehubungan dengan perubahan dan kebutuhan tersebut" jawaban yang diperoleh meliputi :

Harus sering diperhatikan, sering diajak omong-omongan, makanannya harus diperhatikan.

Dalam menjawab pertanyaan ini peserta FGD tampak kesulitan memberikan jawaban dan tidak dapat memberikan jawaban dengan segera. Tidak ada yang dapat menjawab hal-hal yang terkait dengan keamanan lingkungan fisik misalnya resiko jatuh ditempat tidur atau dikamar mandi tidak ada yang menjawab dan hal-hal yang terkait dengan terjadinya penurunan pemenuhan kebutuhan nutrisi yang dapat mempengaruhi kesehatan lanjut usia.

..... Harus sering diperhatikan, sering diajak omong-omongan dan perhatikan makannya..... Sebab kalau tidak diperhatikan dia tahan lapar dan jarang makan..... tapi kalau kita temani makan dia dapat menghabiskannya. Yang rutin ia perlukan adalah minum kopi.

- 5) Topik tentang "Rujukan atau sumber" yang diperoleh untuk merawat lanjut usia jawaban yang diperoleh : (1) dari membaca buku-buku Agama, (2) dari pengalaman dan pergaulan, (3) dari thema kesehatan di koran dan majalah, (4) dari acara di televisi. Ada beberapa yang menyatakan tidak pernah dapat informasi yang khusus terkait dengan "kesehatan lanjut usia". Semua peserta

group diskusi memberi jawaban dengan jawaban yang sama. Tidak ada satupun yang menjawab bahwa mereka pernah mendapatkan penyuluhan atau pendidikan tentang perawatan lanjut usia dari petugas kesehatan.

6) Topik tentang “Saran keluarga lanjut usia” terhadap pelayanan lanjut usia :

(1) sebaiknya jangan sampai lanjut usia dirawat di panti, (2) Pemerintah sebaiknya memperhatikan penyediaan obat lebih banyak, kalau perlu obat generik supaya lebih murah tapi mutunya terjamin, (3) memberikan kasih sayang lebih banyak ada sebagian kecil yang setuju lanjut usia di rawat di panti bila tidak ada keluarga. Ada yang berpendapat agar pemerintah mengadakan sosialisasi kepada masyarakat tentang “perawatan kesehatan lanjut usia” terutama kepada keluarga yang punya lanjut usia. Ada perbedaan pendapat dan beda pandangan tentang keuntungan atau kerugian bila lanjut usia dirawat di “Panti Lanjut usia”.

Dari saran yang diberikan lebih banyak tertuju kepada hal-hal yang terkait dengan penyakit makanan dan pengobatannya. Hanya sebagian kecil yang memikirkan kebutuhan psiko-sosial yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan agar bisa memperlambat proses penuaan dan mempertahankan kemandirian lanjut usia.

b. Hasil In Depth Interview pada Keluarga Lanjut usia

Pada prinsipnya jawaban-jawaban yang muncul pada in depth interview tidak berbeda dengan pendapat yang disepakati pada FGD. Hanya pada wawancara ini lebih banyak dapat digali keterangan dan berupa alasan serta contoh-contoh kejadian yang mendukung pernyataannya pada waktu FGD. Adapun inti dari hasil in depth interview adalah sebagai berikut :

1) Sikap dan persepsi responden terhadap lanjut usia

- a) Sikap keluarga terhadap perawatan lanjut usia di panti, semua responden tidak setuju bila lanjut usia dirawat di panti karena disamping lanjut usia lebih suka tinggal di rumahnya sendiri juga karena adanya sikap “empati” terhadap lanjut usia. Selain itu responden mempunyai anggapan bahwa panti itu adalah “tempat penitipan”. Disamping itu juga ada perasaan bersalah atau merasa berdosa bila orang tuanya ditiptkan. Oleh karena itu hampir semua responden berpendapat sebaiknya lanjut usia dirawat di rumah.

..... Saya merasa suatu kewajiban untuk membalas jasa dari orang tua yang sudah membesarkan saya rasanya kita berdosa kalau tidak memperhatikannya..... Kita harus punya rasa kemanusiaan..... sesuai ajaran Agama

2) Pengetahuan tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia

Selain perubahan fisik yaitu gangguan pendengaran dan penglihatan serta mudah lupa, ada beberapa perubahan perilaku yang terjadi yaitu lanjut usia tidak sabar dan keinginannya harus segera dilaksanakan, mudah tersinggung dan terlalu khawatir terhadap sesuatu, terutama yang terkait dengan keadaan anak dan cucunya.

Ada sebagian kecil yang mengatakan bahwa orang tuanya sekarang suka berdandan. Seperti anak muda.

..... Ibu sekarang malah suka dandan dan sepertinya tambah “cenil” ... kalau milih warna baju, suka yang warnanya “jreng” dan senang ganti-ganti daster.

Ada beberapa yang menyatakan terjadi perubahan pada nafsu makan dan pola makan. Hal ini diketahui karena gangguan pada kekuatan gigi. Secara umum,

sebagian besar menyatakan bahwa orang tuanya cepat lelah dan mudah sakit. Kemauannya masih tinggi tapi tidak sampai selesai karena mudah sakit.

Dari jawaban-jawaban yang diperoleh ada yang mengatakan bahwa sifat-sifat itu sudah ada sejak lama dan sebagian menyatakan bahwa perubahan tersebut terjadi semenjak lanjut usia. Setelah digali lebih dalam pendapatnya tentang apa yang menyebabkan perubahan itu terjadi, tidak ada yang dapat menjelaskan secara benar, khususnya perubahan yang terjadi dalam kaitannya dengan fungsi-fungsi sistem dalam tubuh ditinjau secara anatomi-fisiologis.

.... Orang memang sudah tua ya beitu... kita nanti kalau sudah tua ya begitu.

3) Pengetahuan tentang kebutuhan lanjut usia dan hal-hal yang harus diperhatikan

Seperti halnya usa produktif, lanjut usia membuahkan gizi yang cukup, tapi harus disesuaikan dengan diet penyakitnya, butuh perhatian, butuh teman untuk bicara. Sebagian besar menceritakan tentang keluhan dan keadaan penyakit yang sering diderita oleh orang tuanya. Selain itu lanjut usia kalau sedang berbicara, harus didengarkan dan jangan dipotong pembicaraannya. Sebagian besar responden menyatakan bahwa lanjut usia senang dengan buah-buahan dan jajan jawa/jajan pasar.

Berkaitan dengan kebutuhan tersebut maka diperlukan kesabaran dan ketabahan bagi anak-anaknya.

4) Sumber informasi dan rujukan ilmu yang digunakan

Sebagian besar responden tidak punya rujukan yang jelas tentang perawatan lanjut usia. Tidak pernah mendapat penyuluhan kesehatan dari petugas kesehatan

atau dinas lainnya, kecuali ada pesan-pesan khusus dari dokter dan perawatnya waktu berobat ke Poli Geriatri.

Ada beberapa yang menyatakan karena suatu kebetulan saja ada di majalah atau televisi penjelasan yang terkait dengan kesehatan lanjut usia. Itupun tidak menyeluruh, tapi hanya pada hal-hal tertentu tentang penyakit pada lanjut usia.

5) Pengaturan dan pengalokasian dana, sarana dan waktu untuk lanjut usia

Pada prinsipnya penjelasan yang diberikan adalah sama dengan jawaban yang sering muncul pada FGD yaitu : dana untuk perawatan lanjut usia adalah dari pensiunannya sendiri, bantuan dari anak-anaknya, hasil sawahnya di desa. Selain itu ada juga yang mengatur secara iuran akan tetapi tidak berupa uang tapi dengan jalan anak I menanggung pembayaran listrik, anak yang lain menanggung rekinin air dan sebagainya. Ada juga yang mencari pembantu untuk mengurus kebutuhan orang tuanya yang tinggal dirumah sendiri, sedangkan anak-anaknya menjenguk secara bergantian. Sebagian besar menyatakan bahwa bantuan diberikan kalau dipandang perlu saja, atau kalau ada keperluan tertentu.

..... pokoknya kalau ada keperluan kita sokong bersama Selain pensiunannya orang tua saya masih punya penghasilan dari sawahnya di desa.

Tidak ada yang secara jelas menjawab bahwa ia memuat suatu rencana kebutuhan anggaran yang khusus untuk kebutuhan lanjut usia.

6) Saran-saran dari keluarga lanjut usia

Saran yang diberikan adalah sebagian besar ditujukan untuk penanganan penobatan dan penanggulangan penyakit, misalnya hal-hal yang terkait dengan penyediaan obat di Apotik, penyediaan obat yang harganya bisa dijangkau dan ada

subsidi dari pemerintah. Ada sebagian yang memberikan saran tentang hal-hal yang terkait dengan kebutuhan psikologis misalnya ; harus sabar, lanjut usia harus sering diajak bercakap-cakap, perhatikan apa yang dikatakan.

