

**HUBUNGAN ANTARA KOMUNIKASI LANSIA TERHADAP KELUARGA
DENGAN KONSEP DIRI LANSIA DI POSYANDU HAPPY LANSIA
KELURAHAN AIR HITAM SAMARINDA**

SKRIPSI



DI AJUKAN OLEH

RISDIA ASTRID DEVISARI

1211308230520

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

MOTTO

Keamanan adalah tempat datar paling lapang. Kesehatan adalah tutupan diri yang paling sempurna. Ilmu adalah makanan yang paling lezat. Cinta adalah obat yang paling mujarab. Dan, tutupan Allah atas segala keburukan adalah pakaian yang paling baik.

Enam hal yang akan memberikan kesembuhan ; Agama, ilmu, kekayaan, harga diri, dan kesehatan.

(DR. Qidh Al-Qarni)

Hubungan antara Komunikasi Lansia terhadap Keluarga dengan Konsep Diri Lansia di POSYANDU Happy Lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda

Risdia Astrid Devisari¹, Ghozali M Hasyim², Faried Rahman Hidayat³

INTISARI

Latar Belakang : Konsep diri merupakan gambaran tentang diri kita, apa yang kita pikirkan dan kita rasakan serta merupakan kumpulan dari berbagai pengalaman utamanya dalam hubungan dengan orang lain, dalam setiap proses komunikasi konsep diri adalah salah satu faktor yang mempengaruhinya, karena setiap tingkah laku yang dibuat akan sesuai dengan konsep diri orang tersebut, dan Konsep diri yang menurun akan mempengaruhi pemikiran pada lansia dalam menilai dirinya baik itu penilaian diri secara positif maupun negatif.

Tujuan : Untuk Mengetahui hubungan antara komunikasi lansia terhadap keluarga dengan konsep diri lansia di POSYANDU Happy lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda.

Metode : Rancangan penelitian ini menggunakan *Descriptive Correlation* dengan pendekatan *Cross sectional*. Pengambilan sampel dengan *total sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 42 lansia di POSYANDU Happy Lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda. Komunikasi lansia dan konsep diri diukur menggunakan kuesioner. Analisis statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square*.

Hasil : Hasil penelitian dari 23 responden lansia dengan komunikasi baik yang memiliki konsep diri positif sejumlah 17 responden (77,3 %) dan 6 responden (30,0 %) memiliki konsep diri negatif. Selanjutnya dari 19 responden lansia dengan komunikasi kurang baik yang memiliki konsep diri positif sejumlah 5 responden (22,7 %) dan 14 responden (70,0 %) memiliki konsep diri negatif. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan *p value* 0,006 ($< \alpha$ 0,05) sehingga H_0 ditolak berarti ada hubungan yang bermakna antara komunikasi lansia dengan konsep diri lansia di POSYANDU Happy Lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda.

Kesimpulan : Ada hubungan yang bermakna antara komunikasi lansia terhadap keluarga dengan konsep diri lansia di POSYANDU Happy lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda.

Saran : Lansia lebih aktif lagi berinteraksi terhadap keluarga dirumah, lingkungan tempat tinggal.

Kata Kunci : Komunikasi, Konsep diri, Lansia

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda

³ Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

The Correlation between Elder People's Communication toward the Family and the Elderly Self-Concept at 'Happy Lansia' Integrated Health Service Post Air Hitam Urban Village Samarinda

Risdia Astrid Devisari¹, Ghozali M Hasyim², Faried Rahman Hidayat³

ABSTRACT

Background of Study : Self-concept is the way how we picture ourselves, how we think and feel, it is also consist of various social relationship experiences with others people. In each communication process, the self-concept is the influenced key factor, which each behavior was made of according to the self-concept by the person itself. A low self-concept will influence how the elderly think about themselves, in a positive self-assessment or even in negative way.

Purpose of the Study : To find out the correlation between elder people's communication toward the family and the elderly self-concept at 'Happy Lansia' Integrated Health Service Post Air Hitam Urban Village Samarinda.

Methodology : This study used Descriptive Correlation by the Cross Sectional approach. The sampling technique was total sampling, the amount of samples were 42 elder people at 'Happy Lansia' Integrated Health Service Post Air Hitam Urban Village Samarinda. The elder people's communication and self-concept was measured by questionnaire. Statistic analysis which was used in this study was Chi-Square testing.

Result of the Study : The result from 23 elderly respondents with good communication which had a positive self-concept were 17 respondents (77,3%) and 6 respondents (30,0%) which had negative self-concept. Furthermore, from 19 elderly respondents with less-good communication which had a positive self-concept were 5 respondents (22,7%) and 14 respondents (70,0%) which had negative self-concept. The result of Chi-Square testing shown p value 0,006 ($< \alpha$ 0,05) so H_0 was rejected, which meant there was a meaningful correlation between elder people communication and self-concept at 'Happy Lansia' Integrated Health Service Post Air Hitam Urban Village Samarinda.

Conclusion : There was a meaningful correlation between elder people's communication toward the family and the elderly self-concept at 'Happy Lansia' Integrated Health Service Post Air Hitam Urban Village Samarinda.

Suggestion : Elder people would be more active in social interaction toward family at home and surroundings.

Key words : Communication, Self concept, Elder people

¹ Undergraduate nursing student of STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Chairman of STIKES Muhammadiyah Samarinda

³ Undergraduate nursing lecturer of STIKES Muhammadiyah Samarinda

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah serta kekuatan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan antara komunikasi lansia terhadap keluarga dengan konsep diri lansia di POSYANDU Happy lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda”. Skripsi penelitian ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan program Studi S-1 Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda tahun 2016.

Selama proses pembuatan skripsi penelitian ini, penulis banyak memperoleh bantuan motivasi dan dorongan semangat dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penyusun ingin mengucapkan banyak terimakasih yang setulus-tulusnya kepada kedua orang tua yang senantiasa memberikan bantuan do'a dan material yang tak ternilai. Penyusun juga mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Ghozali, M.H., M.Kes selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda, dan selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan penulis bimbingan, motivasi, dan pengarahan hingga skripsi penelitian ini selesai.
2. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Kep., M.Kep selaku ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda.

3. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes selaku koordinator mata ajar skripsi Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda, dan selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan penulis bimbingan, motivasi, dan pengarahan hingga skripsi penelitian ini selesai.
4. Ibu Dr. Hj. Nunung Herlina, S.Kp.,M.Pd selaku penguji I dalam skripsi penelitian ini.
5. Bapak/ibu Kelurahan Air Hitam Samarinda, terimakasih yang telah memberikan izin, dukungan dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
6. Terimakasih kepada ketua kader Posyandu Happy Lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda yang memberikan bantuan dalam pengumpulan data lansia untuk penyusunan skripsi penelitian ini.
7. Bapak-ibu dosen dan seluruh karyawan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
8. Teristimewa terimakasih kepada kedua orang tuaku yang tercinta Bapak Darman, dan Ibu Benniati yang selalu tidak ada henti-hentinya memberikan semangat di setiap langkahku, dukungan, motivasi, do'a dan perhatiannya kepada penulis serta memberi pengorbanan baik moril maupun materil yang tak terkira demi kelancaran masa depan penulis, menguatkan penulis untuk terus berjuang sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
9. Buat acilkmu Linawati, terimakasih sudah membantu, memberi motivasi, dukungan bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi penelitian ini.

10. Untuk teman-teman sejawat S-1 Ilmu Keperawatan angkatan tahun 2012 yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah berjuang bersama.
11. Dan semua pihak yang memberikan kasih sayang dan perhatiannya kepada penulis.

Semoga segala kebaikan yang telah diberikan mendapatkan pahala dari Allah SWT. Dalam penyusunan skripsi penelitian ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, oleh karena itu dengan lapang dada penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar bermanfaat untuk semua pihak khususnya dalam lingkup kesehatan.

Samarinda, 05 Agustus 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul	
Halaman Judul	i
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Pengesahan	iv
Motto	v
Intisari	vi
<i>Abstract</i>	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel	xiv
Daftar Gambar	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
E. Keaslian Penelitian	11

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka	13
B. Penelitian Terkait	59
C. Kerangka Teori Penelitian.....	62
D. Kerangka Konsep Penelitian	64
E. Hipotesa	65

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	66
B. Populasi dan Sampel	66
C. Tempat dan Waktu Penelitian	68
D. Definisi Operasional	68
E. Instrumen Penelitian	69
F. Uji Validitas dan Reliabilitas	71
G. Teknik Pengumpulan Data	74
H. Teknik Analisa Data	76
I. Jalan Penelitian	80
J. Etika Penelitian	83

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	85
B. Pembahasan.....	91
C. Keterbatasan Penelitian.....	103

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	106
B. Saran.....	108

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian.....	69
Tabel 3.2	Kisi-kisi Instrumen.....	71
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden.....	88
Tabel 4.2	Analisis Variabel Independen.....	88
Tabel 4.3	Analisis Variabel Dependen.....	89
Tabel 4.4	Uji Normalitas.....	89
Tabel 4.5	<i>Chi Square</i>	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori Penelitian.....	63
Gambar 2.2	Kerangka Konsep Penelitian.....	64

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Konsep diri merupakan gambaran tentang diri kita, tentang apa yang kita pikirkan dan kita rasakan dan merupakan kumpulan dari berbagai pengalaman dan utamanya dalam hubungan dengan orang lain (*interactional with other*) (Tasmara, 2006).

Penurunan konsep diri akan mempengaruhi pola pemikiran lansia terhadap perilakunya. Perubahan konsep diri pada lansia terutama disebabkan oleh kesadaran subyektif yang terjadi yang sejalan dengan bertambahnya usia. Apabila lansia menyadari perubahan adanya perubahan fisik dan psikis yang terjadi pada diri mereka maka akan berfikir dan bertingkah laku yang seharusnya dilakukan oleh lansia. Lansia akan banyak mengalami perubahan fisik kemampuan dan fungsi tubuh yang akan mengakibatkan tidak stabilnya konsep diri (Nugroho, 2008).

Menurut Nugroho (2008), lansia akan mengalami banyak perubahan dan penurunan fungsi fisik dan psikologis hal ini akan menimbulkan berbagai masalah pada lansia yang akan mempengaruhi lansia dalam menilai dirinya sendiri yang disebut konsep diri.

Pada lansia akan muncul berbagai masalah baik yang bersifat umum maupun khusus. WHO mengungkapkan bahwa penyebab timbulnya permasalahan pada lansia adalah masalah fisik, psikososial, spiritual, mental, stress, ekonomi dan penurunan fungsi kognitif dan psikomotor, hal ini akan mempengaruhi konsep diri. Konsep diri yang menurun akan mempengaruhi pemikiran pada lansia dalam menilai dirinya baik itu penilaian diri secara positif maupun negatif.

Dampak dari menurunnya konsep diri pada lansia menyebabkan bergesernya peran sosial dalam berinteraksi sosial di masyarakat maupun di keluarga. Hal ini didukung oleh sikap lansia yang cenderung egois dan enggan mendengarkan pendapat orang lain, sehingga mengakibatkan lansia terasing secara sosial dan akhirnya merasa terisolir dan merasa tidak berguna lagi karena tidak ada penyaluran emosional dari bersosialisasi. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial menurun baik secara kualitas maupun kuantitas karena peran lansia yang digantikan kaum muda, dimana keadaan ini terjadi sepanjang hidup dan tidak dapat dihindari (Standley & Beare, 2007). Seiring dengan bertambahnya usia, lansia mengalami perubahan dalam hidup mereka misalnya, hilangnya pekerjaan, pensiun, berubahnya peran sosial, merasa ditinggalkan dan jauh dari anak cucu, kehilangan pasangan suami atau istri, jika

penyesuaian diri pada lansia dalam menghadapi perubahan dalam kehidupannya lambat dan tidak mampu menyesuaikan diri, hal ini akan menimbulkan kondisi stress dan akan semakin bertambahnya beban mental pada lansia, kondisi ini menyebabkan lansia jarang bersosialisasi dan berinteraksi. Keadaan ini cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum (fisik) maupun kesehatan jiwa secara khusus (Nugroho, 2008).

