**SKRIPSI**

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA DENGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN PADA LANSIA DENGAN DEMENSIA DI WILAYAH KERJA**

**PUSKESMAS LASI, JORONG SERATUS JANJANG,**

**KECAMATAN CANDUANG, KAB. AGAM**

**TAHUN 2016**

**Penelitian Keperawatan komunitas**

****

**Oleh :**

**ZULKIFLI**

**NIM: 11103084105059**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS SUMATERA BARAT**

**TAHUN 2015**

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA DENGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN PADA LANSIA**

**DENGAN DEMENSIA DI WILAYAH KERJA**

**PUSKESMAS LASI, JORONG SERATUS JANJANG, KECAMATAN CANDUANG, KAB. AGAM**

**TAHUN 2016**

**Penelitian Keperawatan komunitas**

**SKRIPSI**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh**

**Gelar Sarjana Keperawatan**

****

**Oleh :**

**ZULKIFLI**

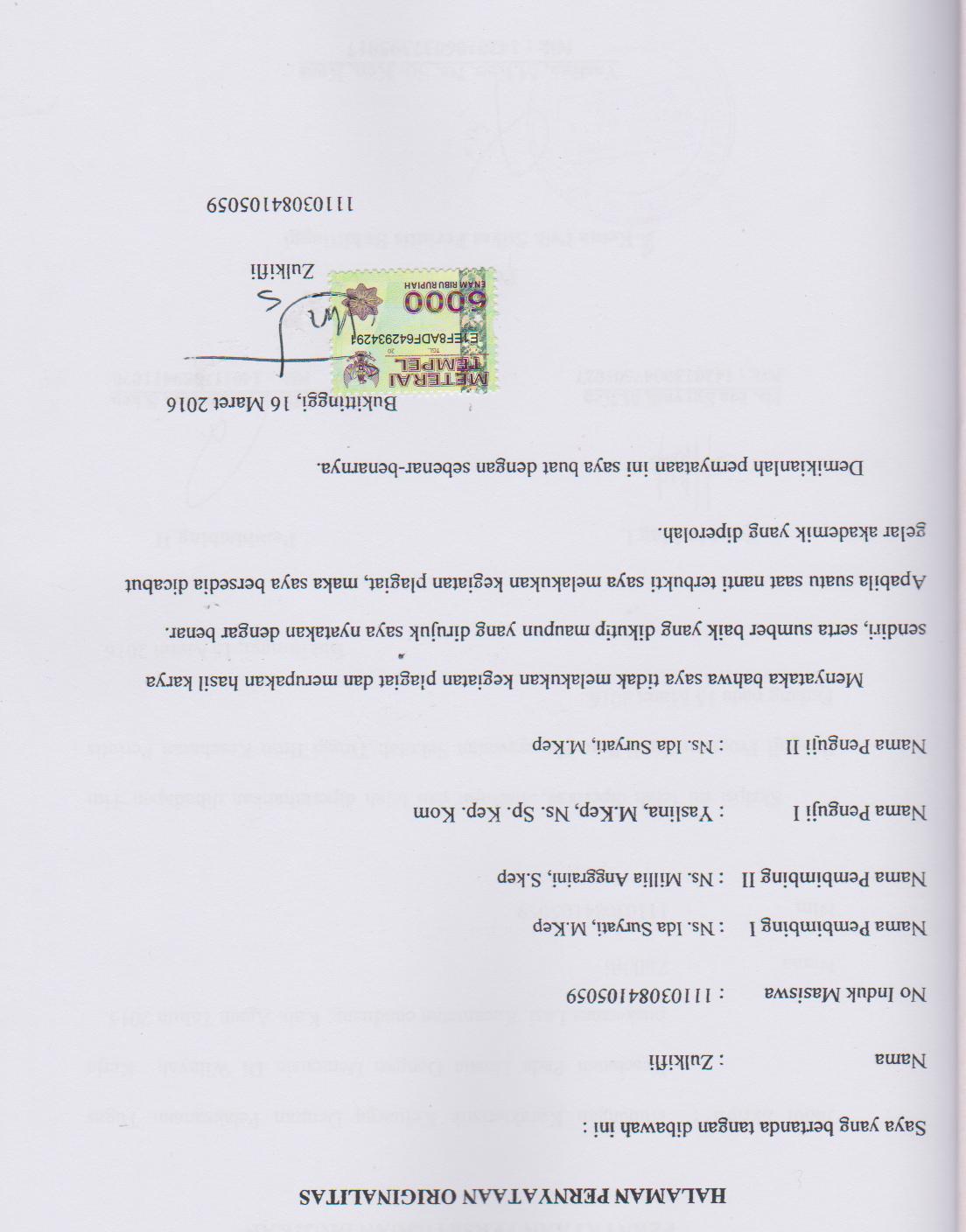
**NIM: 11103084105059**

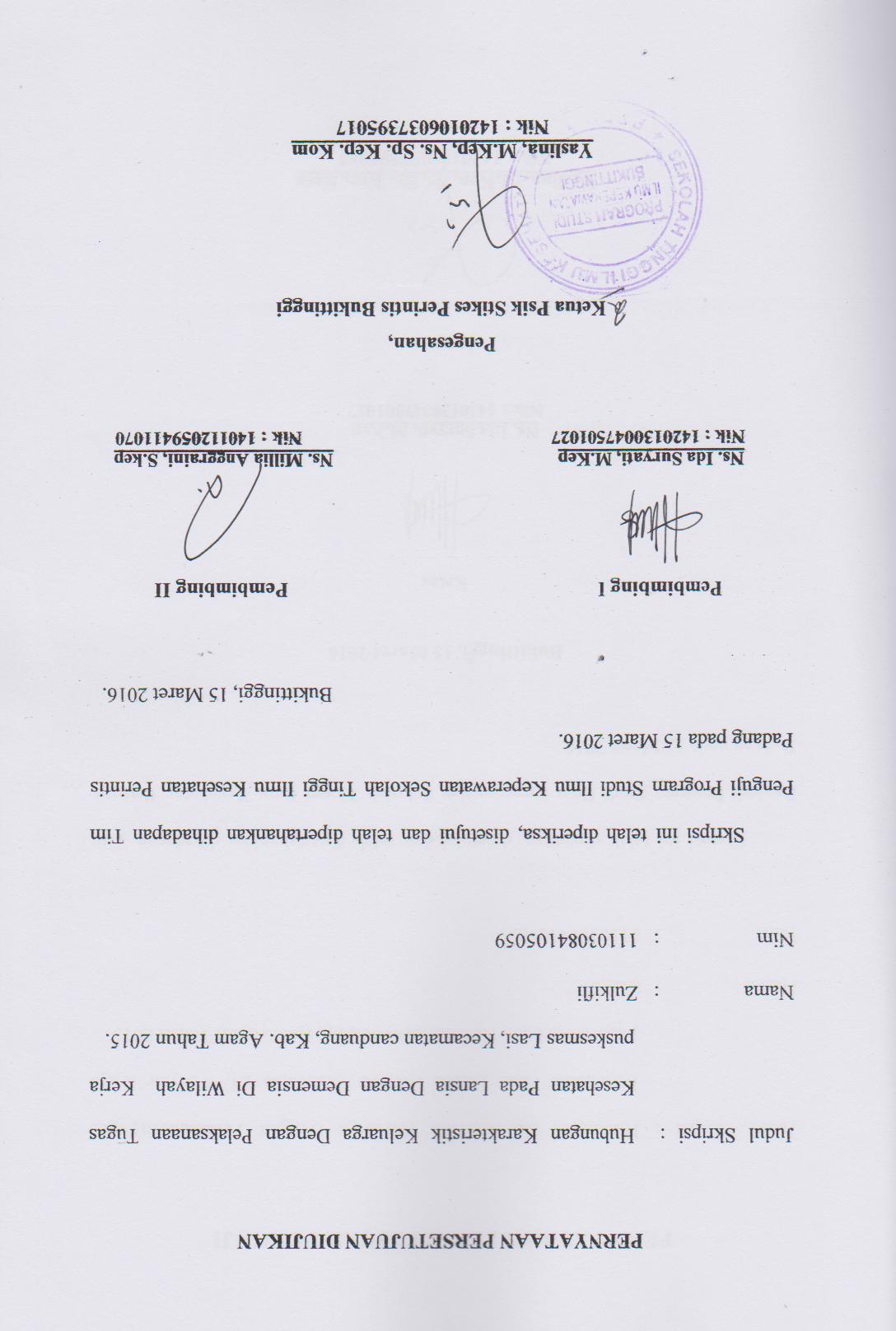
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

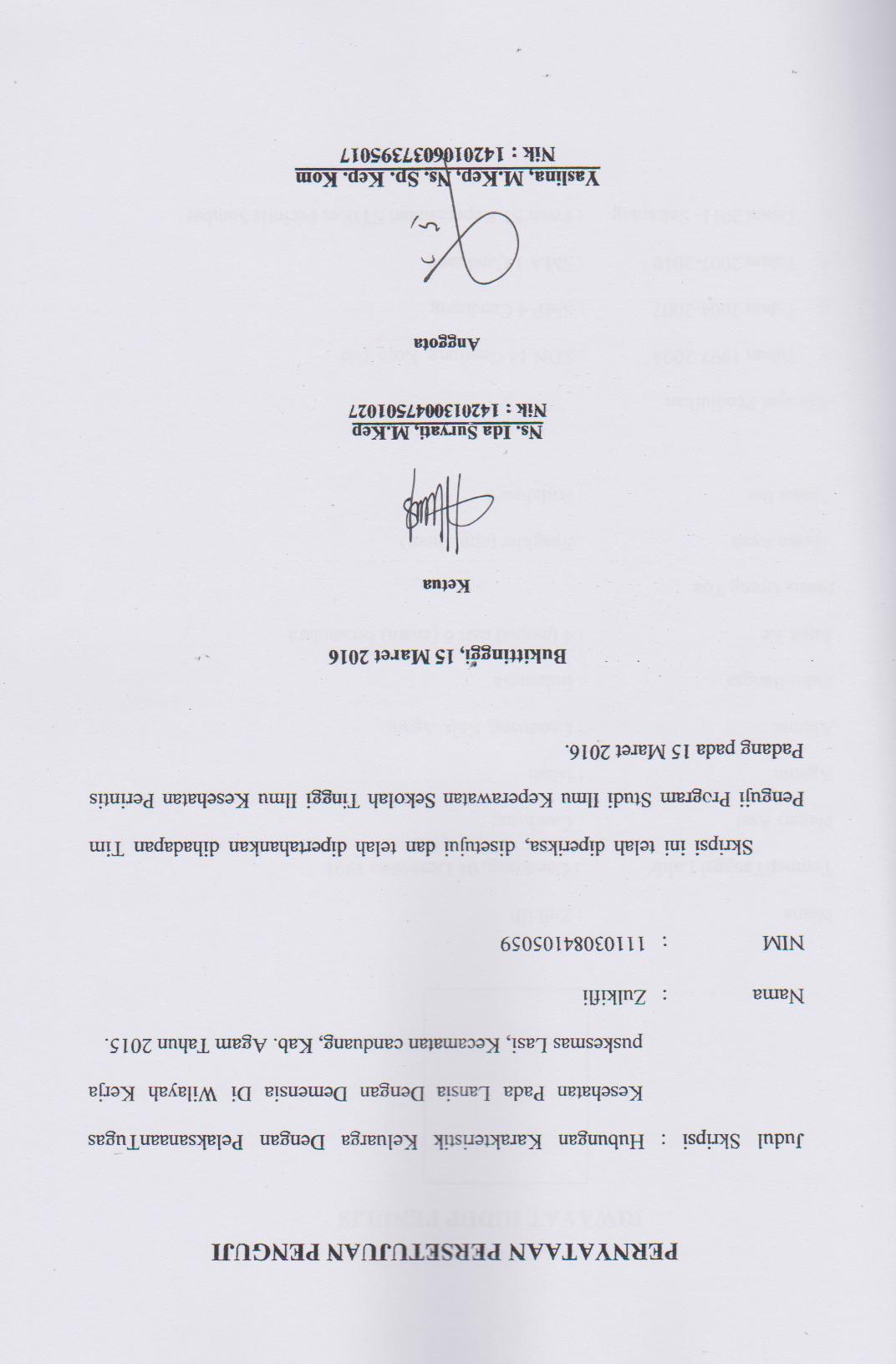
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS SUMATERA BARAT**

**TAHUN 2015**

****

****

****

**RIWAYAT HIDUP PENULIS**

Nama : Zulkifli

Tempat/Tanggal Lahir : Canduang, 04 Desember 1991

Negeri Asal : Canduang

Agama : Islam

Alamat : Canduang, Kab. Agam

Suku Bangsa : Indonesia

Anak Ke : 4 (empat) dari 6 (enam) bersaudara

Nama Orang Tua

Nama Ayah : Syaghiar (almarhum)

Nama Ibu : Afdalwarti

Riwayat Pendidikan

1. Tahun 1997-2004 : SDN 14 Gantiang, Koto Tuo
2. Tahun 2004-2007 : SMP 4 Canduang
3. Tahun 2007-2010 : SMA 1 Canduang
4. Tahun 2011- Sekarang : Prodi S1 Keperawatan STIKes Perintis Sumbar

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**Skripsi, Maret 2016**

**ZULKIFLI**

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA DENGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN PADA LANSIA DENGAN DEMENSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMASLASI, KECAMATAN CANDUANG, KAB. AGAM TAHUN 2015**

VII + BAB VI + 65 Halaman : 5 Tabel, 2 bagan ,4 lampiran

**ABSTRAK**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat. Masalah pelaksanaan tugas kesehatan lansia dengan demensia ,anggota keluarga saling terkait dengan berbagai masalah anggota keluarga lainnya, jika ada satu anggota keluarga yang bermasalah kesehatannya pasti akan mempengaruhi pelaksanaan dari fungsi-fungsi keluarga tersebut. Keluarga merupakan wadah bagi lansia dalam memenuhi seluruh kebutuhannya dan sebagian besar lansia hidup dalam keluarga. Lansia yang ada, tinggal institusi dan selebihnya mayoritas atau sebesar 85% lansia tinggal bersama. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia diwilayah Puskesmas Lasi, Kecamatan Canduang, Kab.Agam 2015. Metode penelitian ini menggunakan desain *Deskriptif corelatif dengan* jumlah sample 13 responden diambil dengan teknik *total sampling*. Pengumpulan data di penelitian ini menggunakan data primer, di analisis dengan univariat menggunakan table distribusi frekuensi dan bivariat menggunakan uji *chi scuare*. Hasil penelitian ini yang tidak melakukan tugas dan yang melaksanakan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia tidak ada hubungan antara etnis dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia diwilayah puskesmas lasi tahun 2016 ( p = 1,000). Dan ada hubungan antara tipe keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia di wilayah kerja puskesmas lasi, kecamatan canduang, kab. agam tahun 2016 ( p = 0,010 ).Kepada pihak puskesmas lasi di Kecamatan Canduang Kab. Agam dharapkan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dengan mengenal masalah kesehatan keluarga dengan mengambil keputusan yang tepat pada keluarga dengan memberikan perawatan keluarga dan keluarga tersebut dapat memamfaatkan lembaga kesehatan di Kabupaten Agam ataupun dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang kesehatan lansia.