Saran yang diberikan lebih banyak yang bersifat umum. Ada beberapa responden menyarankan agar ada penyuluhan dari petugas kesehatan tentang perawatan kesehatan lanjut usia. Namun ada beberapa yang berpendapat bahwa petugas kesehatan yang ada sekarang di puskesmas belum bisa menjangkau tugas-tugas untuk perawatan lanjut usia di rumah. Tidak ada yang memberikan saran yang lebih sistematis yang berupa suatu "Sistem" pelayanan lanjut usia.

Secara keseluruhan, jawaban-jawaban yang sering muncul pada in depth interview adalah sama dengan jawaban yang ditemukan pada FGD. Sedangkan alasan-alasan yang diberikan lebih bersifat umum. Hubungan dan keterkaitan antara perubahan yang terjadi serta kebutuhan lanjut usia lebih banyak dijelaskan dengan pendekatan budaya dan agama. Tidak ada yang dapat menjelaskan secara benar dalam kaitannya dengan kesehatan fisik dan psikologis.



BAB VI
PEMBAHASAN

BAB VI

PEMBAHASAN

Sesuai dengan hasil penelitian yang diuraikan dalam Bab V, yaitu penemuan-penemuan dalam "Focus Group Diskusi" (FGD) dan "In Depth Interview" tentang kebutuhan lanjut usia dan pengetahuan keluarga lanjut usia mengenai : perubahan yang terjadi, kebutuhan dan cara memenuhi kebutuhan lanjut usia pada perawatan lanjut usia dalam keluarga adalah sebagai berikut :

A. Kebutuhan Lanjut Usia

Mengacu pada jenjang kebutuhan menurut A. Maslow tentang lima jenjang kebutuhan manusia yaitu : (1) Kebutuhan physiological meliputi ; kebutuhan udara, air, makan dan biologis, (2) Kebutuhan security meliputi ; keselamatan, ketertiban, kebebasan dari rasa takut dan ancaman, (3) Kebutuhan affiliation meliputi ; cinta kasih, kemesraan, rasa memiliki dan hubungan manusiawi, (4) Kebutuhan esteem meliputi ; penghargaan, dihormati, rasa berprestasi dan disegani dan (5) Kebutuhan actualization meliputi ; kebutuhan dalam merealisasi potensi seseorang untuk selalu berkembang. (Lembaga Administrasi Negara R.I., 1994).

Bila kebutuhan lanjut usia dikelompokkan sesuai jenjang kebutuhan tersebut, maka pernyataan-pernyataan lanjut usia dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Kebutuhan physiological

Hampir semua lanjut usia menyatakan bahwa kebutuhan sandang, pangan dan papan atau kebutuhan pakaian, makan dan tempat tinggal sudah terpenuhi. Hal ini menggambarkan bahwa kebutuhan tersebut bukanlah sesuatu yang prioritas yang dicari pada saat sekarang. Maslow mengemukakan bahwa setiap kebutuhan yang lebih rendah

harus dipenuhi untuk memuaskan kebutuhan yang lebih tinggi. Tetapi Murray beranggapan bahwa pemenuhan kebutuhan dapat dilakukan sekaligus dalam derajat kepuasan yang sama (Lembaga Administrasi Negara R.I., 1994). Tetapi bila melihat ekspresi dan pernyataan lanjut usia, menggambarkan bahwa pada usia seperti saat sekarang, lanjut usia sebenarnya mempunyai kebutuhan yang jenjangnya lebih tinggi yaitu kebutuhan akan rasa aman.

Ada sebagian kecil lanjut usia secara terbuka menyatakan kebutuhan seksual dengan pernyataan "intim dengan suami". Dalam hal ini sulit dipisahkan apakah kebutuhan seksual tergolong kebutuhan biologis atau psikologis. Bila ditinjau dari fungsi reproduksi maka seksual termasuk kebutuhan biologis. Tetapi bila dikaitkan dengan keadaan lanjut usia maka kebutuhan tersebut cenderung merupakan kebutuhan psikologis. Bila ditinjau dari pandangan kesehatan dapat dijelaskan bahwa secara alami, cepat atau lambat perubahan jaringan dan bagan pada lanjut usia tidak dapat dihindari. Perubahan tersebut dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, sosial, ekonomis dan medik. Dijelaskan bahwa perubahan tersebut misalnya : kulit, rambut, penglihatan, pendengaran, daya penciuman, elastisitas jaringan, penurunan fungsi organ, otak menyusut dan reaksi menjadi lambat terutama pada pria. Pada jaringan dan organ tubuh tersebut selalu terjadi penurunan. Akan tetapi keadaan seksualitas "tidak selalu menurun". (Hardy Winoto, 1999).

Sebagian besar lanjut usia menyatakan adanya penurunan penglihatan, pendengaran dan mudah lupa. Terjadinya penurunan penglihatan tersebut dapat disebabkan karena spingter pupil timbul sklerosis sehingga respon terhadap sinar

berkurang, terjadi kekeruhan pada lensa dan adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat sehingga susah melihat dalam cahaya gelap. Gangguan pendengaran disebabkan karena terjadinya atrofi pada membrana tempori, terjadi pengumpulan dan pengerasan cerumen (Wahyu Nugroho, 1995).

Ada sebagian kecil lanjut usia mengatakan bahwa kondisinya sekarang tidak banyak berubah dengan asumsi bahwa hal ini disebabkan karena sejak masih usia produktif ia senang olah raga dan sampai sekarang masih terus berolah raga. Bila ditinjau dari kebutuhan fisiologis, olah raga sangat penting untuk semua usia, pada lanjut usia, olah raga yang bersifat endurance atau ketahanan tubuh sangat baik untuk mengatasi proses-proses degenerasi. Selain itu berbagai fungsi organ tubuh akan meningkat apabila diberi latihan fisik yang sesuai. Olah raga yang baik dan benar dapat memperlambat proses degenerasi dan mempermudah menyesuaikan kesehatan jasmani dengan kehidupan. Berlatih fisik selama 10 menit setiap hari dengan intensitas 50-70% dari kemampuan maksimal akan membawa hasil yang maksimal (Departemen Kesehatan, 1992).

Dengan demikian berarti "olah raga" adalah suatu kebutuhan dari lanjut usia.

2. Kebutuhan Psiko-Sosial

Ada sebagian kecil lanjut usia menyatakan lebih suka tinggal dirumah yang ia bangun sendiri dengan berbagai alasan misalnya ; rasa khawatir bila menerima omongan yang tidak enak dari anak-anaknya, sudah beradaptasi dan mempunyai rasa kebanggaan dengan rumah tersebut. Hal ini merupakan kebutuhan akan rasa aman dan keselamatan dan bebas dari segala resiko ancaman.

Ada lanjut usia yang mengusulkan agar bila memanggil pasien hendaknya memakai sebutan Bapak/Ibu dan tidak hanya dipanggil nama saja. Terkait dengan itu ada lanjut usia yang mengusulkan agar bila menghadapi lanjut usia hendaknya sabar, lemah lembut dan tidak menggunakan kata-kata kasar. Pernyataan tersebut menggambarkan bahwa hal itu merupakan sesuatu yang mereka butuhkan dan saat ini belum terpenuhi. Kebutuhan tersebut dapat digolongkan kedalam kebutuhan affiliation (cinta dan rasa memiliki, kemesraan dan hubungan manusiawi). Disisi lain ada sebagian kecil lanjut usia mengatakan keinginannya untuk tinggal di panti dengan alasan "senang kumpul dengan teman-teman sebaya". Kondisi ini sesuai dengan fase akhir dari pengamatan psiko sosial oleh "Sigmund Freud" tentang "Ego Intearity" yaitu merupakan muara yang ingin dicapai oleh setiap lanjut usia diatas umur 60 tahun, justru pada saat dia telah mengalami kemunduran fisik dan merasa bahwa hidup mereka dekat dengan akhir hayat ia memerlukan perhatian, kasih sayang dan pengakuan dari lingkungannya. Pada masa ini seseorang yang merasa diterima dan dihargai oleh sekelilingnya adalah suatu anugerah yang tidak dapat diganti dengan materi. Terjadinya keadaan ini tidak terlepas dari kontinuitas masa lampau.

Sebagian besar lanjut usia cenderung ingin menceritakan pengalaman dan keberhasilannya pada masa lalu. Merasa senang kalau ada orang lain memerlukan bantuannya dan ia dapat membantunya baik dalam bentuk materi maupun bantuan pendapat atau berkonsultasi. Hal ini menggambarkan adanya kebutuhan akan ; dihormati, dihargai dan disegani. Selain itu ada sebagian lanjut usia yang secara tegas mengatakan bahwa ia tidak senang kalau dianggap tidak mampu. Misalnya ia

mempunyai suatu rencana tetapi dicegah oleh anak-anaknya dengan alasan karena kasihan melihat orang tuanya melakukan sesuatu yang dianggapnya berat. Hal ini bisa terjadi karena sebagian generasi muda beranggapan bahwa para lanjut usia tidak perlu lagi aktif dalam usaha hidup sehari-hari. Hal ini tidak disadari akan memperburuk integritas sosial lanjut usia dengan lingkungannya, sehingga dapat terjadi kesenjangan antar generasi muda dengan lanjut usia. Bila dikaitkan dengan teori perkembangan kepribadian oleh kelompok Ahli WHO yang mengatakan bahwa para lanjut usia yang mempunyai mental yang sehat masih dapat melakukan banyak hal positif. Mereka masih membutuhkan untuk memperoleh kepuasan dari perjuangannya, merasa lebih puas memberi daripada menerima serta mempunyai daya kasih sayang yang besar. (Hardywinoto, 1999). Dengan demikian kebutuhan dari sebagian besar lanjut usia sesuai dengan yang mereka kemukakan adalah merupakan ciri bahwa lanjut usia tersebut adalah sehat. Hal ini perlu diketahui oleh perawat maupun keluarganya sehingga dapat memberikan suatu diagnosa keperawatan keluarga secara benar dengan intervensi yang efektif. Kondisi ini menggambarkan suatu perwujudan diri (self actualization) yaitu kepuasan terhadap kemampuan dalam merealisasi potensi yang dimiliki.