Konsep diri lansia dipengaruhi oleh pengalaman-pengalaman sepanjang hidup lansia dan berkembang melalui proses yang sangat kompleks yang melibatkan banyak komponen. Komponen konsep diri, gambaran diri atau citra diri, ideal diri, harga diri, identitas diri, penampilan dan peran (Potter & Perry, 2002 dalam Erni 2012).

Gangguan konsep diri yang terjadi pada lansia cenderung akibat penurunan kondisi fisik yang dialaminya dan keterbatasan dukungan sosial khususnya dari pihak keluarga (Miller, 2004 dalam Reni 2011). Hal ini sangat mempengaruhi aspek psikologis pada lansia. Pada kehidupan lansia, aspek psikologis ini lebih menonjol dari aspek materiil (Suardiman, 2007).

Berbagai masalah yang cenderung ditemukan pada lansia akibat gangguan psikologis adalah: harga diri rendah, kecemasan yang tinggi, mudah marah, mudah tersinggung, kurang percaya

diri, kesepian, dan sebagainya (Tyson, 1999 dalam Reni 2011). Permasalahan ini sangat mempengaruhi motivasi dan kepatuhan lansia dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya.

Menurut Sobur (2010) Faktor -faktor yang mempengaruhi konsep diri pada individu tidak terbentuk secara instan, melainkan dengan proses belajar sepanjang hidup manusia. Ketika individu lahir, individu tidak memiliki pengetahuan tentang dirinya, tidak memiliki harapan yang dicapai serta tidak memiliki penilaian tentang dirinya, sejalan adanya pertumbuhan konsep diri akibat dari interaksi dengan lingkungan sekitar, yaitu; (1) Faktor eksternal: terutama lingkungan keluarga, kondisi kesehatan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, iklim intelektual dan interaksi terhadap orang lain; (2) Faktor internal: *self-insight (understanding)*, *self acceptance*, atau *self responsible* (Potter & Perry, 2002 dalam Erni 2012).

Pola komunikasi keluarga merupakan karakteristik, pola interaksi sirkular yang bersinambung yang menghasilkan arti dari transaksi antara anggota keluarga (Peters, 1974 dalam Friedman 2010). Komunikasi tidak jelas diyakini sebagai penyebab utama fungsi keluarga yang buruk (Holman, dkk dalam Friedman 2010). Komunikasi yang jelas dan fungsional dalam keluarga merupakan sarana penting untuk mengembangkan makna diri (Padila, 2011).

Menjadi tua merupakan suatu fenomena alamiah sebagai akibat proses menua. Fenomena ini bukanlah suatu penyakit, melainkan suatu keadaan yang wajar yang bersifat *universal*. Proses menua bersifat regresif dan mencakup proses organobiologis, psikologik serta sosial budaya. Menjadi tua ditentukan secara genetik dan dipengaruhi oleh gaya hidup seseorang (Tamher, 2009).

Menurut penelitian gerontologi, lanjut usia (lansia) adalah suatu tahap dalam hidup manusia mulai dari bayi, anak-anak, remaja, tua, dan lansia. Lansia bukan penyakit melainkan suatu proses alami yang tidak bisa dihindarkan. Tidak ada batasan yang pasti mengenai umur lansia (Nugroho, 2008). Menurut WHO, lansia dikategorikan menjadi 4 golongan usia yaitu: usia pertengahan (*middle age*) adalah kelompok usia 45-59 tahun, lansia (*elderly*) adalah kelompok usia 60-74 tahun, usia (*old*) adalah kelompok usia 75-90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) adalah kelompok usia diatas 90 tahun (Maryam, 2008; Nugroho, 2008).

Pada Hari Kesehatan Sedunia tanggal 7 April 2012, WHO mengajak negara-negara untuk menjadikan penuaan sebagai prioritas penting mulai dari sekarang, sampai sekarang ini penduduk di 11 Negara anggota kawasan Asia Tenggara yang berusia diatas 60 tahun berjumlah 142 juta orang dan diperkirakan akan terus meningkat hingga 3 kali lipat ditahun 2050, sehingga

rata-rata usia harapan hidup di negara-negara kawasan Asia Tenggara adalah 70 tahun, sedangkan usia harapan hidup di Indonesia sendiri termasuk cukup tinggi yaitu 71 tahun, berdasarkan Profil Data Kesehatan Indonesia tahun 2011 menurut WHO (2012, dalam Anggraini 2013).

Pada tahun 2000 jumlah lansia di Indonesia mencapai 14 juta jiwa, sedangkan jumlah lansia pada tahun 2010 mencapai 16,5 juta jiwa, diperkirakan tahun 2020 jumlah lansia mencapai 28 juta jiwa dan akan bertambah menjadi hampir 2 milyar pada tahun 2050, yang mana pada waktu itu populasi lansia akan lebih besar dari pada populasi anak-anak menurut WHO (2012, dalam Suktiarti 2014).

Pembinaan lansia sangat memerlukan perhatian khusus sesuai dengan keberadaannya jika hal ini tidak ditangani maka akan menimbulkan permasalahan yang cukup besar, salah satu wujud peran serta masyarakat dalam menanggulangi permasalahan ini yaitu dengan pembentukan posyandu lansia yang merupakan upaya lansia untuk menolong dirinya sendiri dalam meningkatkan derajat kesehatannya.

Posyandu lansia merupakan perwujudan pelaksanaan program pengembangan dari kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan bagi lansia, sebagai suatu forum komunikasi dalam bentuk peran serta masyarakat lansia, keluarga, tokoh

masyarakat dan organisasi sosial dalam penyelenggaraannya, dalam upaya peningkatan tingkat kesehatan secara optimal. Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat lansia disuatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang di gerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapat pelayanan kesehatan. Kegiatan dari Posyandu lansia meliputi *preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitative* (Ismawati,2010).