**Kata kunci : lansia demensia, Karakteristik keluarga, , Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga.**

**Daftar bacaan : 32 ( 1998-2016)**

***COLLEGE OF HEALTH SCIENCES PIONEERS PADANG***

***Thesis, March 2016***

***ZULKIFLI***

***CHARACTERISTICS OF RELATIONSHIP WITH FAMILY HEALTH TASK IN ELDERLY WITH DEMENTIA IN THE WORK PUSKESMASLASI, DISTRICT CANDUANG, KAB. AGAM 2015***

*VII + CHAPTER VI + 65 Page: 5 tables, 2 charts, 4 attachments*

***ABSTRACT***

*The family is the smallest unit of society. Execution of tasks elderly health problems with dementia, family members interconnected with various problems other family members, if there is one family member was troubled health will certainly affect the implementation of the functions of the family. The family is an institution for the elderly to meet all their needs and most of the elderly living in the family. Elderly existing institutions stay and rest the majority or 85% of the elderly live together. The purpose of this study to determine the relationship of the family with the implementation of the tasks characteristic of health in the elderly with dementia region Puskesmas Lasi, District Canduang, Kab.Agam 2015. This research method using descriptive design corelatif with sample number 13 respondents taken with total sampling technique. Collecting data in this study using primary data was analyzed using univariate and bivariate frequency distribution table using chi scuare. The results of this study are not doing your duty, and the duty of health in the elderly with dementia there is no relationship between ethnicity with the implementation of the tasks of health in the elderly with dementia health centers in the region have moved in 2016 (p = 1.000). And there is a relationship between family type with the implementation of the tasks of health in the elderly with dementia in the working area health centers have moved, district canduang, kab. agam 2016 (p = 0.010) .Kepada the clinic have moved in District Canduang Kab. Agam dharapkan can increase family knowledge by learning about family health issues by taking the right decisions in the family by providing family care and family health agencies can capitalize upon in Agam, or can increase family knowledge about the health of the elderly.*

***Keywords: Characteristics families, Elderly dementia, Implementation family health,***

***The reading list: 32 (1998-2016)***

**KATA PENGANTAR**

****

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi penelitian ini yang berjudul **“Hubungan Karakteristik Keluarga Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016“**. Skripsi penelitian ini diajukan untuk menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan. Dalam penyusunan skripsi penelitian ini, peneliti banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini, peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M. Biomed yang selaku Ketua STIKes Perintis Sumbar.
2. Ibu Ns. Yaslina, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar.
3. Bapak Ns. Ida Suryati M.kep selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
4. Ibu Ns. Millia Angraini, S.kep selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta dorongan dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
5. Ibu Ns. Yaslina, M.Kep, Sp.Kep.Kom selaku penguji I yang telah berkenan memberikan saran, kritikan serta masukan yang bersifat membangun saat ujian maupun dalam memperbaiki skripsi penelitian ini.
6. Bapak dan Ibu dosen serta staf Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuannya, masukan, saran serta dukungan yang berguna dalam menyusun skripsi ini.
7. Bapak dan Ibu Staff Puskesmas yang telah banyak meluangkan waktunya dalam membimbing dan membantu dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
8. Terima kasih kepada Ayah, Ibu, abang, uni, adik-adikku sekeluarga serta sahabat spesialku, yang selalu memberikan dukungan baik secara moril maupun secara materil serta do’a dan kasih sayangnya sehingga peneliti lebih semangat dalam menyelesaikan skripsi penelitian ini.
9. Teman-teman Mahasiswa/i Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar angkatan ke lima yang banyak membantu serta memberikan masukan dalam menyelesaikan skripsi penelitian ini.

Peneliti dengan senang hati menerima saran serta kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan dalam penulisan skripsi dimasa yang akan datang. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan. Amin...

Bukittinggi, Maret 2016

Peneliti

**DAFTAR ISI**

*Halaman*

**HALAMAN JUDUL i**

**PERNYATAAN ii**

**KATA PENGANTAR iii**

**DAFTAR ISI `iv**

**DAFTAR TABEL v**

**DAFTAR GAMBAR vi**

**DAFTAR LAMPIRAN vii**

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang Masala 1
  2. Rumusan Masalah 5
  3. Tujuan Penelitian 5
     1. Tujuan Umum 5
     2. Tujuan Khusus 6
  4. Manfaat Penelitian 6
     1. Peneliti 6
     2. Institusi Pendidikan 6
     3. Lahan 7

1.5 Ruang Lingkup Penelitian 7

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Karakteristik Keluarga 8

2.1.1 Defenisi Keluarga 8

2.1.2 Tugas Kesehatan Keluarga 8

2.1.3 Karakteristik Keluarga 11

2.1.4 Fungsi Keluarga 17

2.1.5 Peran Keluarga 18

2.1.6 Tipe Keluarga 19

2.2 Konsep Lansia 20

2.2.1 Defenisi Lansia 20

2.2.2 Batasan Lansia 22

2.2.3 Proses Menua 23

2.2.4 Karakteristik Lansia 25

2.2.5 Perubahan yang terjadi pada lansia 27

2.3 Konsep Demensia 32

2.3.1 Defenisi Demensia 32

2.3.2 Stadium Demensia 34

2.3.3 Penyebab Demensi 36

2.4 Kerangka Teori 37

**BAB III KERANGKA KONSEP**

3.1 Kerangka Konsep 38

3.2 Defenisi Operasional 40

3.3 Hipotesa 41

**BAB IV METODE PENELITIAN**

4.1 Disain Penelitian 42

4.2 Tempat Dan Waktu Penelitian 42

4.3 Populasi Dan Sampel 42

4.4 Pengumpulan Data 43

4.5 Cara Pengolahan dan Analisa Data 44

4.6 Etika Penelitian 48

**BAB V Hasil Penelitian**

5.1 Hasil Penelitian 50

5.2 Analisa Univariat 51

5.3 Analisa Bivariat 52

5.4 Pembahasan 55

5.5 keterbatasan peneliti 63

**BAB VI PENUTUP**

6.1 Kesimpulan 64

6.2 Saran 65

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

Tabe l3.2 Defenisi Operasional. 40

Tabel 5.1 Mengidentifikasi Etnis Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus, Kecamatan Canduang, Kab. AgamTahun 2016 51

Tabel 5.2 Mengidentifikasi Tipe Keluarga Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016 51

Tabel 5.3 Mengindentifikasi Pelaksanaan Tugas Kesehatan Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus, Kecamatan Canduang, Kabupaten Agam Tahun 2016 52

Tabel 5.4 Menganalisis Hubungan Etnis Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Kecamatan Canduang, Kabupaten Agam, Tahun 2016 53

Tabel 5.5 Menganalisis Hubungan Tipe Keluarga Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kabupaten Agam,Tahun2016 54

**DAFTAR SKEMA**

Skema 2.1Kerangka Teori 37

Skema 3.1Kerangka Konsep 36

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Format Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Lembar Identitas Responden

Lampiran 4 Lembar Ceklist

Kuesioner Penelitian

Prosedur Penyuluhan

Lembar Konsultasi

Surat Izin Penelitian

Surat Izin Pengambilan Data Awal

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Sesuai dengan data dari BPS Provinsi Sumatera Barat, jumlah penduduk Provinsi Sumatera Barat pada tahun 2012 tercatat sebesar 4.904.460 jiwa, dengan tingkat kepadatan 115 jiwa per km2. Kepadatan penduduk Provinsi Sumatera Barat tidak merata, kepadatan penduduk tertinggi adalah di Kota Bukittinggi dengan kepadatan penduduk 4.500 jiwa/km2. Komposisi penduduk Provinsi Sumatera Barat menurut kelompok umur, menunjukkan bahwa penduduk yang berusia muda (< 15 tahun) sebesar 31,9 %, yang berusia produktif (15-64 tahun) sebesar 62,4 % dan yang berusia tua (> 65 tahun) sebesar 5,6 %. (Depkes RI, 2012).

Jumlah lanjut usia (lansia) sekarang ini semakin meningkat. Hal ini tidak hanya terjadi di negara-negara maju, tetapi di Indonesia pun terjadi hal yang serupa. Saat ini di Indonesia terdapat sekitar 10 juta orang yang berusia di atas 65 tahun (7,79 % dari seluruh jumlah penduduk). Bahkan Indonesia termasuk salah satu negara, yang jumlah penduduk lansianya bertambah paling cepat di Asia Tenggara (Versayanti, 2008).

Menurut Miller (1995) dalam Ramlah (2011), perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia baik perubahan fisiologik maupun psikososial menyebabkan lansia mengalami kelemahan dan keterbatasan fungsi. Adanya kelemahan dan keterbatsan yang dialami akan menimbulkan dampak pada lansia yaitu berupa perubahan yang terjadi. Beberapa masalah yang berhubungan dengan lansia menimbulkan lebih banyak ketakutan pada lansia itu sendiri dan frustasi di kalangan pemberi perawatan jika dibandingkan dengan masalah konfusi akut. Lansia ketakutan akan kehilangan kendali atas dirinya sendiri dan keinginan pada saat ingatannya tidak lagi mampu berfungsi seperti biasanya. Pemberi perawatan menjadi frustasi pada saat lansia kehilangan kemampuannya untuk berfikir, berkomunikasi dengan pola yang terbentuk sebelumnya, dan melakukan *Aktifitas Kehidupan Sehari-hari* (AKS). (Stanley : 2006).

1

Demensia adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kerusakan fungsi koknitif global yang biasanya bersifat progresif dan mempengaruhi aktivitas sosial dan okupasi yang normal juga *Aktifitas Kehidupan Sehari-hari* (AKS). Penyakit yang meningkatan gejala demensia antara lain adalah penyakit Alzheimer, masalah vaskuler seperti demensia multi infark, hidrosefalus, tekanan normal, penyakit Parkinson, alkoholisme kronis, penyakit Huntington, dan *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS). Sedikitnya setengah dari seluruh penghuni panti jompo menderita demensia. Diperkirakan bahwa 4 juta penduduk Amerika menderita penyakit Alzheirmer dan pada tahun 2050 akan ada 14 juta orang di Amerika Serikat yang menderita penyakit tersebut. (Nugroho, 2006)

Menurut Nugroho (2000), lanjut usia yang mengalami demensia dengan gejala umum yaitu kurang atau hilangnya perhatian diri, keluarga atau lingkungan. Oleh karenanya, dalam menghadapi permasalahan di atas beruntunglah lansia yang masih memiliki keluarga. Keberadaan anggota keluarga seperti anak, cucu, cicit maupun sanak saudara yang lain yang masih memperhatikan, membantu (*care*) dan peduli dengan permasalahan yang dihadapi lansia. Namun bagi lansia yang hidup sendiri, telah kehilangan pasangan, memiliki pasangan tapi tidak mepunyai anak, berada jauh dari anak rantauan akan membuat lansia merasa kesepian, sendiri, dan tidak ada perhatian dari lingkungan.

Menurut Darmawan *cit.* Indati (2003) terdapat masalah pokok psikologis yang dialami oleh para lansia. Pertama adalah masalah yang disebabkan oleh perubahan hidup dan kemunduran fisik yang dialami oleh lansia. Kedua, lansia yang sering mengalami kesepian yang disebabkan oleh putusnya hubungan dengan orang-orang yang paling dekat dan disayangi. Ketiga, *post power syndrome*, hal ini banyak dialami lansia yang baru saja mengalami pensiun, kehilangan kekuatan, penghasilan dan kebahagiaan. Berdasarkan masalah psikologis yang dialami lansia, lansia memerlukan peranan keluarga yang diharapkan dapat mensejahterakan dukungan dan kehidupan lansia.

Keluarga merupakan konsep yang universal, bagi setiap kelompok etnik, keluarga pada umumnya adalah sistem pendukung yang paling penting untuk lansia. Lebih jauh lagi, keluarga memberikan konteks sosial saat terjadinya penyakit dan bagaimana penyakit tersebut diatasi, konsekuensinya, keluarga bertindak sebagai suatu unit utama di dalam pelayanan perawatan kesehatan. (Stanley : 2006).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat. Masalah kesehatan anggota keluarga saling terkait dengan berbagai masalah anggota keluarga lainnya, jika ada satu anggota keluarga yang bermasalah kesehatannya pasti akan mempengaruhi pelaksanaan dari fungsi-fungsi keluarga tersebut. (Setiadi, 2008). Keluarga merupakan wadah bagi lansia dalam memenuhi seluruh kebutuhannya dan sebagian besar lansia hidup dalam keluarga. Sejumlah 6% dari semua lasia yang ada, tinggal institusi dan selebihnya mayoritas hidup dalam keluarga atau sebesar 85% lansia tinggal bersama keluarga (Ebersole & Hess, 2004 dalam Allender & Spradley, 2005: McMurray, 2003). Negara-negara di Asia seperti Jepang, China, Singapure, Malaysia, Indonesia, Thailand, dan Philipina, keluarga merupakan institusi social tradisional yang menyiapkan pelayanan untuk lansia. Keluarga dapat memberikan lingkungan yang akrab, kasih saying dan adanya perasaan diburuhakan pada lansia (sahar,2004). Hal yang dilakukan keluarga dengan tidak menempatkan lansia dipanti wredha merupakan bentuk penghargaan keluarga pada lansia sebagai tokoh yang telah berjasa.