Ada sebagian kecil yang pernah mendapat penjelasan khusus tentang persiapan pensiun dan kesehatan lanjut usia di institusi tempat kerja. Sebagian besar hanya mendapat penjelasan dari dokter tentang hal-hal yang terkait dengan penyakitnya. Sedangkan informasi lain hanya diperoleh secara tidak disengaja dari televisi, koran, dan radio.

Dengan demikian berarti program pembinaan lanjut usia yang telah dicanangkan belum berjalan dengan baik. Demikian juga dengan program perawatan kesehatan masyarakat (PHN) melalui perawatan keluarga di rumah bagi Kelompok Resiko Tinggi belum terlaksana dengan sempurna.

Dari hasil pengamatan dan pernyataan-pernyataan lanjut usia tersebut, menggambarkan bahwa sebagian besar lanjut usia berada pada “lingkaran kehidupan yang positif dan keberadaan yang nyaman berkelanjutan” dan ada sebagian kecil berada pada “lingkaran kehidupan negatif dengan kapasitas mental dan sosial yang menurun”

3. Kebutuhan Spiritual

Sebagian besar lanjut usia menyatakan bahwa kebutuhan yang dirasakan paling utama sekarang adalah ; kesehatan, ketenangan batin dan ibadah. Bila ditinjau dari budaya dan filsafat Jawa tentang makna dari kata “ Dari dan Kembali” yang dijadikan landasan filsafat yaitu “Sangkan Paraning Dumadi Urip Manungsa”. Filsafat ini melukiskan suatu siklus kehidupan yang diakhirmya akan menjadi tujuan yaitu “makna dari hidup ini”. Walaupun “sangkan” = asal hidup seseorang secara fisik tidak sempat disadari oleh individu tadi, akan tetapi “paran” = kembali, yang mengandung makna spritual akan berlangsung melalui proses peningkatan kesadaran. Hal ini sejalan dengan pendapat Erik Erikson yang mengungkapkan bahwa proses pencarian “kebijaksanaan yang tertinggi/wisdom” baru akan dicapai oleh setiap manusia apabila dia dapat meliwati jenjang kebijakan dasar perjalanan hidup sebelumnya dengan baik yang akhirnya bermuara pada integritas pribadi yang diinginkan oleh setiap individu. (Harywinoto, 1999). Jadi dengan demikian, walaupun lanjut usia tersebut mengemukakan bahwa

mereka membutuhkan ketenangan, bukan berarti bahwa sebelumnya mereka tidak senang atau ketakutan akan tetapi hal tersebut merupakan suatu kebijaksanaan yang tertinggi dan bersifat universal sesuai filsafat “kembali” pada integritas individu yang tinggi.

B. Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap Perawatan Lanjut usia Dalam Keluarga

1. Pandangan keluarga terhadap perawatan lanjut usia di panti.

Pada dasarnya semua keluarga lanjut usia tidak setuju dengan perawatan lanjut usia di panti. Dengan alasan utama ; secara intrinsik yaitu menyadari akan kewajiban untuk mengurus orang tuanya dan ada rasa empati serta perasaan bersalah bila menitipkan orang tuanya di panti. Secara ekstrensik yaitu, karena mengetahui keinginan lanjut usia untuk tetap lebih senang tinggal di rumahnya dan sulit untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan yang baru.

Disisi lain sebagian besar lanjut usia menyatakan bahwa mereka lebih suka tinggal di rumahnya sendiri dari pada di rumah anaknya atau tinggal di panti. Pernyataan ini sangat didukung oleh hampir semua dari keluarga lanjut usia. Dengan adanya pandangan yang sama ini, akan memudahkan tindakan perawat dalam menetapkan langkah yang harus diambil. Karena antara lanjut usia dengan keluarganya mempunyai suatu persepsi dan harapan yang sama. Yang menjadi masalah sekarang adalah adanya fenomena sosial di masyarakat yaitu cenderung terwujudnya pola keluarga inti (Nucleus Famili) yaitu setiap pasangan keluarga baru cenderung punya keinginan untuk tinggal dalam suatu rumah tersendiri. Hal ini didukung pula dengan adanya konsep pemukiman

penduduk baru dengan type bangunan kecil dan sederhana. Sehingga setiap pasangan keluarga baru akan tertarik untuk memiliki rumah sendiri dan keluar dari rumah orang tuanya. Disisi lain lanjut usia lebih senang tinggal dirumah miliknya sendiri. Permasalahan ini adalah permasalahan sosial yang sangat sulit diselesaikan dengan intervensi perawatan. Kondisi ini terutama terjadi pada daerah perkotaan. (Hadi Setia Tunggal, 1999).

Hal ini juga merupakan masalah kesehatan dan kesejahteraan sosial. Selain itu masih rendahnya kuantitas dan kualitas tenaga profesional pelayanan lanjut usia dan terbatasnya sarana pelayanan lanjut usia serta belum membudayanya kelembagaan kegiatan pembinaan lanjut usia. Oleh karena itu perawatan lanjut usia dalam keluarga masih perlu mendapat perhatian khusus dari berbagai sektor dan dari berbagai profesi.

2. Pengetahuan keluarga lanjut usia terhadap perubahan yang terjadi pada lanjut usia

Semua keluarga mengetahui adanya perubahan secara fisik yang berakibat menurunnya kemampuan pendengaran, penglihatan dan melemahnya kemampuan fisik. Secara psikologi sebagian besar keluarga lanjut usia mengetahui adanya perubahan perilaku yang sangat berarti yang terjadi pada lanjut usia. Akan tetapi sebagian besar dari mereka tidak memahami proses terjadinya perubahan tersebut sehingga mempunyai pandangan yang cenderung negatif misalnya, menganggap orang tuanya "mudah tersinggung, khawatir, cepat marah, rewel, tidak sabaran dan sebagainya". Hal ini dapat disebabkan karena adanya *cognitive dissonance*. Bagus Mantra (1985) mengatakan bahwa "*Cognitive dissonance*" akan timbul pada diri seseorang bila yang bersangkutan menghadapi hal baru. Yang dimaksud "*Cognitive dissonance*" disini adalah adanya

gangguan keseimbangan tentang kemandapan pengetahuan dan sikap yang sudah lama dimiliki seseorang, bila menghadapi pengetahuan dan pengalaman baru yang perbedaannya terlalu besar dengan pengetahuan dan pengalaman yang telah lama dimilikinya. Dalam keadaan demikian yang bersangkutan akan berusaha mengendalikan keseimbangan melalui suatu proses rasionalisasi dengan merubah sikapnya, menolak atau menerima sesuatu yang baru. Dalam hal ini lanjut usia lebih banyak menolak sesuatu yang baru yang terexpresi dalam perilakunya menjadi tidak sabar, khawatir dan mudah tersinggung. Kondisi ini dapat menimbulkan permasalahan antara lanjut usia dan keluarga dalam keluarga tersebut. Dalam keadaan seperti ini diperlukan adanya pemahaman dari perawat sehingga dapat melakukan pendekatan yang tepat dalam melakukan intervensi perawatan karena perlu menyamakan persepsi dari kedua belah pihak dengan dasar pemahaman, kesadaran yang pada akhirnya diperlukan terjadinya suatu penerimaan (Adopsi). Oleh karena itu perlu ada pemahaman tentang kondisi kesehatan yang berpengaruh pada kehidupan psikososial, cara menghadapi persoalan, memelihara hubungan antar pribadi serta kemampuan dalam menghadapi problema yang kompleks. Untuk menghadapi kondisi seperti ini seringkali memerlukan pembicaraan secara terbuka dengan berbagai pihak. Karena sebenarnya perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia masih dipengaruhi oleh pola kepribadian yang ada pada seseorang pada waktunya sudah berusia sekitar tiga puluh tahun. (Herdy Winoto, 1999). Dengan demikian perawat profesional yang menangani lanjut usia dalam keluarga harus memahami "lima faktor" yang dapat melukiskan kepribadian sehingga dapat memahami, menjelaskan dan membahas masalah kesehatan lanjut usia

dalam perawatan keluarga. Sebab kalau ditinjau dari “Teori Lima Faktor” yaitu “ aspek Neurotisme, Extraversi, Keterbukaan, Kesetiakawanan dan Ketelitian. Seseorang yang punya kekhawatiran, mudah tersinggung, suka berangan-angan, kerja keras, keinginan tinggi adalah merupakan skor tinggi dalam gambaran kepribadian. Karena hal ini berpengaruh positif terhadap kemampuannya menghadapi masalah untuk tetap dapat menikmati kebahagiaannya termasuk pada waktu lanjut usia.