Di kelurahan air hitam memiliki 4 posyandu lansia yang berbeda tempat, hari dan tanggal pelaksanaan setiap bulan, salah satunya Posyandu Happy lansia Jl. A.W.Syahrani RT 30 Kelurahan air hitam. Jumlah lansia yang terdaftar di Posyandu Happy lansia secara keseluruhan adalah 42 lansia. Dari data yang di dapat pada bulan September 2015 lansia yang datang untuk berobat di Posyandu Happy lansia hanya 35 lansia dan pada bulan oktober 2015 lansia yang datang berobat di Posyandu Happy hanya 21 lansia. Dalam 2 bulan terakhir terlihat bahwa adanya penurunan angka hadir lansia untuk berobat, hal ini dapat di perkirakan menurut kader minimnya kehadiran lansia tidak begitu dapat dukungan atau bahkan komunikasi dari keluarga kurang begitu di perhatikan baik dari lansia maupun keluarga sendiri untuk mengantar lansia berobat atau kontrol kesehatan di Posyandu, sehingga lansia kurang minat apalagi dengan lansia yang sudah tidak yakin, atau tidak percaya terhadap dirinya

sendiri, menganggap dirinya juga selalu sehat terus dan pasrah dengan kesehatannya sekarang, hal ini tidak terlepas dari komunikasi lansia dengan keluarga yang bisa menimbulkan kepercayaan dirinya serta semangat untuk terus kontrol kesehatan di Posyandu setiap bulannya dari tanggal yang sudah di jadwalkan oleh petugas Posyandu dan dari fenomena di atas terlihat bahwa Posyandu Happy lansia mengalami penurunan angka hadir.

Pada saat studi pendahuluan selanjutnya dari 8 lansia, 6 lansia di wawancarai oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner dari pernyataan yang telah disesuaikan dengan kondisi masalah mengenai komunikasi dan konsep diri lansia mengatakan bahwa lansia dengan keadaannya sekarang kurang percaya diri, merasa kurang baik dengan menilai fisiknya sekarang dan terkadang kurang komunikasi dengan keluarga dan bisa menimbulkan perbedaan pendapat, tidak yakin dengan kemampuan sendiri, merasa dirinya sekarang tidak begitu berharga. Hal ini pentingnya juga komunikasi keluarga agar bisa mengembalikan kepercayaan diri lansia serta merasa lebih di hargai oleh keluarga, yang bisa membantu memberi semangat kepada lansia terutama untuk kesehatan agar mengikuti program posyandu lansia dan jika hal tersebut diterapkan pada keluarga kepada lansia, setidaknya lansia akan merasa semangat, percaya

diri untuk berobat atau kontrol kesehatan ke Posyandu lansia yang di adakan setiap bulan dan jadwal yang sudah ditentukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan pada latar belakang permasalahan tersebut, maka penulis dapat merumuskan masalah penelitian yaitu apakah ada hubungan antara komunikasi lansia terhadap keluarga dengan konsep diri lansia di Posyandu Happy lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan antara komunikasi lansia terhadap keluarga dengan konsep diri lansia di Posyandu Happy lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden.
- b. Mengidentifikasi komunikasi lansia terhadap keluarga di Posyandu Happy lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda.
- c. Mengidentifikasi konsep diri lansia di Posyandu Happy lansia Kelurahan Air Hitam.
- d. Menganalisa hubungan antara komunikasi lansia terhadap keluarga dengan konsep diri lansia di Posyandu Happy lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Bagi peneliti hasil penelitian ini sangat berguna untuk menambah pengalaman dan wawasan penelitian dalam mengembangkan wawasan dan pengetahuan penulis khususnya dalam keperawatan gerontik.
- b. Mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama masa perkuliahan.
- c. Bagi institusi pendidikan hasil penelitian ini diharapkan memberikan tambahan informasi dalam upaya memperkaya dan memperluas ilmu pengetahuan terutama keperawatan dalam gerontik.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi lansia penelitian ini sangat berguna bagi lansia yang sudah diteliti, agar dapat membina komunikasi terhadap keluarga dengan baik.
- b. Bagi keluarga dapat memberikan bahan masukan kepada keluarga agar terjalinnya komunikasi yang baik terhadap lansia, agar dapat menciptakan suasana kerukunan dengan lansia.
- c. Bagi posyandu lansia diharapkan selalu bisa berkomunikasi dengan baik agar dapat meningkatkan konsep diri lansia serta bisa terus meningkatkan status kesehatan lansia.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian yang dilakukan oleh Ridlawati Romadlani (2012), yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dan Kemandirian Lansia dengan Konsep Diri Lansia Di Kelurahan Bampakerep Kecamatan Ngaliyan Kota Semarang”, uji analisis pada penelitian ini pendekatan *cross sectional*. Pada penelitian ini terdapat populasi berjumlah 57 terdapat 2 variabel data di analisis secara univariat dan bivariat dengan uji korelasi *Rank Spearman*. Perbedaan dalam penelitian adalah variabel independen, jumlah sampel dan tempat penelitian.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Erni Wahyu Setiowati (2012), yang berjudul “Analisa Konsep diri pada Lanjut Usia yang Di Rawat Di Panti Werdha Darma Bakti Surakarta”, uji analisis pada penelitian ini menggunakan tehnik *purposive sampling* penelitian menggunakan kualitatif alat instrumen berupa *interview guide* dan format *Focus Group Discussion* (FGD). Perbedaan penelitian ini merupakan penelitian kualitatif sedangkan peneliti menggunakan kuantitatif kuesioner (angket).
3. Penelitian yang dilakukan oleh I Nengah Restu Adinegara (2014), yang berjudul “Hubungan Antara Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia Di Desa Leyangan Kecamatan Ungaran Timur Kabupaten Semarang”,

uji analisis pada penelitian ini pendekatan *cross sectional*. Pada penelitian terdapat populasi berjumlah 279 dan menggunakan teknik *purposive sampling* di dapat 71 responden terdapat 2 variabel di gunakan uji korelasi *Kendall tau*. Perbedaan penelitian ini terletak di uji, jumlah sampel dan tempat penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Diri

a. Pengertian Konsep Diri

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan, dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain Stuart dan Sundeen (1998, dalam Muhith 2015). Hal ini termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan obyek, tujuan serta keinginannya. Upaya memandang dirinya tersebut berbentuk penilaian subyektif individu terhadap dirinya; perasaan sadar atau tidak sadar/tidak sadar dan persepsi terhadap fungsi, peran, dan tubuh. Pandangan atau penilaian terhadap diri meliputi: ketertarikan talenta dan keterampilan, kemampuan, kepribadian-pembawaan, dan persepsi terhadap moral yang dimiliki (Muhith 2015).