Keluarga merupakan sumber daya penting dalam pemberian layanan kesehatan, baik bagi individu maupun keluarga. Keluarga merupakan sebuah jaringan yang erat hubungannya, sebuah jaringan interdependen yang anggotanya akan saling mempengaruhi (Frriedman, Bowden & Jones, 2003). Peran dan pelaksanaan tanggung jawab keluarga sangat mempengaruhi kondisi keluarga, sesuai dengan tumbuh kembang seluruh anggota keluarga, termasuk pemenuhan kebutuhan kesehatan.

Menurut Freeman dan Hemrich (1981) serta Depkes (2006) bahwa tugas kesehatan keluarga terdiri dari keluarga mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarga, keluarga mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, keluarga merawat anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, keluarga memodifikasi lingkungan yang menguntungkan kesehatan dan keluarga mengunakan fasilitas kesehatan. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga akan diukur melalui indicator tingkat kemandirian keluarga yakni keluarga mandiri tingkat pertama sampai keluarga mandiri tingkat empat.

Walaupun sudah lebih dari separuh abad penelitian telah menunjukkan bahwa pola penuaan bervariasi secara dramatis di antara budaya yang berbeda, tetapi hanya baru-baru ini perhatian yang serius diberikan kepada bagaiman faktor budaya mempengaruhi pengalaman penuaan pada lansia dengan demensia di Amerika Serikat. Di Amerika Serikat, konfigrasi geografis lansia sangat kompleks; walaupun demikian, pola konsentrasi berdasarkan kelompok etnik dapat diidentifikasi. (Stanley: 2006).

Data dari Puskesmas Lasi, Kecamatan Canduang, Kab.Agam. didapatkan jumlah keluarga yang memiliki lansia menderita demensia 45 KK. Dengan jumlah laki-laki 21 orang dan perempuan sebanyak 24 orang. Di tandai dengan pasien sering lupa dengan sebagian anggota keluarganya, Kesulitan menemukan atau menyebutkan kata yang tepat, lupa cara menggunakan benda biasa dan sederhana, seperti pensil.

Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti Hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agama Tahun 2016.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti “apakah ada hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan kesehatan pada lansia dengan demensia, Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016 ?”

* 1. **Tujuan Penilitian**
     1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.

* + 1. Tujuan Khusus

1. Diidentifikasi Etnis Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.
2. Teridentifikasi Tipe Keluarga Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.
3. Teridentifikasi Tipe Keluarga Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.
4. Teridentifikasi Pelaksanaan Tugas Kesehatan Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.
5. Menganalisis Hubungan Etnis Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab Agam Tahun 2016.
6. Menganalisis Hubungan Tipe keluarga Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.
   1. **Manfaat Penelitian**
      1. Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan, pengetahuan, serta keterampilan penelitian tentang hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia.

* + 1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan masukan dalam bidang ilmu terkait khususnya dalam ilmu riset keperawatan. Diharapkan hasil penelitian bisa dijadikan sebagai bahan masukan penelitian selanjutnya di Stikes Perintis Bukittinggi.

* + 1. Bagi Lahan

Penelitian ini dapat menjadikan informasi dan acuan bagi masyarakat tentang bagaimana hunbungan karaktristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan gangguan demensia.

* 1. **Ruang Lingkup Penelitian**

Penilitian dilakukan untuk mengetahui hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Kecematan Canduang, Jorong Seratus Janjang, Kab. Agam tahun 2016. Dengan variabel independen yang akan detiliti yaitu karakteristik keluarga pada lansia dengan demensia dan sebagai variabel dependen pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia. Populasi dalam penelitian adalah seluruh lansia dengan demensia di Wilayah kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam pada tahun 2016. Penelitian menggunakan metode studi kolerasi dengan rancangan *quasi experimen* menggunakan uji *chi-square*. Tenik pengambilan sampel adalah dengan *total sampling*, dengan jumlah sampel adalah sebanyak 13 orang. Tempat penelitian adalah di wilayah kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam pada tahun 2015.

**BAB II**

**KERANGKA TEORI**

* 1. **Konsep Karakteristik Keluarga**

**2.1.1 Defenisi**

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang menjadikan klien   
(penerima) asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan asuhan keperawatan yang diperlukan oleh anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit akan menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan dengan keperawatan dirumah secara baik dan benar oleh klien atau keluarganya (Ferry Efendi, Makhfudlin, 2009).

Bentuk dari hubungan keluarga yang dapat membantu kesembuhan klien dapat berupa keterlibatan klien melakukan tugas rumah tangga, melatih kemampuan klien menjalankan aktivitas sehari-hari, dan menyediakan dukungan finansial dan emosional untuk mendorong klien meningkatkan kemandirian klien dalam perawatan diri. Untuk individu dengan skizofrenia, dukungan dari keluarga merupakan hal yang penting dalam upaya membantu individu mencapai kesembuhan (Birchwood & Jackson, 2001; Kruger, 2000).

**2.1.2. Tugas Kesehatan Keluarga**

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dillakukan, friedman (dalam setiadi, 2008) membagi tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu :

1. Mengenal masalah kesehatan dalam setiap anggotanya

Mengenal gangguan masalah kesehatan setiap anggota keluarga termasuk lansia, merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, kerena tanpa kesehatan segala sesuatu tidakkan berarti. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga, apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi pada lansia dan seberapa besar adanya perubahan yang terjadi pada lansia tersebut. Untuk mengenal gangguan kesehatan keluarga dapat membedakan konsep sehat sakit sehingga keluarga dapat melakukan tindakan-tindakan yang penting.

8

1. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantaranya keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka diharapkan keputusan tersebut tepat sehingga masalah kesehatan dapat berkurang atau teratasi, terutama dalam pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan lansia demensia harus mengambil tindakan dengan segera agar tidak memperburuk keadaan lansia tersebut, keluarga harus menentukan sikap apakah akan mengunjungi dokter dan meminta pengobatan atau tetap menunggu an melihat saja. Jika keluarga mempunyai keterbatasan sebaiknya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

1. Memberikan perawatan

Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit terutama pada keluarga yang mempunyai lansia dengan demensia. Kontejoro (dalam jurnal sri hartati, 2012), cara keluarga dalam memberikan perawatan pada lansia demensia, yaitu :

Meningkatkan atau mempertahankan daya ingat lansia :

1. Selalu diikut sertakan dalam menyelesaikan masalah.
2. Diajak selalu dalam mengingat nama orang.
3. Mengenal wajah orang.
4. Berkosentrasi.
5. Mengingat kembali informasi-informasi yang telah tersimpan dalam pusat memori.
6. Memodifikasi lingkungan.

Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian lansia demensia. Dengan cara keluarga tdak mengucilkan lansia yang mengalami demensia. Keluarga mau mengikut sertakan lansia yang mengalami demensia dalam berbagai kegiatan didalam keluarga tersebut. Momodifikasi gaya hidup dan komitmen personal serta peran keluarga dalam mengemban tanggung jawab terhadap tunggas kesehatan anggota keluarga.

1. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan lembaga kesehatan yang ada).

Memelihara hubungan timbal balik dengan masyarakat ataupun dengan institusi pelayanan kesehatan dalam bentuk intervensi individu dan intervensi kelompok. Didalam berhubungan dengan masyarakat dan institusi kesehatan, keluarga harus belajar mengetahui sesuatu yang baik untuk individu dan mengerti adanya keterbatasan pada kondisi dan situasi masyarakat ataupun institusi pelayanan kesehatan. Dalam hal ini kaluarga harus mampu merawat lansia dirumah maupun dibawa kerumah sakit panti jompo yang ada.

**2.1.3 Karakteristik Keluarga Menurut ( Marilyn, Duval, )**

Keluarga mempunyai karakteristik yang terdiri tipe keluarga, status sosial-

ekonomi, etnis atau suku, budaya, dan tahap perkembangan keluarga (Kaakinen, et al. 2010).

1. **Etnis Atau Suku Keluarga**

Etnis adalah aspek kunci dari kebudayaan dan merujuk pada kebiasaan leluhur, rasa kebersamaan dan identitas kelompok. Latar belakang etnik sangat mempengaruhi pemikiran, perilaku, perasaan, persepsi, ritual/upacara, dan selebrasi/perayaan, diet, nilai, serta kepercayaan dan praktik sehat dan sakit (Huff dan Kline, 1999 dalam Friedman, dkk, 2003). Etnis keluarga dapat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan yang dapat berdampak pada status kesehatan keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005).

Pada suku bangsa Minangkabau, orang tua dalam keluarga luas matrilineal dipandang sebagai orang yang patut dihormati. Orang tua laki-laki memperoleh gelar kehormatan dan menjadi pemimpin bagi keluarga luasnya atau kampungnya. Laki-laki tua (mamak) memberikan nasehat untuk semua masalah terutama masalah adat (Navis 1984). Sebagaimana dinyatakan dalam ungkapan kok pai tampek batanyo, kok pulang tampek babarito (jika pergi tempat bertanya, jika pulang tempat mengadu.

Kedudukan dan Peranan orang lansia dalam keluarga dan masyarakat dianggap sebagai orang yang harus dihormati dan dihargai apalagi dianggap memiliki prestise yang tinggi dalam masyarakat menjadikan lansia secara psikologis lebih sehat secara mental. Perasaan diterima oleh orang lain akan mempengaruhi tanggapan mereka dalam memasuki hari tua, dan berpengaruh pula kepada derajat kesehatan lansia. Berbeda halnya jika lansia dianggap peranan yang tidak diinginkan dalam masyarakat.

Penelitian Edi Indrizal (2005) mengenai orang lansia di Minangkabau, menunjukkan bahwa dalam tatanan ideal masyarakat matrilineal Minangkabau, hubungan struktur keluarga, ikatan solidaritas sosial, dan tradisi merantau kesemuanya fungsional sebagai jaminan sosial bagi orang lansia sehingga orang lansia tidak boleh hidup tersia-sia di hari tuanya, maka hal itu dapat menjadi aib malu anak-kemenakan, keluarga, kerabat atau bahkan orang sekampung. Namun, dalam kondisi yang berubah dalam masyarakat Minangkabau kotemporer, diantaranya perubahan struktur keluarga luas ke keluarga inti, pola menetap neolokal, membawa konsekuensi perubahan fungsi struktur keluarga dan hubungan sosial dalam masyarakat Minangkabau. Perubahan-perubahan fungsi struktur keluarga membawa implikasi terhadap kehidupan orang lansia. Orang lansia tanpa anak memperoleh masalah tersendiri di dalam masyarakat Minangkabau, tampaknya lebih dominan masalah sosial dibandingkan masalah menurunnya kondisi fisik akibat usia yang bertambah tua.

1. **Kebudayaan Keluarga**

Pengkajian kebudayaan klien (individu dan keluarga) merupakan hal penting dari pengkajian dalam pemberian asuhan yang sesuai dengan kebudayaan (Kelley, 1997 dalam Friedman, dkk , 2003). Kebudayaan biasanya tampak sebagai cara hidup, berpikir, berperilaku, dan berperasaan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Budaya bersinggungan dengan semua aspek kehidupan keluarga termasuk kesehatan keluarga, sistem nilai, fungsi, dan perilaku kesehatan sehingga dapat berpengaruh terhadap status kesehatan keluarga (Hanson, Kaakinen, 2005)

Menurut Diah,dkk (2011), Bila suatu bentuk pelayanan kesehatan baru diperkenalkan ke dalam suatu masyarakat dimana faktor-faktor budaya masih kuat. Biasanya dengan segera mereka akan menolak dan memilih cara pengobatan tradisional sendiri. Apakah mereka akan memilih cara baru atau lama, akan memberi petunjuk kepada kita akan kepercayaan dan harapan pokok mereka lambat laun akan sadar apakah pengobatan baru tersebut berfaedah , sama sekali tidak berguna, atau lambat memberi pegaruh. Namun mereka lebih menyukai pengobatan tradisional karena berhubungan erat dengan dasar hidup mereka. Maka cara baru itu akan dipergunakan secara sangat terbatas, atau untuk kasus-kasus tertentu saja.

Pelayanan kesehatan yang modern oleh sebab itu harus disesuaikan dengan kebudayaan setempat, akan sia-sia jika ingin memaksakan sekaligus cara-cara modern dan menyapu semua cara-cara tradisional . Bila tenaga kesehatan berasal dari lain suku atau bangsa, sering mereka merasa asing dengan penduduk setempat . ini tidak akan terjadi jika tenaga kesehatan tersebut berusaha mempelajari kebudayaan mereka dan menjembatani jarak yang ada diantara mereka. Dengan sikap yang tidak simpatik serta tangan besi, maka jarak tersebut akan semakin lebar. Setiap masyarakat mempunyai cara pengobatan dan kebiasaan yang berhubungan dengan ksehatan masing-masing. Sedikit usaha untuk mempelajari kebudayaan mereka akan mempermudah memberikan gagasan yang baru yang sebelumnya tidak mereka terima.

Pemuka - pemuka di dalam masyarakat itu harus diyakinkan sehingga mereka dapat memberikan dukungan dan yakin bahwa cara - cara baru tersebut bukan untuk melunturkan kekuasaan mereka tetapi sebaliknya akan memberikan manfaat yang lebih besar .Pilihan pengobatan dapat menimbulkan kesulitan. Misalnya, bila pengobatan tradisional biasanya mengunakan cara-cara menyakitkan seperti mengiris-iris bagian tubuh atau dengan memanasi penderita, akan tidak puas hanya dengan memberikan pil untuk diminum. Hal tersebut diatas bisa menjadi suatu penghalang dalam memberikan pelayanan kesehatan, tapi dengan berjalannya waktu mereka akan berfikir dan menerima

1. **Status Sosioekonomi Keluarga**

Kelas sosial adalah suatu ukuran individu atau stratifikasi ekonomi keluarga yang terdiri dari tiga unsur yaitu kekayaan (unsur materi), status (unsur pretise), dan kekuatan politik (unsur pengambilan keputusan) (Curran dan Ranzetti, 2003 dalam Friedman, dkk, 2003). Kelas sosial sebuah keluarga dapat dapat berpengaruh terhadap gaya hidup keluarga atau dimana dan bagaimana keluarga tersebut tinggal yang berdampak pada status kesehatan sedangkan status ekonomi merupakan suatu komponen kelas sosial yang menunjukkan tingkat dan sumber penghasilan keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005; Friedman, dkk, 2003). Status sosioekonomi selain berkaitan dengan tingkat pendidikan keluarga tetapi juga status pekerjaan, dan pendapatan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Pendidikan dan pekerjaan juga merupakan salah satu aspek dari status sosial yang sangat berkaitan dengan status kesehatan karena pendidikan dan pekerjaan penting untuk membentuk pengetahuan dan perilaku kesehatan keluarga (Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005; Friedman, dkk, 2003). Pendidikan juga dipandang sebagai alat untuk mencapai produktivitas dan kesuksesan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Status ekonomi keluarga juga dapat diidentifikasi melalui anggapan keluarga terhadap penghasilan yang diperoleh (memadai atau tidak memadai), jenis pengeluaran utama keluarga, jaminan kesehatan yang dimiliki oleh keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Penelitian lain menunjukkan bahwa indikator status sosial ekonomi keluarga yaitu pendidikan (lama pendidikan atau tingkat pendidikan), pekerjaan (bekerja atau tidak bekerja), pendapatan, dan aset atau tabungan (terkait dengan tabungan keluarga atau keluarga mempunyai dana atau uang tunai yang dapat digunakan dalam kondisi darurat atau yang mendesak) (Chen & Paterson, 2006).