3. Rujukan dan sumber informasi yang diperoleh tentang perawatan kesehatan lanjut usia

Sebagian besar keluarga lanjut usia belum pernah mendapat penjelasan atau pendidikan khusus yang terkait dengan kesehatan lanjut usia. Jadi tidak ada suatu rujukan yang jelas yang dipakai acuan dalam merawat lanjut usia dan semuanya bersifat tradisional dan instink. Hanya ada beberapa yang secara kebetulan mendapat informasi dari media elektronik maupun media cetak. Keadaan ini menggambarkan kualitas pelayanan kesehatan lanjut usia belum cukup memadai.

4. Pengalokasian dana, sarana dan waktu untuk kesejahteraan lanjut usia

Hanya sebagian kecil keluarga lanjut usia telah berfikir perlunya pengaturan dana, waktu dan penyediaan tempat yang aman bagi lanjut usia dalam keluarga. Tapi belum ada yang melakukannya secara nyata. Dan sebagian besar belum ada pemikiran yang menuju pada perawatan lanjut usia secara paripurna. Kalau kita analisa maka dapat dikatakan bahwa pada saat ini kondisi masyarakat di Surabaya berada pada peralihan dari masyarakat tradisional dengan sistem kekerabatan dan paguyuban dalam penyesuaian pada kehidupan masyarakat industri. Dimana kaum muda secara dinamis mengikuti kemajuan teknologi canggih dan informasi aktual dalam segala bidang ilmu

pengetahuan, sedangkan para lanjut usia lamban dan tertinggal namun membiarkan dan bahkan mendorong para generasi muda untuk berkembang terus. Tetapi disisi lain belum dapat menjalankan program terpadu dan menyeluruh dalam menangani kesehatan dan kesejahteraan lanjut usia pada segenap lapisan masyarakat.

5. Saran-saran keluarga lanjut usia

Saran-saran yang diberikan oleh keluarga lanjut usia, menyangkut banyak aspek. Meliputi aspek fisik, psikologi dan aspek educatif. Namun saran yang di berikan lebih banyak yang mengarah pada pelayanan kuratif walaupun ada beberapa yang telah berfikir tentang perlunya sosialisasi tentang perawatan lanjut usia. Hampir semua keluarga berpendapat bahwa lanjut usia lebih baik dirawat di rumah. Pelayanan yang ada sekarang yang dipandang tidak memuaskan dan perlu mendapat perhatian adalah penyediaan obat yang saat sekarang kurang lengkap dan prosedur pengambilan yang sangat rumit dan memerlukan waktu yang lama.

Dilihat dari berbagai saran yang diberikan menggambarkan bahwa keluarga lanjut usia belum memahami perubahan yang terjadi, kebutuhan lanjut usia dan belum memahami perawatan komprehensif (bio-psiko-siosio-spiritual) dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan dan kesejahteraan lanjut usia. Hal ini erat kaitannya dengan belum membudayanya dan belum melembaganya kegiatan pembinaan kesejahteraan lanjut usia di masyarakat.

Memperhatikan kebutuhan lanjut usia menyangkut Bio-Psiko-Sosial dan spiritual tersebut, menggambarkan adanya kecenderungan bahwa lanjut usia lebih mengutamakan kebutuhan "psiko-sosial dan spiritual dari pada kebutuhan biologis. Bila

dikabungkan dengan pengetahuan keluarga tentang perubahan, kebutuhan dan perawatan lanjut usia, justru keluarga lanjut usia lebih menyoroti bahwa perubahan dan kebutuhan lanjut usia pada aspek "psiko-sosial" yang lebih banyak menjadi masalah. Hal ini dapat terjadi karena baik lanjut usia maupun keluarga lanjut usia belum mempunyai pemahaman yang cukup tentang kesehatan lanjut usia. Kondisi ini dapat disebabkan karena belum berjalannya pendidikan dan penyebaran informasi tentang kesehatan lanjut usia di masyarakat. Sehingga masalah kesehatan lanjut usia menjadi sangat kompleks dan memerlukan penanggulangan secara terpadu dari berbagai sektor.

Bila permasalahan tersebut dikaitkan dengan model-model keperawatan yang sudah ada, maka model keperawatan mandiri (self care) yang dipandang paling sesuai. Dapat dikatakan demikian karena sesuai dengan tujuan akhir dari perawatan lanjut usia yaitu ; bertahannya semangat hidup, kebebasan, kemandirian dan terpenuhinya kebutuhan lanjut usia serta memperlambat terjadinya proses penuaan. Tujuan tersebut erat kaitannya dengan tugas keluarga yaitu : (1) mengenal masalah, (2) dapat mengambil keputusan untuk mengatasi masalah, (3) merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, (4) memodifikasi lingkungan agar menunjang kesehatan, dan (5) menggunakan fasilitas kesehatan secara tepat.

Akan tetapi bila kita melihat permasalahan yang terjadi pada kondisi sekarang baik pada lanjut usia maupun pada keluarga lanjut usia maka model keperawatan yang dipandang paling ideal adalah model keperawatan terintegrasi "Integrated Care". Namun demikian model ini memerlukan suatu proses dan tahapan yang sistematis serta memerlukan suatu perencanaan yang komprehensif agar dapat dilaksanakan dengan sempurna. Oleh karena

itu ada alternatif model yang lebih sederhana yang diusulkan karena dapat dilaksanakan dalam kondisi yang sesuai dengan permasalahan lanjut usia pada saat ini yaitu model keperawatan dengan penekanan pada pendidikan perawatan yang ditujukan pada keluarga lanjut usia. Model ini dapat disebut “Model Education Compensatory”. Adapun kedua model tersebut dapat dijelaskan dalam alternatif model keperawatan keluarga dengan lanjut usia sebagai berikut :

C. Alternatif Model Keperawatan Keluarga Dengan Lanjut Usia

Berdasarkan hasil penelitian tentang perubahan-perubahan dan kebutuhan lanjut usia serta pengetahuan dan sikap keluarga terhadap perawatan lanjut usia dalam keluarga dilihat dari aspek “Bio-psiko-sosial-spiritual” seperti yang diuraikan dalam bab V, maka alternatif model yang diusulkan untuk perawatan lanjut usia dalam keluarga adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Perawatan Lanjut Usia

Secara umum tujuan perawatan lanjut usia adalah :

Mempertahankan kesehatan serta kemampuan lanjut usia dengan jalan perawatan Promotive, Preventive, serta membantu mempertahankan dan membesarkan semangat hidup mereka, menolong dan merawat lanjut usia yang sakit atau mengalami gangguan tertentu, agar tetap dapat mempertahankan kebebasannya dan kemandiriannya.

2. Proses Keperawatan Lanjut Usia

Dalam memberi pelayanan keperawatan pada setiap sasaran, metode ilmiah yang dapat dipertanggung jawabkan adalah “proses keperawatan” yang terdiri dari 4 langkah yaitu :

a. Pengkajian

Yaitu suatu proses meliputi pengumpulan data yang dilakukan dengan berbagai cara dan dari berbagai sumber, analisis data dan perumusan diagnosa keperawatan.

b. Perencanaan

Yaitu suatu proses, meliputi penetapan prioritas masalah yang akan ditangani, menetapkan tujuan dan sasaran termasuk menetapkan kriteria keberhasilan baik jangka pendek, menengah maupun tujuan akhir serta menetapkan alternatif tindakan yang akan dilaksanakan

c. Pelaksanaan

Melaksanakan tindakan sesuai dengan kode etika dan kewenangan yang dimiliki, melibatkan tim kerja dan keluarganya serta klien, dengan koordinasi yang sesuai.

d. Penilaian

Yaitu suatu kegiatan mengkaji hasil atau perubahan yang diharapkan dengan jalan membandingkan hasil pelayanan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan secara periodik dan berkesinambungan dengan melibatkan tim kerja, keluarga lanjut usia dan lanjut usia. Mencari faktor penghambat dan pendukung dan menggunakan hasil penilaian tersebut untuk perencanaan selanjutnya.

3. Alternati Model Perawatan Lanjut Usia Dalam Keluarga

Mempelajari tujuan dari perawatan lanjut usia, perubahan yang terjadi pada lanjut usia, kebutuhan lanjut usia, pengetahuan dan sikap keluarga terhadap lanjut usia maka alternatif model yang diusulkan dalam perawatan lanjut usia adalah sebagai berikut :

a. Model Pendekatan Terpadu dan Perawatan Terintegrasi (Integrated Care)

Pendekatan terpadu yang dimaksudkan disini adalah perpaduan dari berbagai aspek yaitu :

1) Aspek personil

Yaitu dilaksanakan dengan kerjasama dari berbagai tenaga profesi, sesuai bidang

keilmuan yang terkait dengan masalah lanjut usia.