Konsep diri adalah merefleksikan pengalaman interaksi sosial, sensasinya juga didasarkan bagaimana orang lain memandangnya. Konsep diri sebagai cara memandang individu terhadap diri secara utuh baik fisik, emosi,

intelektual, sosial dan spiritual. Terdapat dua aspek besar dalam menjelaskan konsep diri, yaitu identitas dan evaluasi diri Varcarolis, E.M., (2000 dalam Muhith 2015).

Secara umum, konsep diri dapat didefinisikan sebagai cara kita memandang diri kita secara utuh, meliputi: fisik, intelektual, kepercayaan, sosial, perilaku, emosi, spiritual, dan pendirian dalam percakapan sehari-hari. Istilah konsep diri dirancukan dengan istilah lainnya, ada yang menyebut konsep diri itu diri (*self-esteem*), ada yang menyebut nilai diri (*self-acceptance*).

Konsep diri dapat didefinisikan secara umum sebagai keyakinan, pandangan atau penilaian seseorang terhadap dirinya. Seseorang dikatakan mempunyai konsep diri negatif jika ia meyakini dan memandang bahwa dirinya lemah, tidak berdaya, tidak dapat berbuat apa-apa, tidak kompeten, gagal, tidak menarik, tidak disukai, dan kehilangan daya tarik terhadap hidup. Orang dengan konsep diri negatif akan cenderung bersikap pesimistik terhadap kehidupan dan kesempatan yang dihadapinya. Ia tidak melihat tantangan sebagai kesempatan, namun lebih sebagai halangan. Orang dengan konsep diri negatif akan mudah menyerah sebelum berperang dan jika gagal, akan ada dua pihak yang disalahkan, entah itu menyalahkan diri sendiri (secara

negatif) atau menyalahkan orang lain. Sebaliknya seseorang dengan konsep diri yang positif akan terlihat lebih optimis, penuh percaya diri dan selalu bersikap positif terhadap segala sesuatu, juga terhadap kegagalan yang dialaminya. Kegagalan bukan dipandang sebagai kematian, namun lebih menjadikannya sebagai penemuan dan pelajaran berharga untuk melangkah ke depan. Orang dengan konsep diri yang positif akan mampu menghargai dirinya dan melihat hal-hal yang positif yang dapat dilakukan demi keberhasilan di masa yang akan datang.

Lebih lanjut dikatakan oleh Staines dalam Stuart and Sundeen (1995, dalam Muhith 2015), konsep diri memiliki beberapa komponen utama, yaitu:

- 1) Diri yang dikognisikan atau diri yang dasar, yaitu pandangan yang digambarkan oleh individu tentang diri sendiri; pemikiran atau persepsi individu mengenai kemampuan, status, dan peranan individu dalam berhubungan dengan dunia luar.
- 2) Diri yang lain atau diri sosial, pandangan atau penilaian tentang diri sendiri yang didasarkan pada penilaian orang-orang yang dihormati atau lingkungan sekitar yang memiliki pengaruh besar terhadap diri individu yang

diperoleh melalui interaksi sosial individu dengan orang lain.

- 3) Diri yang ideal, seperangkat interpretasi individu saat sedang mengungkapkan keinginan atau aspirasi yang bersifat pribadi, sebagian besar berupa keinginan dan sebagian lagi merupakan keharusan-keharusan atau yang disebut sebagai perangkat ambisi-ambisi yang mengarah pada suatu yaitu gambaran diri yang ideal dan dipahami oleh individu sebagai dirinya sendiri.

b. Dimensi konsep diri

Berdasarkan pandangan-pandangan di atas, maka dapat dikatakan bahwa dalam proses terbentuknya konsep diri seseorang, evaluasi dan penilaian orang lain sangat mempengaruhi terbentuknya pandangan atau penilaian individu terhadap dirinya sendiri. Disamping itu, dalam diri individu terdapat konsep diri yang ideal atau gambaran diri yang ideal ini sangat berpengaruh dalam diri individu karena bila reaksi lingkungan memiliki intensitas yang tinggi, maka akan semakin kuat pula konsep diri tersebut. Sebaliknya bila reaksi lingkungan menjadi lemah, maka akan semakin berkurang atau lemah konsep diri tersebut. Dengan demikian, dapat dijelaskan lebih terinci bahwa dalam konsep diri akan tergabung dalam beberapa dimensi tentang diri

yang satu sama lain ada keterkaitan yang mendalam. Menurut Allen (Stuart and Sundeen, 1998 dalam Muhith 2015), dimensi konsep diri terbagi menjadi empat bagian yang terdiri atas:

- 1) Konsep diri aktual, konsep diri ini dapat dinyatakan sebagai persepsi yang realistis terhadap diri kita sendiri.
- 2) Konsep diri ideal, konsep diri ideal merupakan persepsi seseorang atas dirinya harus seperti apa tampaknya.
- 3) Konsep diri pribadi (private) merupakan gambaran bagaimana kita menjadi diri kita sendiri. Kita berusaha untuk menunjukkan bahwa kita bertindak sebagai orang yang ramah, bersahabat, kreatif atau menyukai tantangan.
- 4) Konsep diri sosial, konsep diri sosial pada dasarnya berkaitan dengan relasi kita pada sesama. Kita ingin agar orang lain memandang kita sebagai orang yang cerdas, menarik, baik hati, peduli pada nasib orang atau memiliki kemampuan menjalankan tugas-tugas pelik. Keinginan diri sosial. Dalam konsep diri sosial ini tercermin bagaimana kita ingin dipandang oleh orang lain sebagai bagian dari satu kelompok masyarakat.