Status ekonomi keluarga mempunyai hubungan yang kuat terhadap perilaku kesehatan yang akan berpengaruh terhadap status kesehatan keluarga (Adler et al, 1997; USDHHS, Public Health Service, 1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2004, dkk, 2005). Menurut penelitian Starfield (dalam Hanson, Gedaly-Duff, Kaakinen, 2005) keluarga dengan status sosioekonomi yang kurang membuat keluarga sulit untuk melakukan pencegahan terhadap masalah kesehatan, kebutuhan nutrisi tidak memadai, dan sulit mengakses pelayanan kesehatan. Keluarga yang pendidikannya rendah akan mengalami masalah dalam menjalakan fungsi sosial, selain itu juga keluarga yang tingkat pendidikan rendah, penghasilan yang kurang, dan tidak bekerja juga dapat mengakibatkan tingginya angka kematian dan penyakit di dalam keluarga karena keluarga kurang informasi yang berkaitan dengan nutrisi yang sehat, pengaturan nutrisi yang baik sehingga dapat mengakibatkan kebiasaan makan yang buruk (Hitchcock, & Thomas, 1999).

1. **Tipe Atau Bentuk Keluarga**

Keluarga memiliki beberapa bentuk. Menurut Friedman, Bowden, & Jones (2003) bentuk keluarga mencakup keluarga inti dan extended *family*. Keluarga inti yaitu keluarga yang terbentuk karena pernikahan dan memiliki peran sebagai orang tua yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak baik biologis, adopsi atau keduanya yaitu biologis dan adopsi sedangkan *extended family* yaitu keluarga inti dan individu yang mempunyai hubungan darah yang biasanya merupakan anggota keluarga asal dari salah satu pasangan keluarga inti. Keluarga tersebut dapat mencakup kakek atau nenek, paman atau bibi, sepupu, keponakan, dan sebagainya (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Penelitian yang dilakukan terhadap tipe keluarga yaitu keluarga inti dan keluarga besar bahwa tidak ada hubungan, karena keluarga besar juga tetap memperhatikan kebutuhan lansia, tidak hanya keluarga kecil atau keluarga inti (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011).

1. **Tahap Perkembangan Keluarga**

Tahap keluarga adalah suatu interval waktu dengan struktur dan interaksi

hubungan peran di dalam keluarga yang secara kuantitas dan kualitas berbeda pada masing-masing periode (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Tahap perkembangan keluarga terdiri dari delapan tahap peerkembangan dan tahap perkembangan keluarga dengan lansia merupakan tahap yang terakhir dalam siklus tumbuh kembang keluarga yang ditandai dengan mulai pensiun salah satu atau kedua pasangan berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan dan berarkhir dengan kematian pasangan lain (Duvall dan Miller dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003). lansia sendiri harus dapat melakukan perawatan dirinya sendiri, keluarga dan orang-orang disekitarnya pun perlu memahami bagaimana melakukan perawatan yang tepat bagi lansia tersebut. Oleh karena selama individu tersebut memiliki semangat untuk hidup serta melakukan kegiatan-kegiatan, maka ia akan tetap produktif dan berbahagia meskipun usianya telah lanjut.

**2.1.4 Fungsi Keluarga**

Fungsi keluarga menurut Marilyn dalam Effendy (2009) yaitu:

1. Fungsi afektif *(affective function)*

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, perasaan memiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang. Perceraian, kenakalan anak, atau masalah keluarga sering timbul sebagai akibat tidak terpenuhinya fungsi afektif.

1. Fungsi sosial dan tempat bersosialisasi.

Fungsi ini merupakan tempat untuk mengembangkan kemampuannya untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antara anggota keluarga yang ditujukan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar tentang disiplin, norma-norma, budaya, dan perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam keluarga.

1. Fungsi reproduksi/biologis

Untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi gizi keluarga serta merawat dan memelihara anggota keluarga.

1. Fungsi ekonomi *(economic function)*

Untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu untuk meningkatkan penghasilan dan memenuhi kebutuhan keluarga seperti makan, pakaian, dan rumah.

1. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan *(health care finction)*

Fungsi ini untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini juga merupakan salah satu fungsi keluarga dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan fisik seperti makan, pakaian, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan. Keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

**2.1.5 Peran Keluarga**

Menurut Nasrul Effendy dalam Ferry, 2009 peran formal dalam keluarga terdiri atas:

1. Peran sebagai ayah: Sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman. Ayah juga sebagai kepala keluarga, anggota kelompok sosial, serta anggota masyarakat dan lingkungan.
2. Peran sebagai ibu: Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya berperan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan salah satu anggota kelompok sosial, serta sebagai anggota masyarakat dan lingkungan di samping dapat berperan pula sebagai pencari nafkah tambahan keluarga.
3. Peran sebagai anak: Anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, dan spiritual.

**2.1.6 Tipe-Tipe Keluarga**

Adapun tipe-tipe keluarga menurut Anderson Carter dalam Ferry (2009) adalah:

1. Keluarga inti *(nuclear family)*. Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak.
2. Keluarga besar *(extended family)*. Keluarga inti di tambah dengan sanak saudara, nenek, kakek, keponakan, sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.
3. Keluarga mberantai *(serial family).* Keluarga yang terdiri atas wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
4. Keluarga duda atau ja nda *(single family).* Keluarga ini terjadi karena adanya perceraian atau kematian.
5. Keluarga berkomposi *(composite).* Keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara sama-sama.
6. Keluarga kabitas *(cahabitation)*. Dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk satu keluarga.
   1. **Konsep Lansia**

**2.2.1 Pengertian Lansia**

Usia lanjut adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindari (Azwar, 2006). Menua  atau  menjadi  tua  adalah  suatu  keadaaan  yang  terjadi didalam  kehidupan  manusia.  Proses  menua  merupakan  proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai  sejak  permulaan  kehidupan.  Menjadi  tua  merupakan  proses alamiah,  yang  berarti  seseorang  telah  melalui  tiga  tahap kehidupannya,  yaitu  anak,  dewasa  dan  tua.  Tiga  tahap  ini  berbeda, baik  secara  biologis  maupun  psikologis.  Memasuki  usia  tua  berarti mengalami  kemunduran,  misalnya  kemunduran  fisik  yang  ditandai dengan  kulit  yang  mengendur,  rambut  memutih,  gigi  mulai  ompong, pendengaran  kurang  jelas,  pengelihatan  semakin  memburuk,  gerakan lambat dan figur tubuh yang tidak proporsional (Nugroho, 2006).

Usia lanjut adalah sesuatu yang harus diterima sebagai suatu kenyataan dan fenomena biologis. Kehidupan itu akan diakhiri dengan proses penuaan yang berakhir dengan kematian (Hutapea, 2005). Lanjut  usia  merupakan  istilah  tahap  akhir  dari  proses  penuaan.  Dalam mendefinisikan  batasan  penduduk  lanjut  usia  menurut  Badan  Koordinasi Keluarga  Berencana  Nasional  ada  tiga  aspek  yang  perlu  dipertimbangkan  yaitu aspek  biologi,  aspek ekonomi  dan  aspek  sosial  (BKKBN  1998).  Secara  biologis penduduk  lanjut  usia  adalah  penduduk  yang  mengalami  proses  penuaan  secara terus menerus, yang ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu semakin rentannya terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini disebabkan  terjadinya  perubahan  dalam  struktur  dan  fungsi  sel,  jaringan,  serta sistem  organ.  Secara  ekonomi,  penduduk  lanjut  usia  lebih  dipandang  sebagai beban  dari  pada  sebagai  sumber  daya.  Banyak  orang  beranggapan  bahwa kehidupan  masa  tua  tidak  lagi  memberikan  banyak  manfaat,  bahkan  ada  yang sampai  beranggapan  bahwa  kehidupan  masa  tua,  seringkali  dipersepsikan  secara negatif sebagai beban keluarga dan masyarakat

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Constantinides 1994). Proses menua merupakan proses yang terus menerus (berlanjut) secara alamiah dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup (Nugroho Wahyudi, 2000)

Menurut UU no 4 tahun 1945 Lansia adalah seseorang yang mencapai umur 55 tahun, tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain (Wahyudi, 2000). Kelompok lanjut usia adalah kelompok penduduk yang berusia 60 tahun ke atas (Hardywinoto dan Setiabudhi, 1999). Pada lanjut usia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi (Constantinides, 1994). Karena itu di dalam tubuh akan menumpuk makin banyak distorsi metabolik dan struktural disebut penyakit degeneratif yang menyebabkan lansia akan mengakhiri hidup dengan episode terminal (Darmojo dan Martono, 1999).

**2.2.2 Batasan Lansia**

1. WHO (1999) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis/ biologis menjadi 4 kelompok yaitu :
2. Usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59.
3. Lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60 dan 74 tahun.
4. Lanjut usia tua (*old*) 75 – 90 tahun.
5. Usia sangat tua (*Very old*) di atas 90 tahun.
6. Sedangkan Nugroho (2000) menyimpulkan pembagian umur berdasarkan pendapat beberapa ahli, bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun ke atas.
7. Menurut Prof. Dr. Koesmanto Setyonegoro, lanjut usia dikelompokkan menjadi:
8. Usia dewasa muda (*elderly adulthood*), atau 29 – 25 tahun,
9. Usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas, 25 – 60 tahun atau 65 tahun,
10. Lanjut usia (*geriatric age*) lebih dari 65 tahun atau 70 tahun yang dibagi lagi dengan:
11. 70 – 75 tahun (*young old*), 75 – 80 tahun (*old*),
12. Lebih dari 80 (*very old*).
13. Menurut Undang-Undang No. 4 Tahun 1965 Pasal 1 seseorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia bahwa lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas
14. Penggolongan lansia menurut Depkes RI dikutip dari Azis (1994) menjadi tiga kelompok yakni:
15. Kelompok lansia dini (55 – 64 tahun), merupakan kelompok yang baru memasuki lansia.
16. Kelompok lansia (65 tahun ke atas).
17. Kelompok lansia resiko tinggi, yaitu lansia yang berusia lebih dari 70 tahun.

**2.2.3 Proses Menua**

Pada hakekatnya menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu masa anak, masa dewasa dan masa tua (Nugroho, 1992). Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki masa tua berarti mengalami kemuduran secara fisik maupun psikis. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit yang mengendor, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan memburuk, gerakan lambat, kelainan berbagai fungsi organ vital, sensitivitas emosional meningkat dan kurang gairah.

Meskipun secara alamiah terjadi penurunan fungsi berbagai organ, tetapi tidak harus menimbulkan penyakit oleh karenanya usia lanjut harus sehat. Sehat dalam hal ini diartikan:

1. Bebas dari penyakit fisik, mental dan sosial,
2. Mampu melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari,
3. Mendapat dukungan secara sosial dari keluarga dan masyarakat (Rahardjo, 1996)

Akibat perkembangan usia, lanjut usia mengalami perubahan-perubahan yang menuntut dirinya untuk menyesuakan diri secara terus-menerus. Apabila proses penyesuaian diri dengan lingkungannya kurang berhasil maka timbullah berbagai masalah. Hurlock (1979) seperti dikutip oleh MunandarAshar Sunyoto (1994) menyebutkan masalah – masalah yang menyertai lansia yaitu:

1. Ketidakberdayaan fisik yang menyebabkan ketergantungan pada orang lain
2. Ketidakpastian ekonomi sehingga memerlukan perubahan total dalam pola hidupnya
3. Membuat teman baru untuk mendapatkan ganti mereka yang telah meninggal atau pindah
4. Mengembangkan aktifitas baru untuk mengisi waktu luang yang bertambah banyak
5. Belajar memperlakukan anak-anak yang telah tumbuh dewasa. Berkaitan dengan perubahan fisk, Hurlock mengemukakan bahwa perubahan fisik yang mendasar adalah perubahan gerak.

Berkaitan dengan perubahan, kemudian Hurlock (1990) mengatakan bahwa perubahan yang dialami oleh setiap orang akan mempengaruhi minatnya terhadap perubahan tersebut dan akhirnya mempengaruhi pola hidupnya. Bagaimana sikap yang ditunjukkan apakah memuaskan atau tidak memuaskan, hal ini tergantung dari pengaruh perubahan terhadap peran dan pengalaman pribadinya. Perubahan ynag diminati oleh para lanjut usia adalah perubahan yang berkaitan dengan masalah peningkatan kesehatan, ekonomi/pendapatan dan peran sosial (Goldstein, 1992).

Dalam menghadapi perubahan tersebut diperlukan penyesuaian. Ciri-ciri penyesuaian yang tidak baik dari lansia (Hurlock, 1979 dalam Munandar, 1994) adalah:

1. Minat sempit terhadap kejadian di lingkungannya.
2. Penarikan diri ke dalam dunia fantasi
3. Selalu mengingat kembali masa lalu
4. Selalu khawatir karena pengangguran,
5. Kurang ada motivasi,
6. Rasa kesendirian karena hubungan dengan keluarga kurang baik, dan
7. Tempat tinggal yang tidak diinginkan.

Di lain pihak ciri penyesuaian diri lanjut usia yang baik antara lain adalah: minat yang kuat, ketidaktergantungan secara ekonomi, kontak sosial luas, menikmati kerja dan hasil kerja, menikmati kegiatan yang dilkukan saat ini dan memiliki kekhawatiran minimla trehadap diri dan orang lain.