- 2) Aspek biaya dengan memperhatikan keterbukaan dari masing-masing sektor yang terkait
- 3) Aspek pesan dan materi pendidikan yang diberikan sesuai dengan permasalahan yang dihadapi lanjut usia dan keluarganya
- 4) Aspek pada lanjut usia yaitu personal lanjut usia secara individu yang sifatnya unik

Mengacu pada konsep bahwa manusia adalah suatu kesatuan dari "Bio-psiko-sosial-spiritual" maka pendekatan yang digunakan dalam tindakan perawatan mengacu pada konsep tersebut :

- (a) Pendekatan fisik ; dengan jalan mempelajari perubahan-perubahan yang terjadi secara fisik dengan memperhatikan kondisinya secara obyektif, kebutuhan-kebutuhan fisik, kesehatan fisik yang bisa dicegah serta perawatan fisik yang diperlukan misalnya kebersihan perorangan, mencegah peradangan, kebutuhan gerak, kebutuhan istirahat dan tidur, posisi, eliminasi, kebutuhan oxygen dan kebutuhan nutrisi dan kebutuhan pengobatan dari tenaga medis.
- (b) Pendekatan Psikis

Pendekatan ini dimaksudkan untuk mempelajari perubahan-perubahan dan pemenuhan kebutuhan psikis misalnya, rasa aman, perhatian dan kasih sayang, kebebasan melakukan kegiatan sesuai hobi yang dimiliki, kemampuan dalam mengatasi masalah dan tetap dapat merasakan kebutuhan akan suatu prestasi, daya ingat, pencapaian suatu keinginan dan kegairahan hidup dan sebagainya. Dalam hal ini perawat harus dapat menjalankan perannya sebagai

edukator, suporter, motivator, interpreter sebagai sahabat akrab yang dapat menampung segala keluhan dan curahan pendapat dan juga sebagai motivator

(c) Pendekatan sosial

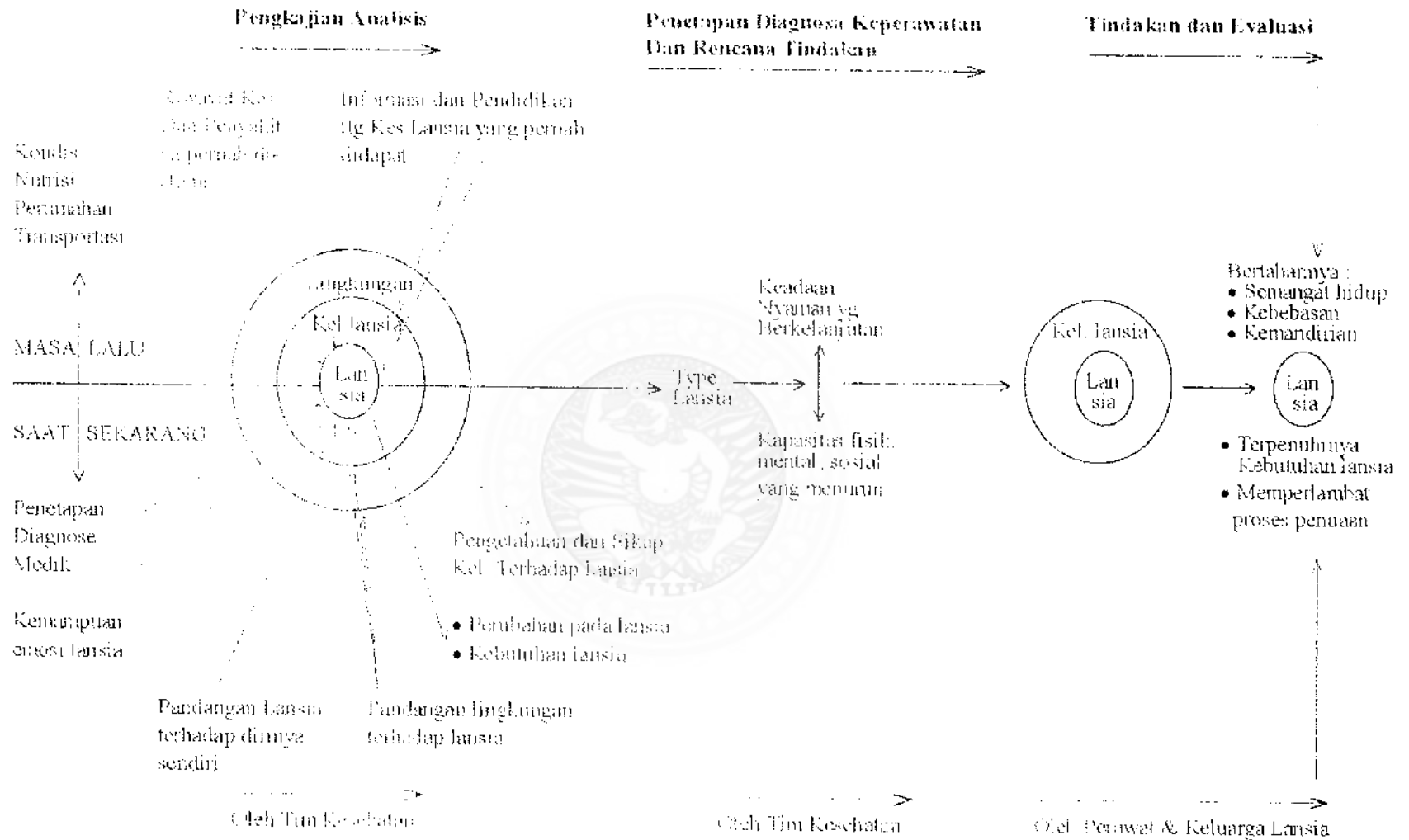
Pendekatan ini mempelajari kebutuhan sosial misalnya : kebutuhan untuk berkomunikasi, berkumpul, sosialisasi dengan keluarga dan lingkungannya termasuk teman-teman sebaya. Selain itu kebutuhan rekreasi atau mengetahui keadaan diluar rumah dengan jalan menonton televisi, mendengar radio dan sebagainya. Perawat dapat menjalankan perannya sebagai fasilitator yang memberi kemudahan dan menciptakan kondisi untuk dapat terlaksananya dan tercapainya kebutuhan tersebut.

(d) Pendekatan spiritual

Pendekatan ini dimaksudkan untuk mempelajari kebutuhan akan rasa aman dan ketenangan batin dalam menciptakan hubungannya dengan Tuhan sesuai Agama yang dianutnya. Termasuk juga pendekatan spiritual bagi lanjut usia yang menghadapi ketakutan, kegelisahan khususnya pada perawatan dalam kondisi terminal dan lanjut usia yang menghadapi kematian.

Proses Keperawatan Kesehatan Lanjut usia Dalam Keluarga dapat divisualisasikan sebagai berikut :

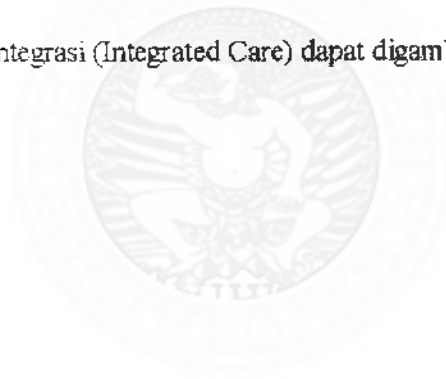
PROSES KEPERAWATAN KESEHATAN LANSIA DALAM KELURAGA



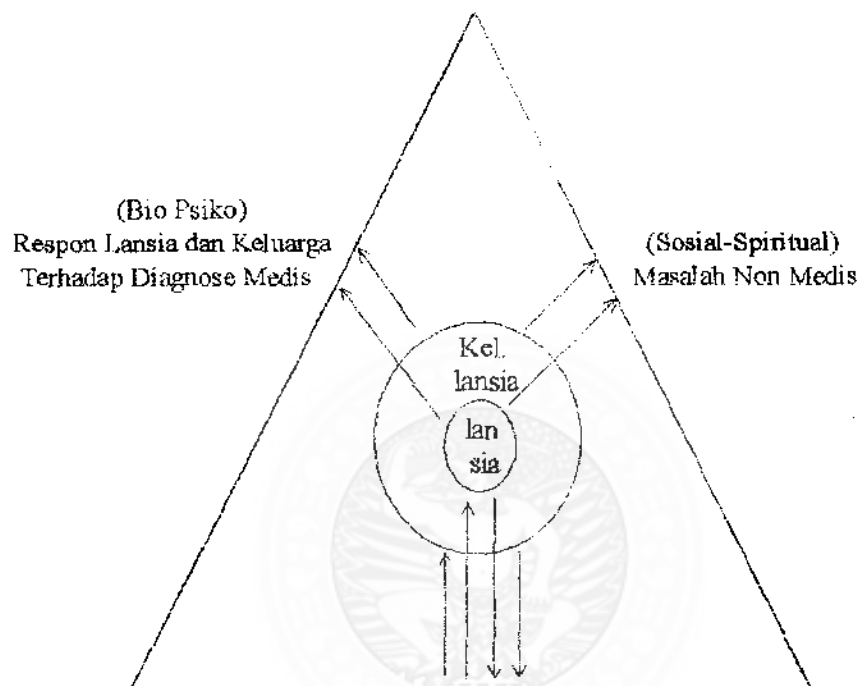
Dengan demikian dalam perawatan lanjut usia pada keluarga perawat harus dapat menjalankan berbagai peran meliputi : koordinator pelayanan, mediator, motivator, edukator dan fasilitator.