Konsep diri merupakan satu proses. Ini merupakan bagian dari diri kita dalam proses menjadi (*becoming*).

Prosesnya dimulai dengan mengumpulkan informasi. Informasi yang terkumpul tersebut pada dasarnya merupakan pengalaman yang kita lalui dalam kehidupan. Selanjutnya, kita memberi makna, maksud atau sifat tertentu pada pengalaman tersebut. Inilah yang kemudian membentuk kesan dalam diri kita.

c. Perkembangan Konsep Diri

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, perasaan, dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam hubungan dengan orang lain Stuart and Sundeen (1995, dalam Muhith 2015). Termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungannya, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan obyek tujuan serta keinginannya. Prosesnya dimulai dengan perkembangan.

d. Faktor yang mempengaruhi pembentukan konsep diri

Berbagai faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan konsep diri Stuart and Sundeen (1995, dalam Muhith 2015) adalah sebagai berikut:

- 1) *The significant others*, yaitu orang lain yang kita anggap penting atau biasa, dimana konsep diri dipelajari melalui kontak dan pengalaman dengan orang lain, belajar diri sendiri melalui cermin orang lain dengan cara pandangan

diri merupakan interpretasi diri pandangan orang lain terhadap diri sendiri.

2) *Reference group*, yaitu kelompok yang dipakai sebagai acuan. Kelompok tersebut memberi arahan dan pedoman agar kita mengikuti perilaku yang sesuai dengan norma yang berlaku dalam kelompok tersebut. Ini terkait dengan salah satu sifat manusia yang selalu hidup dalam kelompok. Tidak ada manusia yang hidup menyendiri, kecuali karena terpaksa. Semua manusia membutuhkan orang lain. Kelompok-kelompok tersebut kita ikuti secara sukarela. Kelompok acuan itu mempengaruhi pembentukan konsep diri kita.

3) Teori perkembangan, konsep diri belum ada waktu lahir, kemudian berkembang secara bertahap sejak lahir seperti mulai mengenal dan membedakan dirinya dan orang lain. Dalam melakukan kegiatannya, memiliki batasan diri yang terpisah dari lingkungan dan berkembang melalui kegiatan eksplorasi lingkungan melalui bahasa, pengalaman atau pengenalan tubuh, nama panggilan, pengalaman budaya dan hubungan interpersonal, kemampuan pada area tertentu yang dinilai oleh diri sendiri atau masyarakat serta aktualisasi diri dengan merealisasikan potensi yang nyata.

4) *Self perception* (persepsi diri sendiri), yaitu persepsi individu terhadap diri sendiri dan penilaiannya, serta persepsi individu terhadap pengalamannya akan situasi tertentu. Konsep diri dapat dibentuk melalui pandangan diri dan pengalaman yang positif sehingga konsep merupakan aspek yang kritical dan dasar dari perilaku individu, dengan konsep diri yang positif dapat berfungsi lebih efektif yang dapat dilihat dari kemampuan interpersonal, kemampuan intelektual, dan penguasaan lingkungan. Sedangkan konsep diri yang negatif dapat dilihat dari hubungan individu dan sosial yang terganggu.

Menurut Rakhmat (2005) konsep diri merupakan faktor yang sangat menentukan dalam komunikasi interpersonal, karena setiap orang bertindak laku sedapat mungkin sesuai dengan konsep dirinya. Misalnya bila seorang individu berpikir bahwa dia bodoh, individu tersebut akan benar-benar menjadi bodoh, sebaliknya apabila individu tersebut merasa bahwa dia memiliki kemampuan untuk mengatasi persoalan, maka persoalan apapun yang dihadapinya pada akhirnya dapat diatasi. Ini karena individu tersebut berusaha hidup sesuai dengan label yang diletakkan pada dirinya, dengan kata lain sukses komunikasi interpersonal

banyak bergantung pada kualitas konsep diri seseorang, positif atau negatif.

Menurut William D. Brooks (dalam Rahkmat, 2008) bahwa dalam menilai dirinya seseorang ada yang menilai positif dan ada yang menilai negatif. Maksudnya individu tersebut ada yang mempunyai konsep diri yang positif dan ada yang mempunyai konsep diri yang negatif.

Di dalam setiap proses komunikasi antar pribadi, konsep diri adalah salah satu faktor yang mempengaruhinya, karena setiap tingkah laku yang dibuat akan sesuai dengan konsep diri orang tersebut. Dalam efektivitas komunikasi antar pribadi, kita perlu mengetahui informasi tentang diri kita sendiri. Salah satunya adalah membuka diri. Dengan membuka diri, maka konsep diri kita akan lebih terlihat. Namun biasanya, kita membuka diri kita hanya pada orang-orang yang lebih dekat dengan kita terdahulu dari pada orang yang baru mengenal diri kita.

Konsep diri yang negatif akan menimbulkan kepercayaan diri yang kurang atas kemampuan yang dimiliki diri sendiri, sehingga ketika dia berkomunikasi, orang cenderung menganggapnya kurang kredibel atau pesannya tidak relevan dengan apa yang akan

dikerjakannya. Konsep diri juga mempengaruhi perilaku komunikasi kita karena konsep diri mempengaruhi kepada pesan apa anda bersedia membuka diri, bagaimana kita mempersepsi pesan itu, dan apa yang kita ingat. Anita Taylor (1977, dalam Rakhmat 2008).

e. Rentang respon konsep diri

Konsep diri dipelajari mulai kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain. Pandangan individu tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana individu mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya. Konsep diri atas komponen: citra diri, ideal diri, harga diri dan penampilan peran, dan identitas personal. Respon individu terhadap konsep dirinya berfluktuasi sepanjang rentang respon konsep diri yaitu dari adaptif sampai maladaptif. Staines, Stuart and Sundeen (1995, dalam Muhith 2015) mengatakan bahwa konsep diri memiliki peranan penting dalam terbentuknya pola kepribadian, konsep ini mempengaruhi berbagai sifat dalam diri seseorang.

f. Pembagian konsep diri

Konsep diri terbagi menjadi beberapa bagian. Pembagian konsep diri tersebut dikemukakan oleh Stuart and Sundeen (1995, dalam Muhith 2015) yang terdiri dari:

1) Citra Tubuh

Gambaran diri adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, fungsi penampilan, dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan pengalaman baru setiap individu Stuart and Sundeen (1995, dalam Muhith 2015).