**2.2.4 Karakteristik Lansia**

Beberapa karakteristik lansia yang perlu diketahui untuk mengetahui keberadaan masalah kesehatan lansia adalah:

1. Jenis kelamin: Lansia lebih banyak pada wanita. Terdapat perbedaan kebutuhan dan masalah kesehatan yang berbeda antara lansia laki-laki dan perempuan. Misalnya lansia laki-laki sibuk dengan hipertropi prostat, maka perempuan mungkin menghadapi osteoporosis.
2. Status perkawinan: Status masih pasangan lengkap atau sudah hidup janda atau duda akan mempengaruhi keadaan kesehatan lansia baik fisik maupun psikologis.
3. *Living arrangement*: misalnya keadaan pasangan, tinggal sendiri atau bersama instri, anak atau kekuarga lainnya.
4. Tanggungan keluarga: masih menangung anak atau anggota keluarga.
5. Tempat tinggal: rumah sendiri, tinggal bersama anak. Dengan ini kebanyakan lansia masih hidup sebagai bagian keluarganya, baik lansia sebagai kepala keluarga atau bagian dari keluarga anaknya. Namun akan cenderung bahwa lansia akan di tinggalkan oleh keturunannya dalam rumah yang berbeda. Menurut Darmawan mengungkapkan ada 5 tipe kepribadian lansia yang perlu kita ketahui, yaitu: tipe konstruktif (constructive person-ality), tipe mandiri (independent personality), tipe tergantung (hostilty personality) dan tipe kritik diri (self hate personality).
6. Kondisi kesehatan
7. Kondisi umum: Kemampuan umum untuk tidak tergantung kepada orang lain dalam kegiatan sehari-hari seperti mandi, buang air besar dan kecil.
8. Frekuensi sakit: Frekuensi sakit yang tinggi menyebabkan menjadi tidak produktif lagi bahkan mulai tergantung kepada orang lain.
9. Keadaan ekonomi
10. Sumber pendapatan resmi: Pensiunan ditambah sumber pendapatan lain kalau masih bisa aktif.
11. Sumber pendapatan keluarga: Ada bahkan tidaknya bantuan keuangan dari anak atau keluarga lainnya atau bahkan masih ada anggota keluarga yang tergantung padanya.
12. Kemampuan pendapatan: Lansia memerlukan biaya yang lebih tinggi, sementara pendapatan semakin menurun. Status ekonomi sangat  terancam, sehinga cukup beralasan untuk melakukann berbagai perubahan besar dalam kehidupan, menentukan kondisi hidup yang dengan perubahan status ekonomi dan kondisi fisik
    * 1. **Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia**

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan sexual (Azizah, 2011).

1. Perubahan Fisik
2. Sistem Indra

Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

1. Sistem Intergumen:

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebasea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

1. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia antara lain sebagai berikut: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin). Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur

1. Kartilago

Jaringan kartilago pada persendian lunak dan mengalami granulasi dan akhirnya permukaan sendi menjadi rata, kemudian kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan.

1. Tulang
2. Berkurangnya kepadatan tualng setelah di obserfasi adalah bagian dari penuaan fisiologi akan mengakibatkan osteoporosis lebih lanjut mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.
3. Otot

Perubahan struktur otot pada penuaan sangat berfariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif

1. Sendi pada lansia

Jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

1. Sistem kardiovaskuler

Massa jantung bertambah, vertikel kiri mengalami hipertropi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi Sa nude dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

1. Sistem respirasi

Pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang rugi paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

1. Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata : \

1. Kehilangan gigi,
2. Indra pengecap menurun,
3. Rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun),
4. Liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.
5. Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

1. Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

1. Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

b. Perubahan Kognitif

1)        Memory (Daya ingat, Ingatan).

2)        IQ (Intellegent Quocient).

3)        Kemampuan Belajar (Learning).

4)        Kemampuan Pemahaman (Comprehension).

5)        Pemecahan Masalah (Problem Solving).

6)        Pengambilan Keputusan (Decission Making).

7)        Kebijaksanaan (Wisdom).

8)        Kinerja (Performance).

9)        Motivasi.

c. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

1)        Pertama-tama perubahan fisik, khsusnya organ perasa.

2)        Kesehatan umum.

3)        Tingkat pendidikan.

4)        Keturunan (hereditas).

5)        Lingkungan.

6)        Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.

7)        Gangguan konsep diri akibat kehilangan kehilangan jabatan.

8)        Rangkaian dari kehilangan , yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.

9)        Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

d. Perubahan spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya (Maslow, 1970). Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaanya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari (Murray dan Zentner, 1970).

e.  Kesehatan Psikososial

1)  Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

2)  Duka cita (*Bereavement*)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

3)  Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

4)  Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

5)  *Parafrenia*

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

6)  *Sindroma Diogenes*

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

**2.3 Konsep Demensia**

**2.3.1 Defenisi Demensia**

Demensia (pikun) adalah kemunduran kognitif yang sedemikian beratnya sehingga menggangu aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas sosial. Kemunduran kognitif pada demensia biasanya diawali dengan kemunduran memori/ daya ingat (pelupa). Demensia terutama yang disebabkan oleh penyakit alzaimer berkaitan erat dengan usia lanjut.

Demensia adalah sindro klinis yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan memori yang sedemikian berat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari. Demensia adalah keadaan ketika seseorang mengalami penurunan daya ingat dan daya pikir lainnnya yang secara nyata mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari.

Demensia atau pikun adalah kemunduran kognitif. Ada beberapa mitos mengenai lanjut usia:

1. Bila lanjut usia mengalami demensia atau pikun, hal itu merupakan proses menua sehingga dianggap sebagai hal yang wajar saja. Kenyataannya: usia adalah faktor resiko utama untuk demensia dan 20% usia diatas 80 tahun menderita demensia alzheimer, 80% sisanya tidak menderita demensia alzheimer.
2. Bila lanjut usia menderita demensia alzheimer, sudah tidak dapat dilakukan apa-apa lagi. Kenyataannya: pada stadium ringan dan sedang, klien masih dapat ditolong bila terdeteksi secara dini, berikan nasihat, dan bantu informasi yang baik dan benar.
3. Daya ingat hanya merupakan bagian proses menua. Kenyataannya: daya ingat yang buruk merupakan abnormalitas dan perlu diperiksa ke dokter ahli. Demensia atau pikun bukan hal yang alamiah, tetapi merupakan kondisi sakit yang disebabkan oleh kematian atau kerusakan sel otak.
4. Lanjut usia seringlupa. Lupa yang wajar disebut *benign forgetfulness,* sedangkan lupa yang lanjut dan tidak wajar disebut *maliganant forgetfulness.*

Demensia disebut juga *the disease of the century* (penyakit abad ini)

Gejala klasik penyakit demensia adalah kehilangan daya ingat (memori) yang terjadi secara bertahap, termasuk:

1. Kesulitan menemukan atau menyebutkan kata yang tepat.
2. Tidak mampu mengenali objek
3. Lupa cara menggunakan benda biasa dan sederhana, seperti pensil.
4. Lupa mematikan kompor, menutup jendela, atau menutup pintu.
5. Suasana hati dan kepribadian dapat berubah.
6. Agitasi, masalah dengan daya ingat, dan membuat keputusan yang buruk dapat menimbbulkan perilaku yang tidak biasa.

**2.3.2 Stadium demensia**

Penyakit demensiadapat berlangsung dalam tiga stadium

1. Stadium awal

Gejala stadium awal sering diabaikan dan disalah artikan sebagai usia lanjut atau sebagai bagian normal dari proses otak menua, oleh para profesional, anggota keluarga, dan orang terdekat penyandang demensia. Karena proses penyakit berjalan sangat lambat, sulit sekali untuk menentukan kapan proses ini dimulai. Klien menunjukkan gejala sebagai berikut:

1. Kesulitan dalam berbahasa
2. Mengalami kemunduran daya ingat secara bermakna
3. Dosorientasi waktu dan tempat
4. Sering sesat ditempat yang biasa kenal
5. Kesulitan membuat keputusan
6. Kehilangan inisiatif dan motivasi
7. Menunjukkan gejala depresi dan agitasi
8. Kehilangan minat dalam hobi dan aktivitas
9. Stadium menengah

Proses penyakit berlanjut dan masalah semakin nyata. Pada proses ini, klien mengalami kesulitan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari dan menunjukkan gejala seperti berikut:

1. Sangat mudah lupa, terutama untuk peristiwa yang baru dan nama orang.
2. Tidak dapat mengelola kehidupan sendiri tanpa timbul masalah
3. Tidak dapat memasak, membersihkan rumah, ataupun berbelanja.
4. Sangat bergantung pada orang lain
5. Semakin sulit berbicara
6. Membutuhkan bantuan untuk kebersihan diri (ketoilet, mandi, dan berpakaian)
7. Senang mengembara/ “ngeluyur” tanpa tujuan. Ngeluyur ini bisa berupa:
8. Checking
9. Trailing
10. Pottering
11. Terjadi perubahan perilaku
12. Adanya gangguan kepribadian
13. Sering sesat, walaupun jalan tersebut telah dikenal
14. Dapat juga menunjukkan adanya halusinasi
15. Stadium lanjut

Pada stadium ini terjadi:

1. Ketidak mandirian dan inaktif yang total
2. Tidak mengenali lagi anggota keluarga
3. Sukar mengalami dan menilai peristiwa
4. tidak mampu menemukan jalan disekitar rumah sendiri
5. kesulitan berjalan
6. mengalami inkontinensia
7. menunjukkan perilaku tidak wajar di masyarakat
8. akhirnya bergantung pada kursi roda/ tempat tidur

Gangguan psikologis yang sering terlihat adalah depresi, ansietas, tidak dapat diam, apatis, dan paranoid.

**2.3.3 Penyebab demensia**

Penyebab demensia masih belum diketahui secara pasti (idiopati), tetapi ada beberapa teori menjelaskan kemungkinan adanya:

1. Faktor genetik
2. Radikal bebas
3. Toksin amiloid
4. Pengaruh logam aluminium
5. Akibat infeksi virus
6. Pengaruh lingkungan lain.

Semakin dini penyakit demensia dikenali, semakin baik hasil penanganannya dari pada penyakit yang sudah lanjut.

Faktor predisposisi penyakit ini adalah:

1. Lanjut usia (usia diatas 65 tahun )
2. Genetik/ keturunan
3. Trauma kepala
4. Kurang pendidikan
5. Hipertensi sistolik
6. Sindrom down
7. Lingkungan, keracunan aluminium
8. Depresi
9. Gangguan imunitas
10. Stroke
11. Diabetes melitus
12. Penyakit parkinson stadium lanjut
13. Infeksi otak

**2.4 Kerangka Teori**

Berdasarkan latar belakang dan tinjauan teoritis, maka peneliti membuat suatu kerangka teori penelitian tentang Hubungan Karakteristik Keluarga Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan canduang, Kab. Agam tahun 2016.

**Skema 2.1**

**Kerangka Teori**

**Tugas Kesehatan Keluarga :**

1. Mengenal masalah kesehatan
2. Mengambil keputusan
3. Memberikan perawatan
4. Memodifikasi lingkungan
5. Pemanfaatan lembaga kesehatan yang ada

**Karakteristik keluarga :**

1. Etnis
2. Kebudayaan
3. Status sosioekonomi
4. Tipe atau bentuk keluarga
5. Tahap perkembangan keluarga

**Lansia**

**Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia**

**Keluarga**

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

* 1. **Kerangka Konsep**

Kerangka konsep penelitian adalah hubungan antara konsep yang satu dengan konsep lainya dari masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2003). Kerangka pemikiran yang digunakan pada penelitian ini adalah model pendekatan sistem variable independen dan dependen. Variabel independen atau variabel bebas merupakan variabel penyebab yang akan mempengaruhi variabel terikat atau variabel dependen. Untuk itu akan dilihat hubungan variabel independen dan variabel dependen tersebut (Notoatmodjo, 2005).

Adapun yang menjadi variabel independen adalah karakteristik keluarga pada lansia dengan demensia sedangkan yang menjadi variabel dependen adalah pelaksanaan kesehatan pada lansia dengan demensia. Untuk lebih jelasnya berikut gambaran kerangka konsep penelitian : Hubungan Karakteristik Keluarga Dengan Pelaksanaan Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Tahun 2016.

Maka dapat dirumuskan kerangka konsep sebagai berikut:

**Skema. 3.1**

**Kerangka Konsep**

Variabel Independen Variabel Dependen

Karakteristik keluarga:

Status sosioekonomi

Tahap perkembangan keluarga

Kebudayaan keluarga

Etnis

Tipe Keluarga

Pelaksanaan Tugas kesehatan pada lansia dengan demensia.

Keterangan :

: Yang diteliti

: Tidak diteliti

* 1. **Defenisi Operasional**

**Table 3.1**

**Defenisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Variabel** | **Defenisi Operasional** | **Alat ukur** | **Cara ukur** | **Skala ukur** | **Hasil ukur** |
| 1. | **Independen**  Karakteristik keluarga  Etnis  Tipe Keluarga | Kebudayaan yang merujuk pada kebiasaan leluhur, rasa kebersamaan dan identitas kelompok  Bentuk-bentuk keluarga yang mempunyai hubungan tali darah seperti ayah, ibu, anak, sepupu, kakek, nenek, dan lain-lain. | Kuesioner  Kuesioner | Wawancara  Wawancara | Nominal  Nominal | 1. Minang 2. Non minang 3. Nucler family 4. Extended family 5. Single parent |
| 2 | **Dependent**  Pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia. | Memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia yaitu tentang Mengenal masalah kesehatan dalam setiap anggotanya, Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga, Memberikan perawatan,  Memodifikasi lingkungan, pemamfaatan lembaga kesehatan yang ada. | Kuesioner | Kuesioner | Ordinal | Dilaksanakan jika ≥ 83  Tidak dilaksanakan jika < 82 |

* 1. **Hipotesis Penelitian**

Ha: Ada hubungan keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan lansia dengan demensia di wilayah kerja puskesmas lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab Agam tahun 2015.

H0: Tidak ada hubungan keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan lansia dengan demensia di wilayah kerja puskesmas lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam tahun 2015.