Model pendekatan “terpadu” dan tindakan perawatan “terintegrasi” (Integrated Care) adalah proses keperawatan yang dilaksanakan oleh “Tim” dengan pendekatan berbagai disiplin ilmu yang dilaksanakan oleh berbagai personel profesi dengan dana dan sarana dari berbagai sumber. Tetapi tindakan penyelesaian masalah di integrasikan dalam tindakan “intervensi” keperawatan yang dilakukan oleh perawat bersama keluarga lanjut usia. Karena menggunakan pendekatan perawatan keluarga maka dalam proses tersebut kegiatan dikoordinir oleh tenaga perawat profesional.

Metode perawatan terintegrasi (Integrated Care) dapat digambarkan sebagai berikut :



Model
Perawatan Lanjut usia Dalam Keluarga
"Integrated Care"



- Masalah Bio-Psiko-Sosial-Spiritual dituangkan dalam "Diagnose Keperawatan"
- Diatasi dengan tindakan yang diintegrasikan dalam "Intervensi Perawatan"
- Dilaksanakan oleh tim (Perawat, Non Perawat dan Keluarga) dikoordinir oleh "Perawat Profesional"

Model ini dipandang sangat ideal dan efektif tapi dalam kondisi saat ini mungkin masih perlu adanya sosialisasi dalam penerapannya, khususnya ditinjau dari segi waktu dan tenaga, maka selain model integrated care, ada model lain yang dapat diusulkan yaitu model perawatan dengan penekanan pada dukungan dan bantuan pendidikan yang

ditujukan pada “keluarga dan tindakan perawatan/intervensi keperawatan lanjut usia dilaksanakan oleh keluarga lanjut usia

- b. Model Perawatan dengan penekanan pada dukungan dan bantuan pendidikan yang ditujukan kepada keluarga lanjut usia. “Education Compensatory”

“Model Education Compensatory” adalah perawatan dimana tindakan perawatan oleh perawat ditujukan kepada keluarga lanjut usia. Kegiatan yang dilakukan adalah kegiatan educative yang bertujuan agar keluarga mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk melaksanakan perawatan lanjut usia dirumahnya sendiri.

Sasaran perawatan adalah pendidikan perawatan lanjut usia pada keluarga. Fokus pendidikan yang ditekankan pada keluarga adalah :

- 1) Aspek interpersonal yaitu keluarga mampu menciptakan hubungan baik dengan lanjut usia dan hubungan baik antar anggota dalam keluarga.
- 2) Aspek sosial yaitu keluarga mampu menciptakan kondisi agar lanjut usia dapat melakukan sosialisasi dan dapat berintegrasi secara mandiri dengan masyarakat disekitarnya.
- 3) Aspek prosedural yaitu melatih keluarga tentang dasar-dasar keterampilan untuk mengantisipasi perubahan dan bahaya potensial yang besar kemungkinan terjadi misalnya, menciptakan lingkungan yang aman dari resiko jatuh, mencari bantuan dan pertolongan yang sesuai bila terjadi sesuatu yang tidak dapat diatasi dan dapat melakukan prosedur tindakan bantuan sementara, sebelum mendapat penanganan dari tenaga profesional.
- 4) Aspek teknis yaitu mengajarkan kepada keluarga untuk melakukan tindakan perawatan dasar yang dapat dilakukan di rumah misalnya mengatur posisi tidur

agar jalan napas longgar, merawat kebersihan mulut, membantu buang air kecil (BAK) dan membuang air besar (BAB) di tempat tidur dan sebagainya.

Dalam model ini perawatan lanjut usia dirumah, tidak dilakukan oleh perawat tetapi dilakukan oleh keluarganya. Perawat dalam melaksanakan perawatan model ini lebih banyak melakukan peran sebagai edukator dan sebagai fasilitator daripada sebagai pelaksana perawatan. Model perawatan ini dipandang lebih efektif dan efisien dalam perawatan lanjut usia pada keluarga.





BAB VII
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Sesuai dengan pembahasan dari penemuan-penemuan pada Focus Group Diskusi dan In Depth Interview pada lanjut usia maupun keluarga lanjut usia, kesimpulan dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kebutuhan Usia Lanjut

a. Kebutuhan Physiological

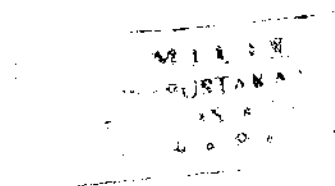
Sebagian besar menyatakan bahwa kebutuhan sandang, makan dan perumahan sudah terpenuhi. Hal ini dapat terjadi karena kurangnya pemahaman dari lanjut usia khususnya terhadap kebutuhan nutrisi sebagai upaya mempertahankan kesehatan.

Sebagian kecil menyadari adanya "kebutuhan gerak dan olah raga" akan tetapi tidak dapat menjelaskan bahwa pada lanjut usia, olah raga yang bersifat endurance dapat memperlambat proses degenerasi dan meningkatkan kemampuan penyesuaian diri dalam kesehatan jasmani.

Sebagian kecil menyatakan adanya kebutuhan seksual. Pada lanjut usia walaupun semua fungsi organ selalu mengalami penurunan, akan tetapi keadaan seksual tidak selalu menurun.

b. Kebutuhan Psiko-Sosial

Sebagian besar menyatakan kebutuhan akan bebas dari ancaman misalnya tidak sakit, aman dari kecelakaan dan termasuk bebas dari rasa tersinggung atau hal-hal yang tidak menyenangkan. Misalnya berkomunikasi dengan lanjut usia memakai kata-kata kasar, tidak sopan dan sebagainya.



Lanjut usia membutuhkan “perhatian, rasa dicintai dan dimiliki serta hubungan yang manusiawi. Hal ini merupakan “ego integrity” yaitu muara dari yang ingin dicapai oleh setiap lanjut usia. Pada saat mengalami kemunduran fisik dan merasa dekat dengan akhir hayat ; perhatian, pengakuan dan kasih sayang adalah suatu anugerah yang sangat berharga baginya.

Selain itu ; rasa berprestasi, dihormati, disegani dan memperoleh kepuasan dari hasil perjuangannya serta dapat melakukan hal-hal yang positif merupakan kebutuhan dari lanjut usia yang sehat.

Kebutuhan sosialisasi, komunikasi dan berinteraksi terutama dengan teman-temannya yang sebaya. Bila tidak ada teman sebaya kebutuhan ini dapat diperoleh dengan berinteraksi dengan anak cucunya dan dengan lingkungan sosial yang ada disekitarnya.

Ada sebagian kecil lanjut usia membutuhkan rekreasi, dalam hal ini jalan-jalan waktu pagi, mendengarkan gending-gending tradisional, berkunjung ke saudara-saudaranya adalah suatu bentuk rekreasi.

c. Kebutuhan Spiritual

Seperti dijelaskan bahwa kebutuhan utama dari lanjut usia adalah “kesehatan, ketenangan dan ibadah”. Hal ini merupakan suatu kebutuhan akan suatu kebijaksanaan yang paling tinggi/wisdom. Yaitu suatu “integritas pribadi” yang diinginkan bagi setiap lanjut usia, bila perjalanan hidup sebelumnya dapat dilalui dengan baik.

Secara keseluruhan kondisi dari lanjut usia menggambarkan sebagian besar berada pada “lingkaran kehidupan yang positif dan keberadaan yang nyaman, dan ada sebagian kecil lanjut usia berada pada “lingkaran kehidupan negatif dengan

kapasitas mental dan sosial yang menurun". Terjadinya keadaan ini tidak lepas dari kontinuitas masa lampau.

2. Pengetahuan sikap lanjut usia terhadap perawatan lanjut usia dalam keluarga

Sebagian besar keluarga lanjut usia mempunyai sikap positif dan rasa empati pada lanjut usia serta menyadari dan memahami kewajibannya untuk merawat lanjut usia. Hampir semua keluarga lanjut usia berpendapat lanjut usia lebih baik dirawat di rumah dari pada di panti dengan alasan memerlukan kasih sayang, mendapat perhatian lebih banyak dan sadar akan kewajibannya.

Sebagian besar keluarga lanjut usia belum pernah memperoleh informasi, pendidikan dan penyuluhan tentang perubahan dan kebutuhan lanjut usia dari tenaga profesional dan sebagian besar keluarga lanjut usia belum mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan dalam perawatan, kesehatan dan kesejahteraan lanjut usia dalam keluarga.