2) Ideal Diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau penilaian personal tertentu Stuart and Sundeen (1995, dalam Muhith 2015).

3) Peran

Peran adalah seperangkat perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok sosial. Tiap individu mempunyai berbagai fungsi peran yang terintegrasi dalam pola fungsi individu. Peran adalah sikap dan perilaku nilai serta tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat Keliat (1994, dalam Muhith 2015).

4) Identitas

Identitas adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sendiri sebagai satu kesatuan yang utuh Stuart and Sundeen (1995, dalam Muhith 2015). Seseorang yang mempunyai perasaan identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain. Kemandirian timbul dari perasaan berharga (aspek diri sendiri), kemampuan, dan penyesuaian diri. Seseorang yang mandiri dapat mengatur dan menerima dirinya. Identitas diri terus berkembang sejak masa kanak-kanak bersamaan dengan perkembangan konsep diri.

Hal yang penting dalam identitas adalah jenis kelamin Keliat (1994, dalam Muhith 2015). Identitas jenis kelamin berkembang sejak lahir secara bertahap dimulai dengan konsep laki-laki dan wanita banyak dipengaruhi oleh pandangan dan perlakuan masyarakat terhadap masing-masing jenis kelamin tersebut. Perasaan dan perilaku yang kuat akan identitas diri individu dapat ditandai dengan:

- a) Memandang dirinya secara unik
- b) Merasakan dirinya berbeda dengan orang lain

- c) Merasakan otonomi: menghargai diri, percaya diri, mampu diri, menerima diri, dan dapat mengontrol diri
- d) Mempunyai persepsi tentang gambaran diri, peran, dan konsep diri

5) Harga Diri

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri Stuart and Sundeen (1995, dalam Muhith 2015). Frekuensi pencapaian tujuan akan menghasilkan harga diri yang rendah atau harga diri yang tinggi. Jika individu sering gagal, maka cenderung harga diri rendah. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Aspek utama adalah dicintai dan menerima penghargaan dari orang lain Keliat (1994, dalam Muhith 2015). Biasanya harga diri sangat rentan terganggu pada saat remaja dan usia lanjut.

g. Masalah keperawatan gangguan konsep diri

Gangguan konsep diri adalah suatu kondisi di mana individu mengalami kondisi pembahasan perasaan, pikiran atau pandangan dirinya sendiri yang negatif. Keliat (1994, dalam Abdul Muhith 2015) adalah:

1) Gangguan citra tubuh

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna, dan objek yang sering kontak dengan tubuh. Gangguan tersebut diakibatkan kegagalan dalam penerimaan diri akibat adanya persepsi yang negatif terhadap tubuhnya secara fisik.

2) Gangguan ideal diri

Gangguan ideal diri adalah ideal diri yang terlalu tinggi, sukar dicapai, tidak realistis, ideal diri yang samar dan tidak jelas serta cenderung menuntut.

3) Gangguan harga diri

Gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginannya.

4) Gangguan peran

Gangguan penampilan peran adalah berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan oleh penyakit, proses menua, putus sekolah, putus hubungan kerja. Perubahan fungsi peran atau bahkan berhentinya fungsi peran yang biasa dilakukan tersebut menyebabkan seseorang harus menyesuaikan dengan suasana baru

sesuai dengan peran pengganti yang didapatkan atau seseorang harus mampu menyesuaikan dengan kondisi yang dialami setelah kehilangan fungsi peran yang biasa dilakukan.

5) Gangguan identitas

Gangguan identitas adalah kekaburan/ketidakpastian memandang diri sendiri, penuh dengan keragu-raguan, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.

2. Komunikasi

a. Pengertian komunikasi

Komunikasi dapat didefinisikan sebagai penyampaian informasi antara dua orang atau lebih. Komunikasi interpersonal (*interpersonal communication*) adalah komunikasi yang dilakukan secara langsung antara seseorang dengan orang lain, antara dua orang atau lebih. Seperti yang dikatakan oleh R. Wayne Pace dalam Harfied Cangara, (2007), dalam Pratama, (2011), "*Interpersonal Communication is Communication involving two or more people in face to face setting*". Pengertian ini menimbulkan interaksi secara langsung antara komunikator dengan komunikan saling berhadapan dan saling menatap, sehingga terjadi kontak pribadi.

Menurut Ruesh dan Bateson dalam Litle John yang diterjemahkan oleh Alo Liliwerim (Pratama, 2011) mengungkapkan sebagai berikut: Tingkat yang paling penting dalam komunikasi manusia adalah komunikasi antar pribadi. Komunikasi antar pribadi (*Interpersonal Communication*) yang diartikan sebagai relasi individu dengan orang lain dalam konteks sosialnya. Melalui proses ini individu menyesuaikan dirinya dengan orang lain lewat peran yang disebut *transmitting* dan *receiving*. Melalui *transmitting* terjadilah suatu proses komunikasi yakni penyampaian pesan (baik verbal maupun nonverbal). Sedangkan melalui *receiving* terjadi suatu proses penerimaan pesan-pesan tersebut. Proses tersebut dalam model komunikasi antar pribadi dikenal sebagai model *linear* (satu arah tanpa umpan balik), model interaksi (dengan umpan balik) dan model transaksional yang meliputi penyertaan sikap, kepercayaan, konsep diri, nilai, kemampuan berkomunikasi.

Komunikasi keluarga merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan dan mengungkapkan pengertian dalam keluarga. Komunikasi yang jelas dan fungsional dalam keluarga merupakan sarana penting untuk mengembangkan makna diri. (Padila, 2012).

b. Komunikasi fungsional dalam keluarga (Padila, 2012)

Komunikasi fungsional dipandang sebagai kunci keberhasilan keluarga. Komunikasi dalam keluarga yang sehat merupakan proses dua arah yang dinamis, sehingga tercipta interaksi fungsional.