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

* 1. **Desain Penelitian**

Desain Penelitian yang digunakan adalah *Deskriptif corelatif* yaitu mengetahui hubungan karakteristik keluarga dengan Pelaksanaan Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.

* 1. **Tempat dan Waktu penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecematan Canduang, Kab. Agam dilakukan pada tanggal 11 sampai 16 bulan Januari 2016. Puskesmas Lasi terletak di Kecematan Canduang, Kabupaten Agam. Wilayah kerja Puskesmas lasi dengan luas wilayah 4,32 Km² dengan ketinggian 780 – 950 diatas permukaan laut. Yang mayoritas penduduk disana adalah bertani.

* 1. **Populasi, Sampel, dan Sampling**
     1. **Populasi**

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2005: 79). Populasi dalam penelitian ini seluruh lansia dengan demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecematan Canduang, Kab. Agam sebanyak 13 orang.

* + 1. **Sampel**

Sampel adalah sebagian atau yang mewakili populasi yang diteliti (Notoatmodjo.2005). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah Populasi dalam penelitian ini seluruh lansia dengan demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecematan Canduang, Kab. Agam sebanyak 13 orang.

Adapun kriteria inklusi sampel, yaitu :

1. Keluarga yang memiliki lansia dengan dimensia di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam.
2. Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
3. Responden yang bisa berkomunikasi dan dalam keadaan sadar.

Kriteria eksklusi sampel sebagai berikut:

1. Tidak bersedia menjadi responden
   * 1. **Teknik Sampling**

Teknik pengambilan sampel yang digunakan peneliti adalah *“Total Sampling”,* dimana pengambilan sampel secara keseluruhan dari jumlah populasi yang ada. (Notoatmodjo, 2002:79).

* 1. **Pengumpulan Data**
     1. **Tahap Persiapan**

Pengumpulan data dimulai setelah mendapatkan surat pengantar untuk penelitian dari kampus, peneliti mengurus surat izin ke Kesbangpol yang ditujukan ke Puskesmas Lasi Kecamatan Canduang, setelah itu peneliti memastikan atau meminnta izin ke kepala jorong, setelah mendapatkan izin dari Kesbangpol, Puskesmas, dan kepala jorong maka peneliti melakukan pengumpulan data untuk mengetahui jumlah responden yang akan diteliti.

* + 1. **Tahap Pelaksanaan**

Setelah jumlah responden diketahui sebanyak 13 orang selanjutnya peneliti mengunjungi satu per satu rumah responden/*home visit* untuk melakukan penelitian. Dalam 1 kali kunjungan peneliti bisa melakukan kunjungan rumah 3 – 4 rumah dalam sehari dan tergantung kesediaan dari keluarga untuk menerima peneliti dalam melakukan kunjungan. Dalam pengumpulan data peneliti memberikan 15-30 menit untuk pengisian kuesioner dan selama pengisian kuesioner peneliti berada disamping responden untuk memberikan penjelasan pada responden, apabila ada hal – hal yang kurang dimengerti. Setelah selesai dan sesuai dengan waktu yang diberikan, responden diminta mengumpulkan kuesioner, kemudian peneliti melihat dan mencek apakah data yang dikumpulkan ada yang meragukan atau kurang lengkap, peneliti meminta responden untuk melengkapinya saat itu, dan data itu dikumpulkan lagi serta peneliti mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan terimakasih atas kerja sama responden.

* 1. **Cara Pengolahan dan Analisa Data**
     1. **Cara Pengolahan Data**

Lembaran format yang sudah dikumpulkan pada penelitian ini akan dianalisa, kemudian diolah dengan sistem komputerisasi dengan tahapan sebagai berikut:

1. *Editing*

*Editing* merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian kuesioner atau formulir. Setelah kuesioner selesai diisi kemudian dikumpulkan langsung oleh peneliti dan selanjutnya diperiksa kelengkapan data apakah dapat dibaca atau tidak dan kelengkapan isian.

1. *Mengkode data (Coding)*

Pada tahap ini peneliti melakukan kegiatan pemberian tanda, symbol, kode bagi tiap-tiap data. Kegunaan data koding adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat mengentri data. Untuk variabel independen :

i. Etnis

Untuk pernyataan Etnis yang bersuku Minang : 1

Untuk pernyataan Etnis yang bersuku Non Minang : 2

ii. Tipe Keluarga

Untuk pernyataan Tipe Kelurga dengan Nuklear family : 1

Untuk pernyataan Tipe Kelurga dengan Extended family : 2

Untuk pernyataan Tipe Kelurga dengan Single parent : 3

iii. Untuk pelaksanaan tuga kesehatan keluarga

Untuk pernyataan Dilaksanakan 5 tugas pelaksanaan kesehatan pada lansia dengan demensia diberi kode : 1

Untuk pernyataan Tidak Dilaksanakan 5 tugas pelaksanaan kesehatan pada lansia dengan demensia diberi kode : 0

1. *Mengskoring data ( Scoring )*

Pada tahap ini peneliti memberikan nilai atau skor pada tiap-tiap pernyataan kuesioner, Untuk variabel dependen dimana pengolahannya menggunakan skala : Sangat Sering (SS) = 4, Sering (SR) = 3, Kadang-kadang (KK) = 2, Tidak pernah (TP) = 1.

1. *Cleaning*

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak, apakah pengkodeannya sudah tepat atau belum. Pada penelitian ini peneliti memeriksa kembali data yang telah dimasukkan ke dalam program komputer, saat pemeriksaan data peneliti tidak menemukan data yang tidak lengkap atau data yang salah saat meng-*entry* data.

1. *Prosesing*

Pada tahap ini pengolahan data dilakukan secara komputerisasi.

1. *Tabulating*

Hasil pengolahan data dimasukkan kedalam tabel (Notoatmodjo, 2010)

* + 1. **Analisa Data**

1. *Analisa Univariat*

Analisa *univariat* bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, yang disajikan dalam bentuk table distribusi frekuensi dan presentase ( Notoatmodjo, 2010).

Variabel tersebut menggunakan rumus sebagai berikut :

F

P = x 100

N

Keterangan :

P : Nilai persentase responden

F : Frekuensi atau jumlah yang benar

N : Jumlah responden

1. *Analisa Bivariat*

Analisa bivariat yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diteliti. Pengujian hipotesa untuk mengambil keputusan tentang apakah hipotesis yang diajukan cukup meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square tes*.

Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik digunakan batasan kemaknaan 0,05 sehingga jika p ≤ 0,05 maka hasil hitung tersebut “bermakna” dan jika p > 0,05 maka secara statistik disebut “tidak bermakna”.

(O – E)2

X2 =∑ [ ]

E

Keterangan :

X2 : Chi – Square

O : Hasil observasi

E : Hasil yang diharapkan

* 1. **Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, penulis mengajukan permohonan izin kepada responden untuk mendapatkan persetujuan penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menegakkan masalah etika. Menurut (Hidayat, 2009) masalah etika dalam penelitian ini meliputi.

* + 1. ***Informed concent* ( lembar persetujuan)**

*Informed consent* adalah bentuk persetujuan antara penulis dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien (Hidayat, 2009).

* + 1. ***Anonimity* (tanpa nama)**

*Anonimity* adalah masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2009).

* + 1. ***Confidentiality* (kerahasian)**

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh penulis, hanya sekelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2009).

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN**

1. **Hasil Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 11 januari sampai dengan 16 Januari 2016 (7 hari) mengenai Hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.

Adapun responden yang diteliti adalah sebanyak 13 kepala keluarga yang diambil berdasarkan kriteria inklusi dan ekslusi dengan cara membagikan angket kepada responden dan responden mengisi sendiri tanpa pengaruh dan paksaan dari orang lain termasuk peneliti.

1. **Analisa Univariat**

Analisa univariat melihat gambaran distribusi frekuensi variabel indepent yag meliputi etnis dan tipe keluarga serta variabel dependent yaitu pelaksanaan tugas keluarga dari responden yang berjumlah 13 orang kepala keluarga. Peneliti mendapatkan data univariat tentang Hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016 sebagai berikut :

**Tabel 5.1**

**Distribusi Frekuensi Etnis Kepala Keluarga Yang Mempunyai Lansia Dengan Dimensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Etnis | Frekuensi | Persentase (%) |
| 1 | Minang | 10 | 76.9 |
| 2 | Non Minang | 3 | 23.1 |
| Total | | 13 | 100 |

Dari tabel 5.1 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 10 kepala keluarga (76.9%) memiliki Etnis Minang, dan 3 kepala keluarga (23.1%) memiliki Etnis Non Minang.

**Tabel 5.2**

**Distribusi Frekuensi Tipe Keluarga Yang Mempunyai Lansia Dengan Dimensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tipe Keluarga | Frekuensi | Persentase(%) |
| 1 | Nucler Family | 5 | 38.5 |
| 2 | Extended Family | 7 | 53.8 |
| 3 | Single Parents | 1 | 7.7 |
| Total | | 13 | 100 |

Dari tabel 5.2 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 7 kepala keluarga (53.8%) yang memiliki tipe keluarga Extended family, 5 kepala keluarga (38.5%) yang memilki tipe keluarga Nucler family, dan 1 kepala keluarga (7.7%) yang memilki Single parents.

**Tabel 5.3**

**Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Tugas Keluarga Yang Mempunyai Lansia Dengan Dimensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tugas Keluarga | Frekunsi | Persentase (%) |
| 1 | Tidak Dilaksanakan | 4 | 30,8 |
| 2 | Dilaksanakan | 9 | 69.2 |
| Total | | 13 | 100 |

Dari tabel 5.3 dapat dilihat bahwa lebih separoh yaitu 9 kepala keluarga (69.2%) melaksanakan tugas keluarga, dan 4 kepala keluarga (30,8%) tidak melaksanakan tugas keluarga.

1. **Analisa Bivariat**

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen yaitu etnis dan tipe keluarga dan variabel dependent pelaksanaan tugas keluarga pada lansia dengan demensia, sebagai berikut :

1. Hubungan Etnis Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam 2016.

**Tabel 5.4**

**Hubungan Etnis Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam**

**Tahun 2016**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Etnis | Pelaksanaan Tugas Keluarga | | | | Jumlah | | P value | OR |
| Tidak dilaksanakan | | Dilaksanakan | |
| f | % | F | % | f | % | 0,913 | 0,857 |
| Minang | 3 | 30.0% | 7 | 70.0% | 10 | 100% |
| Non Minang | 1 | 33.3% | 2 | 66.7% | 3 | 100% |
| Total | 4 | 30,8% | 9 | 69,2% | 13 | 100% |

Dari tabel 5.6 dapat dilihat bahwa dari 10 responden yang bersiku minang, terdapat 30,0% responden yang tidak melakukan tugas keluarga, dan yang melakukan tugas keluarga sebanyak 70,0% Sedangkan responden yang bersuku non minang 66,7% melakukan tugas keluarga dan yang tidak melakukan 33.3%.

Berdasarkan uji statistik hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada lansia dengan demensia diperoleh nilai p = 0,913 (p>0,05), berarti H0 tidak bermakna yaitu tidak ada hubungan antara etnis dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia di wilayah kerja Puskesmas Lasi. OR (odds ratio) 0.857 artinya responden dengan Etnis Minang berpeluang 0,857 kali untuk melaksanakan tugas keluarga dibandingkan dengan respon yang memiliki suku non Minang.

1. Hubungan Tipe Keluarga Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia.

**Tabel 5.5**

**Hubungan Tipe Keluarga Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipe keluarga | Pelaksanaan Tugas Keluarga | | | | Jumlah | | P value | OR |
| Tidak Dilaksanakan | | Dilaksanakan | |
| F | % | F | % | F | % | 0.010 | - |
| Nucler Family | 4 | 80,0% | 1 | 20,0% | 5 | 100% |
| Extended Family | 0 | 0 % | 7 | 100% | 7 | 100% |
| Single Family | 0 | 0% | 1 | 100% | 1 | 100% |
| Total | 4 | 30,8% | 9 | 69,2% | 13 | 100% |

Dari tabel 5.7 dapat dilihat bahwa dari 5 responden yang memiliki tipe keluarga Nuclear family, terdapat 80,0 % responden yang tidak melakukan tugas keluarga dan yang yang melaksanakan tugas keluarga sebanyak 20,0%. Sedangkan responden yang memiliki tipe keluarga Extended family yang melaksankan tugas keluarga sebanyak 100%. Sedangkan responden yang memiliki tipe keluarga Singel parent sebanyak 100% tidak melaksanakan tugas keluarga.

Berdasarkan uji statistik hubungan tipe keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia diperoleh nilai p = 0,010(p<0,05), berarti Ha bermakna yaitu ada hubungan antara tipe keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.

1. **Pembahasan**
   1. **Univariat**
2. **Etnis**

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa lebih dari separoh 10 kepala keluarga (76.9%) memiliki Etnis Minang, dan 23.1% non Minang.

Etnis adalah aspek kunci dari kebudayaan dan merujuk pada kebiasaan leluhur, rasa kebersamaan dan identitas kelompok. Latar belakang Etnik sangat mempengaruhi pemikiran, perilaku, perasaan, persepsi, ritual/upacara, dan selebrasi/perayaan, diet, nilai, serta kepercayaan dan praktik sehat dan sakit (Huff dan Kline, 1999 dalam Friedman, dkk, 2003). Etnis keluarga dapat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan yang dapat berdampak pada status kesehatan keluarga (Hanson, dkk, 2005).

Kedudukan dan Peranan seorang lansia dalam keluarga dan masyarakat dianggap sebagai orang yang harus dihormati dan dihargai apalagi dianggap memiliki prestise yang tinggi dalam masyarakat menjadikan lansia secara psikologis lebih sehat secara mental. Perasaan diterima oleh orang lain akan mempengaruhi tanggapan mereka dalam memasuki hari tua, dan berpengaruh pula kepada derajat kesehatan lansia. Berbeda halnya jika lansia dianggap peranan yang tidak diinginkan dalam masyarakat.

1. **Tipe Keluarga**

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa sebagian besar yaitu yaitu 7 kepala keluarga (53.8%) yang memiliki tipe keluarga Extended family, 38,5% Nucler family, dan 7.7% Single parents.

Keluarga memiliki beberapa bentuk. Menurut Friedman, Bowden, & Jones (2003) bentuk keluarga mencakup keluarga inti dan extended *family*. Keluarga inti yaitu keluarga yang terbentuk karena pernikahan dan memiliki peran sebagai orang tua yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak baik biologis, adopsi atau keduanya.