Ada perbedaan persepsi antara lanjut usia dengan keluarga lanjut usia terutama dalam hal pemenuhan kebutuhan "psiko-sosial". Hal ini merupakan masalah utama yang sebagian besar terjadi pada keluarga dengan lanjut usia. Kondisi ini dapat disebabkan karena adanya "Cognitive Dissonance" yaitu gangguan kemantapan dan sikap karena ada perbedaan antara pengetahuan yang baru dengan pengetahuan yang sudah lama dimilikinya

Sebagian keluarga lanjut usia memerlukan adanya "Sosialisasi tentang perawatan lanjut usia di masyarakat khususnya keluarga yang mempunyai lanjut usia.

Berdasarkan uraian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa : Lanjut usia maupun keluarga lanjut usia mengetahui adanya perubahan yang terjadi pada lanjut usia, akan tetapi tidak memahami proses terjadinya perubahan tersebut. Kondisi

tersebut dapat menimbulkan perbedaan persepsi dalam beberapa hal yang menunjang terjadinya masalah. Hal ini dapat terjadi karena belum memasyarakatnya undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia dan belum terlaksananya program perawatan kesehatan keluarga sebagai upaya kesehatan Puskesmas.

3. Alternatif Model Keperawatan Lanjut Usia Dalam Keluarga

Bila ditinjau dari peran dan fungsi keluarga lanjut usia, maka dari keempat model yang ada, model perawatan mandiri (*self care*) yang dipandang paling sesuai

Bila dilihat dari permasalahan lanjut usia dimasyarakat adalah sangat kompleks karena dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu sosial-budaya termasuk politik, maka diajukan suatu model yang dipandang paling ideal adalah model perawatan terintegrasi (*Integrated Care*).

Akan tetapi bila melihat bahwa permasalahan lanjut usia merupakan masalah yang sangat urgen dan perlu mendapat perhatian dini maka alternatif model yang diusulkan adalah perawatan keluarga dengan penekanan pada pendidikan kesehatan pada keluarga lanjut usia (*Educative Compensatory Care*).

B. Saran

Sesuai dengan kesimpulan tersebut beberapa saran dapat diajukan :

1. Kepada Kepala Puskesmas, diusulkan agar dalam program Perawatan kesehatan masyarakat melalui pelaksanaan perawatan kesehatan keluarga dengan tindak lanjut kasus (*Follow Up Care*) hendaknya ada target yang ditetapkan pencapaiannya untuk keluarga dengan lanjut usia.

2. Diusulkan dua model konseptual perawatan lanjut usia dalam keluarga yaitu “Integrated Care” dan “Educative Compensatory Care” untuk dapat diaplikasikan pada perawatan lanjut usia di dalam keluarga.
3. Kepada Mahasiswa Peminatan Perilaku dan Promosi Kesehatan atau Mahasiswa Sarjana Keperawatan dihimbau dapat meneliti penerapan dari model Konseptual yang diajukan ini untuk dapat diuji dan dievaluasi efektifitas dan efisiensinya guna dapat dilakukan perbaikan dan penyempurnaan.

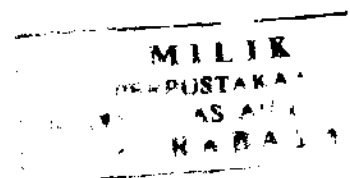


DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Azrul Azwar. 1997. *Pengantar Pelayanan Dokter Keluarga*. Jakarta : Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
- Bart Smet. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : PT. Gramedia Widia Sarana Indonesia.
- Dorothy Young Brockopp, Marie T. Hasting S - Tolsma. 1999. *Dasar-Dasar Riset Keperawatan Edisi 2*. Jakarta : EGC.
- Departemen Kesehatan R.I. 1983. *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta : Direktorat Bina Kesehatan Keluarga.
- Departemen Kesehatan R.I. 1985. *Tata Laksana Perawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Direktorat Bina Upaya Kesehatan Puskesmas.
- Departemen Kesehatan R.I. 1993. *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta : Direktorat Bina Kesehatan Keluarga.
- Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. 2000. *Kumpulan Makalah Pelatihan Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta :
- Hardywinoto, Tony Setiabudhi. 1999. *Panduan Gerontologi Tinjauan Dari Berbagai Aspek*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Hadi Setia Tunggal. 1999. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*. Jakarta : Harvarindo.
- Juniati Sahar. 1997. *Konsep Dasar Keperawatan Komunitas*. Jakarta : Pusdiknakes Depkes R.I.
- Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2000. *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2000 (Data Tahun 1999)*. Surabaya : Wasantara.net.id
- Lawrance W. Green, Marshall W. Kreuter. 1991. *Health Promotion Planning An Education and Environmental approach*. London : Mayfield Publishing Company
- Lexy. J. Moleong. 2000. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- Lu Verne Wolff, Malene H. Weitzel, Elinor V. Fuerst. 1984. *Dasar - Dasar Ilmu keperawatan*. Jakarta : Gunung Agung
- Lembaga Administrasi Negara. 1994. *Motivasi dan Hubungan Antar Manusia*. Jakarta : Deputi Bidang Diklat I.



- M. Bagus Qomeruddin. 2000. *Fokus Group Diskusi*. Surabaya : Pusat Penelitian Kependudukan dan Pembangunan Lembaga Penelitian Universitas Airlangga.
- Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan. 2000. *Bina Dik Nakes*. Edisi 35. Jakarta : PT Unggul Jaya Manunggal.
- Rika Subarniati. T., Siti Pariani, Widodo J. Pudji Rahardjo, Tjipto Suwandi Moh, Proyono Satyabhakti. 1990. *Pedoman Penulisan Skripsi*. Surabaya : Program Studi S-1 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
- Robet Priharjo. 1995. *Praktek Keperawatan Profesional*. Jakarta : EGC
- Rusdi Maslin. 1996. *Penuntun Praktis Diagnosis dan Terapi Sindroma Somatik Psikogenik*. Surabaya : RSJD Menur
- Sudarti. 1991. *Pertanyaan di Dalam Fokus Group Diskusi*. Jakarta : Pusat Kelangsungan Hidup Anak Universitas Indonesia.
- Wahyudi Nugroho. 1995. *Perawatan Usia Lanjut*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.





LAMPIRAN

PEDOMAN WAWANCARA / DISKUSI
DALAM FOKUS GROUP DISKUSI (fgd) DENGAN “LANJUT USIA”
UNTUK MENGUMPULKAN DATA “KEBUTUHAN LANJUT USIA”
(Bio-Psiko-Sosial Kultural dan Spiritual)

A. Pendahuluan

- Kami adalah tim peneliti dari “Program Magister Perilaku Dan Promosi Kesehatan Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya” (Nama : , ,)
- Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan “Lanjut Usia” kami ingin meneliti bagaimana kebutuhan para “Lanjut Usia” dan ingin mengetahui apakah ada masalah yang dirasakan dalam memenuhi kebutuhan tersebut, serta mencari masukan bagaimana caranya mengatasi masalah tersebut (bila dirasakan ada masalah)
- Untuk itu kami ingin mengajak Bapak/Ibu untuk membahas bersama berbagai kebutuhan dan masalah yang dihadapi serta upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan yang ada.
- Semua penjelasan/pendapat/masukan dari Bapak dan Ibu sangat diperlukan sebagai bahan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan lanjut usia dalam keluarga.

B. Data Dasar Responden (Lanjut Usia)

No Urut	Nomor Kode Reponden	Umur Responden	Dasar Pendidikan Responden	Pekerjaan Terakhir	Alamat Responden	Keluhan utama atau alasan utama datang berobat ke Poliklinik Geriatri RSUD R. Soetmo Surabaya
1
2
3
4
5
6
7
8

C. Pedoman Wawancara

Ada beberapa hal yang perlu kita bahas bersama, antara lain sebagai berikut :

1. Menurut pendapat Bapak/Ibu, umur berapa tahun, seseorang dikatakan "lanjut usia"
2. Secara umum/pandangan masyarakat luas, kebutuhan hidup seseorang meliputi : kebutuhan sandang, pangan, dan papan.

Bagaimana menurut pandangan Bapak/ibu mengenai kebutuhan tersebut pada usia sekarang

3. Selain tiga jenis kebutuhan tersebut, apakah ada kebutuhan yang lain yang juga termasuk dalam kebutuhan utama, khususnya bagi yang telah berumur seperti Bapak Ibu sekarang.
4. Menurut pendapat Bapak/Ibu, berdasarkan kebutuhan tersebut "diatas/tadi".

Seberapa besar kebutuhan itu sudah terpenuhi.

- a. Kebutuhan Sandang,
- b. Kebutuhan Papan,
- c. Kebutuhan Pangan,
- d.
- e.