Keluarga Indonesia umumnya menganut tipe keluarga besar karena masyarakat Indonesia terdiri dari berbagai suku yang hidup dalam suatu komunitas dalam adat istiadat yang sangat kuat. Bentuk keluarga ini merupakan keluarga tradisional dimana beberapa generasi tinggal dalam suatu rumah, tipe keluarga luas seperti ini saling memberikan dukungan penting dan dukungan yang terus menerus kepada anggota keluarga yang lain.

Definisi perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan dada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran atau penyalur (Murwani, 2007). Alasan keluarga sebagai unit pelayanan. Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, dan apabila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya. Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu (Pasien), keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara para anggotanya. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat.

1. **Pelasanan Tugas Keluarga**

Dari tabel hasil penelitian dapat dilihat bahwa sebagian besar yaitu 9 (69.2%) keluarga melaksanakan tugas keluarga, dan 30,8% tidak melaksanakan tugas keluarga.

Keluarga merupakan konteks sosial primer untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit (Potter & Perry, 2009). Keluarga bertindak sebagai yang pertama sekali mengenal adanya gangguan kesehatan pada salah satu anggota keluarga. Masalah kesehatan dalam keluarga dapat diatasi jika keluarga dapat menjalankan tugasnya dalam bidang kesehatan, yaitu sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai lima tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan (Suryanto, 2008).

* 1. **Bivariat**

**5.1.2.1 Hubungan Etnis Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa dari 10 responden yang bersiku minang, terdapat 30,0% responden yang tidak melakukan tugas keluarga, dan yang melakukan tugas keluarga sebanyak 70,0% Sedangkan responden yang bersuku non minang 66,7% melakukan tugas keluarga dan yang tidak melakukan 33.3%.

Berdasarkan uji statistik hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada lansia dengan demensia diperoleh nilai p = 0,913 (p>0,05), berarti H0 tidak bermakna yaitu tidak ada hubungan antara etnis dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia di wilayah kerja puskesmas lasi. OR (odds ratio) 0.857 artinya responden dengan etnis minang berpeluang 0,857 kali untuk melaksanakan tugas keluarga dibandingkan dengan respon yang memiliki suku non minang.

Berdasarkan hasil penelitian oleh Puspita (2010) mengenai pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada suku Jawa, didapati bahwa pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada suku Jawa berada dalam kategori baik (75%) dan 53,6% keluarga suku Jawa lebih mengutamakan pengobatan medis dibanding pengobatan tradisional. Selain itu penelitian oleh Merliana (2010) menyatakan bahwa pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada suku Batak toba juga dalam kategori baik (87%) dan 95% keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan, sedangkan pelaksanaan kesehatan keluarga oleh suku Minangkabau dalam penelitian Santi (2010) didapati dalam kategori baik dengan pemanfaatan lembaga kesehatan 80,5%. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada suku Batak Karo oleh penelitian Edi (2010) juga masuk dalam kategori baik (63,04%) dengan 69,6% keluarga memanfaatan lembaga kesehatan dengan baik.

Setiap keluarga memliki struktur keluarga yang dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Struktur keluarga terdiri dari empat elemen utama yaitu struktur peran keluarga, struktur kekuatan keluarga, pola komunikasi keluarga serta nilai-nilai dan norma keluarga (Suprajitno, 2004). Keempat elemen tersebut sangat berpengaruhi dalam pemberian perawatan kesehatan dalam keluarga. Sistem ini sangat mempengaruhui sikap dan perilaku keluarga untuk memainkan peranya sebagai pemberian perawatan kesehatan yang di dasari oleh latar belakang budaya dan keyakinan yang telah turun menuru dilakukan oleh keluarga (Frieman,1998).

Setiap budaya memiliki sistem memiliki sistem perawatan kesehatan indigeus yang berlawanan dengan sistem perawatan ilmiah atau profesional. Sistem perawatan kesehatan indegies biasanya menggunakan perawatan tradisional yang menjadi penyembuhnya adalah dukun atau paranormal, sedangkan sistem perawatan ilmiah atau profesional biasnya menggunakan pengobatan atau perawatan medis dengan alat- alat yang canggih dan modren yang menjadi penyembuh adalah dokter atau petugas kesehatan lainya. (Leininger, 1976 dalam friedman, 1998).

Pengertian sehat-sakit menurut masyarakat suku Minangkabau tidak terlepas dari tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat tersebut. Pada umumnya, masyarakat menganggap bahwa seseorang dikatakan sehat adalah seseorang yang memiliki jasmani dan rohani yang sehat, serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari. Bagi masyarakat Minangkabau, dikatakan sakit, jika seseorang tersebut tidak dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari seperti berdagang, bekerja di kantor, berladang dan lain-lain. Walaupun seseorang tersebut sudah memiliki gejala sakit seperti sakit kepala, flu ataupun masuk angin namun masih dapat beraktivitas belum diartikan sebagai sakit. Dan jikalau kepala keluarga sakit, maka secara tidak langsung semua anggota keluarga yang ada di dalam keluarga tersebut akan sakit. Dalam hal pengambilan keputusan untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan jika salah seorang anggota keluarga sakit, biasanya diputuskan secara bersama oleh anggota keluarga tersebut. Namun adakalanya, jika keluarga tidak mampu lagi dalam hal dana ataupun penyakitnya sudah terlalu berat maka keluarga tersebut meminta bantuan dari keluarga yang lain atau bahkan dari organisasi yang diikuti oleh keluarga tersebut. Keputusan keluarga tergantung jenis penyakit yang terjadi pada orang tersebut.

Pada suku non minang pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada lansia dapat dilaksanakan dengan baik. Adakalanya keluarga memberikan perawatan- perawatan sederhana, jika ada anggota keluarga yang sakit keluarga lebih memilih membawa anggota keluarga yang sakit ke pusat pelayanan kesehatan. Pada masyarakat non minang menganggap bahwa seorang dikatakan sehat adalah seseorang yang memiliki jasmani dan rohani yang sehat, serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari. Sedangkan untuk masalah sakit, sebagian masyarakat non minang mempercayai karena keadaan fisik. Dalam hal pengambilan keputusan untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan jika salah seorang anggota keluarga sakit, biasanya diputuskan secara bersama oleh anggota keluarga tersebut.

Menurut asumsi peneliti, fungsi utama keluarga salah satu diantaranya adalah fungsi perawatan keluarga, dimana keluarga memberikan perawatan kesehatan yangbersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga melaksanakan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Lansia dengan penyakit dimensia memerlukan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Adapun beberapa hal yang berkaitan dengan tugas kesehatan keluarga meliputi kemampuan untuk mengenal masalah, kemampuan keluarga untuk mengambil keputusan, kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sakit, kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dan kemampuan keluarga dalam memanfaat kanfa silitas pelayanan kesehatan yang ada.

**5.1.2.2 Hubungan Tipe Keluarga Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. AgamaTahun 2015**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa dari 5 responden yang memiliki tipe keluarga nicler family, terdapat 80,0 % responden yang tidak melakukan tugas keluarga dan yang yang melaksanakan tugas keluarga sebanyak 20,0%. Sedangkan responden yang memiliki tipe keluarga extended family yang melaksankan tugas kelurga sebanyak 100%. Sedangkan responden yang memiliki tipe keluarga singel parent sebanyak 100% tidak melaksanakn tugas keluarga.

Berdasarkan uji statistik hubungan tipe keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia diperoleh nilai p = 0,010(p<0,05), berarti Ha bermakna yaitu ada hubungan antara tipe keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi,Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.

Menurut suprajitno (2004) pembagian tipe keluarga secara tradisional keluarga inti (*nuklear family*), *nuklear family* adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak, dimana ayah berperan sebagai pendidik, tokoh dan indentifikasi anak, pembantu pengurus rumah tangga, pencari nafkah. Sedangakan ibu berperan sebagai pendidik, pengatur rumah tangga, sebagai patner, anak berperan sebagai formal dan informal. Keluarga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuahan keperawatan untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit. Pada tipe keluraga nuklear family pelakasanaan tugas kesehatan keluarga dapat dilaksanakan karena jumlah anggota keluarga yang banyak dan dapat melakasanan peran dan fungsi masing-masing. (Setyawati 2007). Sedangakan tipe keluarga yang *singgle parent family* tidak dapat melaksanakan tugas kesehatan keluarga karena kepala keluarga melaksanakan peran atau fungsi ganda, sehingga mengabaikan tugas kesehatan keluarga pada lansia (setyawati 2007).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Imanah (2012) tentang hubungan lima tugas kesehatan keluarga dengan pencegahan kekambuhan pada klien skizofrenia yang berkunjung di poli jiwa rumah sakit jiwa MenurSurabaya, didapatkan hasil hubungan yang signifikan antara pelaksanaan lima tugas kesehatan keluarga terhadap upaya pencegahan kekambuhan. Hasil ini menunjukkan bahwa keluarga merupakan support utama dalam memenuhi kesehatan anggota keluarganya. Semakin keluarga memahami mengenai pelaksanaan tugas kesehatan keluarga maka penyakit yang dialami anggota keluarga dapat diatasi.

Menurut asumsi peneliti pelakasanaan tugas kesehatan pada lansia dengan dimensia, pada tipe keluarga nuklear family semua anggota keluarga dapat melaksanakan tugas kesehatan pada lansia dikarenakan setiap anggota keluarga dapat berbagi peran dan fungsi masing-masing. Pada tipe keluarga exstended family tugas kesehatan keluarga dapat dilaksanakan dengan baik karena jumlah anggota keluarga yang banyak. Sedangan pada single parent family tidak dapat dilaksanakan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. Menururt peneliti tipe keluarga exstendid family yang dapat melaksankan tugas kesehatan keluarga yang paling baik.

1. **Keterbatasan Peneliti**

Penelitian ini mempunyai keterbatasan-keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan-keterbatasan tersebut, yaitu:

* + - * 1. Peneliti tidak dapat mengobservasi secara langsung keluarga melakukan pelaksannan tugas kesehatan keluarga lansia dengan demensia.
        2. Instrument penelitian berupa kuesioner yang berisi pertanyaan untuk menilai pengetahuan, sikap, dan perilaku yang sudah disediakan alternatif jawabannya, sehingga memungkinkan responden tidak dapat mengemukakan jawaban dengan bebas.

**BAB VI**

**PENUTUP**

1. **KESIMPULAN**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada bulan februari 2016 tentang Bagaimana hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016 dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Lebih dari separoh 10 kepala keluarga (76.9%) memiliki etnis minang, dan 23.1% non minang Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.
2. Sebagian besar yaitu yaitu 7 (53.8%) kepala keluarga yang memiliki tipe keluarga extended family, 38,5% nucler family, dan 7.7% single parents. Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.
3. Lebih dari separoh yaitu 9 (69,2%) keluarga melaksanakan tugas keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.
4. Tidak ada hubungan antara etnis dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia di wilayah kerja puskesmas lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016, OR (odds ratio) 0,857, p value 0,913
5. Ada hubungan antara tipe keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016, p value 0,010.
6. **SARAN**

6.2.1 Bagi institusi pendidikan

Memberikan informasi tentang penelitian tentang pelaksanaan tugas keluarga digunakan sebagai salah satu panduan dalam memberikan informasi kesehatan.

6.2.2 Bagi lahan

Sebagai bahan masukan bagi pukesmas dalam memberikan pendidikan kesehatan pada keluaraga yang memliki lansia dengan dimensia dan diharapakan kepada petugas kesehatan untuk lebih memperhatikan pelaksanan tugas kesehatan keluarga, serta membina hubungan kerjasama dengan keluarga untuk membimbing anggota keluarga lain untuk melaksanakan tugas kesehatan keluarga.

6.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai bahan acuan bagi peneliti lainnya dalam meneliti atau menganalisa terkait karateristik keluarga dengan variabel yang berbeda dan bervariasi. Serta area yang diperluas dan dengan jumlah sampel yang lebih besar.

**DAFTAR PUSTAKA**

--------------------------. 1998. Buku Ajar KeperawatanKeluarga :Riset, Teori, &Praktik. Ed 3. Jakarta : EKG.

Adler et al, (1997); USDHHS, Public Healh Service, 1998 dalam Stanhop & Lancaster, 2004; Hanson, Gedaly-Duff, kakinen, 2005.

Anderson Carter dalam Ferry (2009). Tipe-Tipe Keluarga.

Atanly, Micley. 2006. Buku ajar keperawatan gerontik Edisi ke II, Kedokteran.EGC.Jakarta.

Azizah, 2011, kutipan penelitian tentang Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia.

Birchwood& Jackson, 2001; Kruger, 2000.Konsep Karakteristik Keluarga..

Buletin Lansia. 2013. Gambaran Kesehatan Lanjut Usia Di Indonesia. Penerbit Kementrian RI. Htp. Buletin Lansia. Com.

Curran dan Ranzetti, 2003 dalam Friedman, dkk, 2003. Status Sosioekonomi Keluarga

Darmojo, boedi. 2014. Buku Ajar Gerontik ( Ilmu Kesehatan Usia Lanjut ). Edisi ke V. Badan Penerbit Falkultas Univesitas Indonesia. Jakarta.

Digilib.unimas.ac.id/files/diski/III/jtpt inimas.gdi.sitiammah.pdf

Depkes RI , Lanjut Usia (2010).*Profil Lanjut Usia* 2009. Jakarta

Depkes. 2012. *Departemen Kesehatan RI.* [*http://www.perpustakaan.depkes.go.id*](http://www.perpustakaan.depkes.go.id)

Duvall dan Miller dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003 Tahap Perkembangan Keluarga .

Ebersole & Hess, 2004 dalam Allender & Spradley, 2005: McMurray, 2003. Konsep keluarga.

Ejournal.undip.ac.id/index.php/psikologi/artikele/vitikle/viewfile/2940/2627.pdf]

Effendy dalam Ferry, 2009. Peran Keluarga. Jakarta.

Ferry Efendi, Makhfudlin, (2009). Konsep keluarga. Jakarta

Fretman dan Hemrich (1981) serta Depkes (2006), Tugas kesehatan keluarga.

Fridman, Marilyn M. 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga :Riset, Teori, &Praktik. Ed 5. Jakarta : EGC.

Fujianto, 2016.id/bitstream/chapter III-VI.Pdf< Respiratori.usu.ac

Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, (2005). Karakteristik Keluarga. Jakarta

Hidayat, A. Alimul Aziz. (2009). Metode Penelitian Keperawatan Tehnik Analisa Data. Jakarta. Salemba Medika.

Kelley, 1997 dalam Friedman, dkk , (2003). Kebudayaan Keluarga, Surabaya

Kline, 1999 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003 Karakteristik keluarga, Etnis.

Menurut Miller (1995) dalam Ramlah (2011). Konsep lansia.

Marilyn dalam Effendy (2009). Fungsi keluarga. Surabaya

NasrulEffendydalam Ferry, 2009. Keperawatan Komunitas. Jakarta

Nugroho, W. (1999).Keperawatan Gerontik (edisidua ). Jakarta; EGC.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*.ed.rev.Penerbit Rineka Cipta. Jakarta.

Repiratori.usu.ac.id/bitstream/pdf

Respiratori.usu.ac.id/bitstream/chapter III-VI.Pdf

Sitiammah,2016konsep keluarga, unimas. ac. id/files/diski/III/jtpt. inimas.gdi. sitiamah. pdf

**KUESIONER PENELITIAN**

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA DENGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN PADA LANSIA DENGAN DIMENSIA DI WILAYAH KERJA**

**PUSKESMAS LASI CANDUANG KAB. AGAM**

**TAHUN 2015**

1. **Mengenalmasalahkesehatandalamsetiapanggotakeluarga**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N0 | **PERNYATAAN** | **SS** | **SR** | **KK** | **TP** |
| 1 | Apakahkeluargamengertitentangsehatdansakit |  |  |  |  |
| 2 | Apakahkeluargamengetahuiperubahan yang terjadijikatimbulkeluahanpenyakitpadasalahsatuanggotakeuarga yang sakit |  |  |  |  |
| 3 | Apakahkeluargamengetahuipenyebabdariperubahan yang terjadipadaanggotakeluarga yang sakit |  |  |  |  |
| 4 | Apakahkeluargamenanyakankeluhan yang dirasakananggotakeluarga yang sakit |  |  |  |  |
| 5 | ApakahKeluargadapatmembedakankondisisehat, sakitsetiapanggotakeluarga. |  |  |  |  |

1. **Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat untuk keluarga**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N0 | **PERNYATAAN** | **SS** | **SR** | **KK** | **TP** |
| 1 | ApakahKeluargaberanggapanbahwaseseorang yang sakittidakdapatmelakukanaktivitas. |  |  |  |  |
| 2 | ApakahKepalakeluargaberperanpentingdalammengambilkeputusanuntukmengatasimasalahkesehatan. |  |  |  |  |
| 3 | ApakahKeluargamenanyakanpendapatdari orang lainuntukmenentukantindakankesehatan yang tepat. |  |  |  |  |
| 4 | ApakahSebelummengambilkeputusan yang tepatkeluargamemberikanperawatansederhanadirumah. |  |  |  |  |
| 5 | ApaKeputusankeluargadalammengatasimasalahkesehatanadalahPuskesmas, Bidan, atauRumahSakit. |  |  |  |  |

1. **Memberikan perawatan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N0 | **PERNYATAAN** | **SS** | **SR** | **KK** | **TP** |
| 1 | ApakahadaKeluargamembantuanggotakeluarga yangsakitdalammemenuhikebutuhannyasehari-harisepertimandi, makan, minumobat, dll. |  |  |  |  |
| 2 | ApakahKeluargamelanjutkanpengobatandi rumahsesuaidenganpetunjukdokterataupetugaskesehatan. |  |  |  |  |
| 3 | ApakahKeluargalebihmengutamakanpengobatanmedisdibandingkanpengobatantradisional. |  |  |  |  |
| 4 | AdakahKeluargamemperhatikanperkembangankesehatananggotakeluarga yang sakit. |  |  |  |  |
| 5 | AdakahKeluarga member perhatian yang lebih  Kepadaanggotakeluarga yang sakit. |  |  |  |  |

1. **Memodifikasi lingkungan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N0 | **PERNYATAAN** | **SS** | **SR** | **KK** | **TP** |
| 1 | ApakahadaKeluargamenyediakanwaktuuntukmembersihkanrumahdanlingkunganrumahsetiaphari. |  |  |  |  |
| 2 | AdakahKeluargamembuatjadwalkhususuntuk  Membersihkanseluruhbagianrumah. |  |  |  |  |
| 3 | ApakahKeluargamelaksanakanjadwalkebersihan yang telahdibuatsecarabersama-sama (bergotongroyong). |  |  |  |  |
| 4 | ApakahKeluargaikutsertadalammembersihkanlingkungansekitarrumah. |  |  |  |  |
| 5 | ApakahKeluargamenyediakanwaktuuntukberbincang-bincangdengananggotakeluargauntukmengetahukondisidanperkembangandarisetiapanggotakeluarga. |  |  |  |  |

1. **Pemanfaatan lembaga kesehatan yang ada**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N0 | **PERNYATAAN** | **SS** | **SR** | **KK** | **TP** |
| 1 | ApakahKeluargapercayakepadapetugaskesehatan yang ada di Puskesmas, Bidan, atauRumahSakit. |  |  |  |  |
| 2 | ApakahKeluargadapatmenjangkauPuskesmas, Bidan, atauRumahSakit. |  |  |  |  |
| 3 | ApakahKeluargamemanfaatkanPuskesmas, Bidan, atauRumahSakitdengankebutuhan. |  |  |  |  |
| 4 | ApakahKeluargamendukung program kesehatan yang diselenggarakanolehpetugaskesehatan (mis :imunisasi, KB, foging, penyuluhan.kes, dll). |  |  |  |  |
| 5 | ApakahKeluargamerasapuasterhadappelayanankesehatantersebut. |  |  |  |  |

**Lampiran I**

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

KepadaYth:

Calon Responden Penelitian

Di tempat.

Denganhormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis SumBar.

Nama : Zulkifli

NIM : 11103084105059

Akan mengadakan penelitian dengan judul **“Hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan Dimensia di wilayah kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016”.**

Adapun tujuan dari penelitian ini untuk kepentingan pendidikan saya dan tidakan menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara sebagai responden serta segala informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dan saya bertanggung jawab apabila informasi yang diberikan merugikan bagi responden.

Demikian atas perhatian dan kesediaannya sebagai responden, saya ucapkan terimakasih.

Bukittinggi, januari 2016

Zulkifli

**Lampiran 2**

**FORMAT PERSETUJUAN RESPONDEN**

**( *Informed Consent* )**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah dijelaskan maksud dan tujuan dari peneliti, maka saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh saudara Zulkifli mahasiswa STIKes Perintis Bukittinggi yang berjudul **“Hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan Dimensia di wilayah kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016“.**

Demikianlah persetujuan ini saya tanda tangani dengan suka rela dan tanpa paksaan dari siapapun agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Canduang, januari 2016

Responden

( )

**Lampiran 3**

**KISI-KISI LEMBAR KUESIONER**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Variabel** | **Aspek yang diukur** | **Jumlah item** | **No item** |
| 1 | **Indenpenden**  Karakteristikkeluarga :  Etnis  Tipekelurga | kebudayaandanmerujukpadakebiasaanleluhur, rasa kebersamaandanidentitaskelompok  Bentuk- bentukdalamkeluarga | 1 item  3 item | a  a,b,c |
| 2 | **Dependen**  Pelaksanaantugaskesehatanpadalansiadengandemensia | Mengenalmasalahkesehatandalamsetiapanggotanya  Mengambilkeputusanuntukmelakukantindakan yang tepatbagikeluarga.  Memberikanperawatan  Memodifikasilingkungan  Mempertahankanhubungantimbalbalikantarakeluargadanlembagakesehatan | 5  5  5  5  5 | 1,2,3,4,5  6,7,8,9,10  11,12,13,14,15  16,17,18,19,20  21,22,23,24,25 |

**Lampiran 4**

**PANDUAN WAWANCARA PENLITIAN**

Hubungan Karakteristik Keluarga Dengan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Pada Lansia Dengan Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam Tahun 2016.

Nomor Responden :

1. Identitas responden :
2. Nama :
3. Jenis kelamin :
4. Umur :
5. Alamat :
6. Karakteristik Kelurga Etnis :
7. Apakah suku yang dianut dalam keluarga :

Minang Non Minang

1. Tipe Kelurga
2. Apakah kelurga anda terdiri dari

Ayah, Ibu, Anak (Nuclear family)

1. Apakah keluarga anda terdiri dari :

Ayah, Ibu, Anak, Kakak, kakek, nenek, saudara, sepupu, bibi, (Extended family)

1. Apakah keluarga anda :

Mengalami perceraian

Mengalami kematian

**LEMBAR IDENTITAS RESPONDEN**

1. No Responden :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pekerjaan :
5. Hubungandenganpasien :
6. Ayah
7. Ibu
8. Nenek
9. Kakek
10. Saudarakandung
11. Sepupu

**LEMBAR CEKLIST**

**Hubungan karakteristik keluarga dengan pelaksanaan tugas kesehatan pada lansia dengan Dimensia di wilayah kerja Puskesmas Lasi, Jorong Seratus Janjang, Kecamatan Canduang, Kab. Agam**

**Tahun 2016**

NOMOR RESPONDEN :

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti.

1. Lembar ceklist terdiri dari dua bagian.
2. Berikan tanda ceklist (√ ) pada kolom yang telah disediakan.
3. Pastikan kembali pertanyaan, apakah sudah diisi dengan benar.
4. Keterangan :

SS =Sangat sering

SR = Sering

KK = Kadang-Kadang

TP =TidakPernah

= TerimaKasih Dan SelamatMengisi =

**Lampiran 5**

**PROSEDUR PENELITIAN**

Adapun prosedur yang digunakan dalam pengumpulan data yang dilakukan pada kelompok 1 pada penelitian ini adalah:

* 1. Peneliti meminta surat izin untuk penelitian di STIKes Perintis.
  2. Peneliti mengajukan surat penelitian kekantor Kesehatan Bangsa dan Politik.
  3. Setelah mendapatkan surat balasan dari kantor Kesehatan dan Politik, peneliti mengajukan surat kepuskesmas Lasi untuk izin pengambilan data.
  4. Setelah surat diantar ke PuskesmasLasi, maka peneliti melakukan sosialisasi dengan petugas Puskesmas yang berada di ruangan.
  5. Peneliti meminta data pasien Dimensia pada petugas yang bertanggung jawab dibidang tersebut.
  6. Setelah mendapat surat izin balasan dari Puskesmas peneliti menemui langsung keluarga responden kerumahnya sesuai data pasien Dimensia yang didapat dari Puskesmas Lasi.
  7. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan.
  8. Jika keluarga pasien setuju untuk dijadikan sampel dalam penelitian ini, peneliti mengajukan lembar persetujua nuntuk ditanda tangani.
  9. Peneliti datang kerumah keluarga pasien pada jam yang telah disepakati dengan responden.
  10. Peneliti memberikan Kuesioner kepada keluarga pasien dengan caramen jelaskan pentingnya tugas kesehatan.
  11. Setelah Kuesioner diberikan, peneliti mengobservasi pengetahuan keluarga tentang Pentingnya tugas kesehatan tersebut.
  12. Peneliti memberikan Leaflet kepada keluarga pasien sebagai pedoman dalam menjaga pentingnya tugas keluarga.
  13. Satu minggu kemudian peneliti melakukan penilaian terhadap keluarga tentang pentingnya masalah keluarga.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MASTER TABEL | | | | | | | | | |
| HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA DENGAN PELAKSAAN TUGAS KESEHATAN KELUARAGA | | | | | | | | | |
| PADA LANSIA DENGAN DIMENSIA DIWILAYAH KERJA PUKESMAS LASI TAHUN 2015 | | | | | | | | | |
| NO | ETNIS | TIPE KELUARGA | PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA | | | | | TOTAL | KETERANGAN |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 2 | 17 | 18 | 15 | 19 | 18 | 88 | Dilaksanakan |
| 2 | 1 | 3 | 18 | 15 | 16 | 16 | 18 | 83 | Dilaksanakan |
| 3 | 1 | 2 | 18 | 18 | 16 | 17 | 19 | 88 | Dilaksanakan |
| 4 | 1 | 1 | 16 | 15 | 15 | 12 | 18 | 76 | Tidak Dilaksanakan |
| 5 | 1 | 2 | 18 | 16 | 18 | 17 | 17 | 87 | Dilaksanakan |
| 6 | 1 | 2 | 17 | 16 | 17 | 18 | 19 | 86 | Dilaksanakan |
| 7 | 1 | 2 | 17 | 20 | 18 | 16 | 17 | 88 | Dilaksanakan |
| 8 | 1 | 1 | 17 | 17 | 17 | 16 | 18 | 87 | Dilaksanakan |
| 9 | 1 | 2 | 17 | 16 | 16 | 17 | 17 | 83 | Dilaksanakan |
| 10 | 2 | 2 | 17 | 18 | 16 | 18 | 18 | 88 | Dilaksanakan |
| 11 | 1 | 1 | 14 | 12 | 13 | 13 | 15 | 67 | Tidak Dilaksanakan |
| 12 | 2 | 1 | 16 | 14 | 13 | 12 | 18 | 67 | Tidak Dilaksanakan |
| 13 | 1 | 1 | 16 | 12 | 15 | 14 | 18 | 78 | Tidak Dilaksanakan |
| Total | 16 | 22 | 218 | 207 | 205 | 205 | 230 | 1066 |  |
| Mean |  |  | 16.769 | 15.923 | 15.7692 | 15.76923 | 17.69231 | 82 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| keterangan : | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Etnis : |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 1 . Minang |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 2 . Non Minang |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tipe Keluarga : | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 1 . Nuclear family | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 2 . Extended family | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 3 . Single parent | |  |  |  |  |  |  |
|  | Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga : | | | |  |  |  |  |  |
|  |  | 1 . Mengenal masalah kesehatan dalam setiap anggota keluarga | | | | | |  |  |
|  |  | 2 . Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga | | | | | | | |
|  |  | 3 . Memberikan perawatan | | |  |  |  |  |  |
|  |  | 4 . Memodifikasi lingkungan | | |  |  |  |  |  |
|  |  | 5 . Pemamfaatan lembaga kesehatan yang ada | | | | |  |  |  |