5. Kalau ada yang “belum terpenuhi” faktor-faktor apa yang menurut Bapak/Ibu sebagai penyebab belum/tidak terpenuhinya kebutuhan tersebut .
- a. Kebutuhan Sandang,
 - b. Kebutuhan Papan,
 - c. Kebutuhan Pangan,
 - d.
 - e.
6. Bagaimana menurut pendapat Bapak/Ibu untuk mengatasi sehubungan dengan faktor penyebab tersebut
- a. Kebutuhan Sandang,
 - b. Kebutuhan Papan,
 - c. Kebutuhan Pangan,
 - d.
 - e.
7. Menurut yang Bapak/Ibu alami atau rasakan bagaimana pandangan anggota keluarga (anak, cucu/orang-orang yang tinggal dalam satu rumah), terhadap keberadaan Bapak/Ibu dalam usia lanjut seperti sekarang
8. Menurut yang Bapak/Ibu rasakan atau alami bagaimana pandangan dari lingkungan (tetangga, teman dekat/orang-orang yang ada disekitar tempat tinggal) terhadap peran dan keberadaan Bapak/Ibu dalam kondisi lanjut usia seperti sekarang.
9. Tambahkan pengetahuan apa saja yang pernah Bapak/Ibu dapatkan (kursus, ceramah atau membaca buku, seminar dan sebagainya) tentang kesehatan pada lanjut usia.
10. Bagaimana penjelasan dari dokter atau petugas kesehatan yang lain tentang kondisi kesehatan Bapak/Ibu pada saat sekarang.
11. Bagaimana menurut pendapat Bapak/Ibu keberadaan (kondisi fisik, mental, sosial, kebugaran badan, perasaan aman dan nyaman, serta hubungan dengan sesama dalam keluarga maupun diluar rumah).

12. Bagaimana pendapat Bapak/ibu tentang pemenuhan kebutuhan ibadah (kebutuhan spiritual) yang telah dilakukan selama ini setelah memasuki lanjut usia.

13. Saran apa yang Bapak/Ibu dapat berikan kepada pengambil keputusan dalam penanggulangan kesejahteraan lanjut usia sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjut usia dalam keluarga.

Terima kasih atas semua pemikiran, pendapat dan penjelasan yang telah Bapak/Ibu berikan, informasi ini sangat berharga bagi kami dan bagi kita serta bagi program kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan lanjut usia dalam keluarga.

Kami sampaikan semoga senantiasa sehat dan sejahtera.



**PEDOMAN WAWANCARA / DISKUSI
DALAM FOKUS GROUP DISKUSI (FGD) DENGAN “KELUARGA LANJUT USIA”
UNTUK MENGUMPULKAN DATA “PENGETAHUAN DAN SIKAP
KELUARGA LANJUT USIA”**

A. Pendahuluan

- Kami adalah tim peneliti dari “Program Magister Perilaku Dan Promosi Kesehatan Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya” (Nama : ; ;)
- Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan “Lanjut Usia” kami ingin meneliti bagaimana pengetahuan dan sikap para “keluarga lanjut usia” tentang kebutuhan lanjut usia serta pemenuhan kebutuhan tersebut pada perawatan lanjut usia di keluarga.
- Untuk itu kami ingin mengajak Bapak/Ibu membahas bersama berbagai kebutuhan dan masalah yang dihadapi lanjut usia serta upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut khususnya pada perawatan lanjut usia di keluarga
- Semua penjelasan/pendapat/masukan dari Bapak dan Ibu sangat diperlukan sebagai bahan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pelayanan perawatan kesehatan lanjut usia dalam keluarga.

B. Data Dasar Responden (Keluarga Lanjut Usia)

No Urut	Nomor Kode Reponden	Umur Responden	Dasar Pendidikan Responden	Pekerjaan Terakhir	Alamat Responden
1
2
3
4
5
6
7
8

C. Pedoman Wawancara

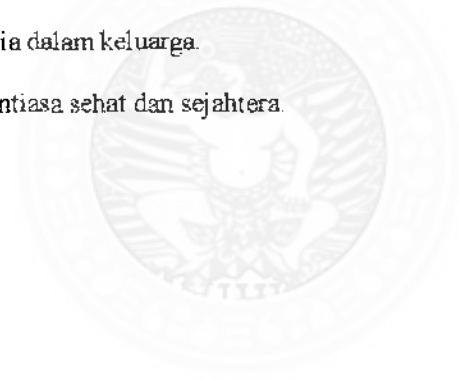
Ada beberapa hal yang perlu kita bahas bersama, antara lain sebagai berikut :

1. Menurut pendapat Bapak/Ibu, umur berapa tahun , seseorang dikatakan “lanjut usia”
2. Perkembangan ilmu dan teknologi serta arus informasi dapat membawa perubahan pola hidup dalam masyarakat dan perubahan pola hidup dalam keluarga. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang perawatan lanjut usia dan panti.
3. Menurut pendapat Bapak/Ibu bagaimana perbedaan kebutuhan hidup lanjut usia dengan kebutuhan orang dewasa yang masih dalam usia produktif.
4. Dalam pertumbuhan dan perkembangannya mulai dari kehidupan bagi anak usia sekolah, usia remaja, usia dewasa dan lanjut usia akan selalu mengalami perubahan. Menurut yang Bapak/Ibu ketahui perubahan-perubahan apa saja yang terjadi pada lanjut usia..
5. Dalam perawatan lanjut usia pada keluarga, hal-hal apa yang harus diperhatikan untuk memenuhi kebutuhannya sehubungan dengan perubahan-perubahan yang terjadi.
6. Dalam perawatan lanjut usia di keluarga bagaimana caranya Bapak/Ibu mengatur dana, sarana dan waktu untuk memenuhi kebutuhan “lanjut usia”

7. Apa saja yang Bapak/Ibu gunakan sebagai rujukan/pedoman untuk bisa merawat lanjut usia secara sempurna.
8. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang perhatian petugas kesehatan terhadap kesehatan lanjut usia pada saat sekarang.
9. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang perhatian lingkungan (tetangga, teman dekat) terhadap keberadaan lanjut usia pada saat ini.
10. Saran apa yang Bapak/Ibu dapat berikan kepada pengambil keputusan dalam penanggulangan kesejahteraan "lanjut usia" sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjut usia dalam keluarga.

Terima kasih atas semua pemikiran, pendapat dan penjelasan yang telah Bapak/Ibu berikan, informasi ini sangat berharga bagi kami dan bagi kita serta bagi program kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan lanjut usia dalam keluarga.

Kami sampaikan semoga senantiasa sehat dan sejahtera.



Surat Persetujuan
Pernyataan Lanjut Usia/Pasien
Pernyataan Keluarga Lanjut Usia/Saksi

Penelitian “kebutuhan lanjut usia” dan “pengetahuan dan sikap keluarga lanjut usia” tentang Perawatan Lanjut Usia Dalam Keluarga.

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

Saya telah mendapat informasi yang cukup mengenai tujuan dan prosedur penelitian ini.

Saya telah memutuskan untuk ikut serta berpartisipasi dan mengikuti aturan dalam penelitian ini.

Saya menyatakan dengan sukarela untuk bersedia diwawancarai dalam penelitian ini.

Saya mengetahui bahwa saya dapat menarik diri dari penelitian ini setiap saat jika saya menghendaki, tanpa alasan tertentu.

Catatan lanjut usia/pasien :

Tanggal	Nama lanjut usia/pasien	Tanda Tangan

Catatan keluarga lanjut usia/pasien :

Tanggal	Nama keluarga lanjut usia/pasien	Tanda Tangan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa saya telah memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur dari penelitian ini dan telah memberikan satu perangkat keterangan untuk lanjut usia/pasien dan keluarga lanjut usia/saksi.

Tanggal	Nama Peneliti/Pewawancara	Tanda Tangan

**PENILAIAN AFGAR KELUARGA
UNTUK TINGKAT KESEJAHTERAAN KESEHATAN KELUARGA**

1. Nomor Kode Responden :
2. Dasar Pendidikan Responden :
3. Alamat Responden :
- Nomor Telepon :

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			Ket.
		Sering/Selalu	Kadang-kadang/ Pernah	Jarang/ Tidak	
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali kepada keluarga saya, bila saya menghadapi masalah				
2.	Saya puas dengan cara-cara keluarga saya membahas serta membagi masalah dengan saya				
3.	Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya melaksanakan kegiatan dan ataupun arah hidup yang baru				
4.	Saya puas dengan cara-cara keluarga saya menyatakan rasa kasih sayang dan menanggapi emosi				
5.	Saya puas dengan cara-cara keluarga saya membagi waktu bersama				

..... 2001

.....
(Nama & Tanda Tangan)

Gambaran Umum Keadaan Poliklinik Geriatri

RSUD Dr. Soetomo Surabaya



Pembicaraan Dengan Anggota Tim Peneliti Untuk Menetapkan Informan / Responden

Sesuai Nomor Urut Kehadiran, Yang Akan Disertakan Dalam

Focus Group Diskusi (FGD)



Fokus Group Diskusi (FGD) Dengan Lansia di Poliklinik Geriatri



Pembahasan Hasil FGD Dengan Tim Peneliti Pada Setiap Akhir Diskusi



MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Kunjungan Rumah Untuk Melakukan "In Depth Interview"

Dengan Lansia dan Keluarga Lansia



In Depth Interview Dengan Lansia di Rumah Lansia



In Depth Interview Dengan Keluarga Lansia di Rumah Lansia