1) Pengirim fungsional

- a. Tegas menyatakan masalahnya/kasus
- b. Menjelaskan dan mengubah pernyataan
- c. Meminta umpan balik
- d. Menerima umpan balik

2) Penerima fungsional

- a. Mendengar secara efektif
- b. Memberi umpan balik
- c. Menerima umpan balik
- d. Melakukan validasi

c. Komunikasi disfungsional dalam keluarga (Padila, 2012)

Komunikasi disfungsional diartikan sebagai pengiriman dan penerimaan isi dari pesan yang tidak jelas, tidak langsung atau tidak sepadan. Faktor utama sebagai penyebabnya adalah harga diri keluarga, khususnya orang tua rendah. Penyebab rendah dari diri itu sendiri adalah pemusatan pada diri sendiri, perlu persetujuan total dan kurangnya empati.

- 1) Pengirim disfungsional
 - a. Menggunakan asumsi-asumsi
 - b. Ekspresi tidak jelas
 - c. Menghakimi
 - d. Tidak mampu mengungkapkan kebutuhan
 - e. Tidak kongruen
- 2) Penerima disfungsional
 - a. Gagal mendengar
 - b. Diskualifikasi
 - c. Kurang eksplorasi
 - d. Kurang validasi

3. Keluarga

- a. Pengertian keluarga

Bergess (1962, dalam Nursalam 2012), keluarga terdiri atas kelompok orang yang mempunyai ikatan perkawinan, keturunan/hubungan sedarah atau hasil adopsi, anggota tinggal bersama dalam satu rumah, anggota berinteraksi dan berkomunikasi dalam peran sosial, serta mempunyai kebiasaan/kebudayaan yang berasal dari masyarakat, tetapi mempunyai keunikan tersendiri.

b. Struktur keluarga (Muhlisin, 2012)

- 1) Patrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- 2) Matrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- 3) Patrilokal : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
- 4) Matrilokal : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
- 5) Keluarga kawinan : adalah hubungan suami istri sebagai dasar pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

c. Fungsi keluarga

- 1) Fungsi keluarga menurut BKKBN (1992, dalam Muhlisin 2012)

a. Fungsi keagamaan

Memperkenalkan dan mengajak anak dan anggota keluarga yang lain dalam kehidupan beragama, dan tugas kepala keluarga untuk menanamkan bahwa ada

kekuatan lain yang mengatur kehidupan ini dan ada kehidupan lain setelah di dunia ini.

b. Fungsi sosial budaya

Membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

c. Fungsi cinta kasih

Memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga.

d. Fungsi melindungi

Melindungi anak dari tindakan-tindakan yang tidak baik, sehingga anggota keluarga merasa terlindung dan merasa aman.

e. Fungsi reproduksi

Meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memelihara dan merawat anggota keluarga.

f. Fungsi sosialisasi dan pendidikan

Mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya, menyekolahkan anak, bagaimana mempersiapkan anak menjadi anggota masyarakat yang baik.

g. Fungsi ekonomi

Mencari sumber-sumber penghasiln untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga dimasa datang.

2) Fungsi keluarga menurut Friedman (2002, dalam Muhlisin 2012)

a. Fungsi afektif dan koping

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga, fungsi afektif ini berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga.

b. Fungsi sosialisasi

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

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.

d. Fungsi ekonomi

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

e. Fungsi perawatan keluarga

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan praktik asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit.

d. Tugas keluarga dibidang kesehatan menurut Mujahidullah (2004 dalam Sari 2014).

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Keluarga perlu mengetahui keadaan kesehatan dan

perubahan-perubahan dialami oleh anggota keluarga. Perubahan kecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

- 2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang dilingkungan tinggal keluarga agar memperoleh bantuan.
- 3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami

gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan diinstitusi pelayanan kesehatan atau dirumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

- 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga.

e. Sistem keluarga

Keluarga di pandang sebagai sistem sosial terbuka yang ada dan berinteraksi dengan sistem yang lebih besar (suprasistem) dari masyarakat (missal: politik, agama, sekolah dan pemberian pelayanan kesehatan). Sistem keluarga terdiri dari bagian yang saling berhubungan (anggota keluarga) yang membentuk berbagai macam pola interaksi (subsistem).

Karakteristik dari sistem keluarga (sistem terbuka):

- 1) Komponen: dalam suatu keluarga masing-masing anggota mempunyai sifat interdependensi, interaktif dan mutual.

- 2) Batasan: dalam suatu keluarga pasti adanya batasan (*filter*) yang digunakan untuk menyeleksi informasi yang masuk keluar. Batasan masing-masing keluarga akan berbeda tergantung dari beberapa faktor seperti : sosial, budaya, ekonomi, dan lain-lain.
- 3) Keberadaan: keluarga merupakan bagian dari sistem yang lebih luas yaitu masyarakat.
- 4) Terbuka (batas yang *permeable*) dimana didalam keluarga terjadi pertukaran antar sistem.
- 5) Mempunyai: masing-masing keluarga memiliki organisasi atau struktur yang akan berpengaruh didalam fungsi yang ada dari anggotanya.

f. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan Friedman (1998, dalam Andarmayo 2012).

Keluarga secara konstan berhadapan dengan perlunya mengubah persepsi dan hidup mereka terhadap lansia, *stimulus* untuk perubahan ini datang dari dalam maupun dari luar, yang terpenting, strategi dan proses

dukungan keluarga berfungsi sebagai proses dan mekanisme yang vital dimana melalui proses dan mekanisme fungsi-fungsi keluarga menjadi nyata. Tanpa dukungan keluarga yang efektif, dan fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, dukungan keluarga tidak dapat dicapai secara adekuat (Andarmayo, 2012).

Menurut Marilyn (1998, dalam Andarmayo 2012) bentuk dukungan keluarga dapat dibedakan menjadi beberapa jenis yaitu:

1) Dukungan Emosional

Dukungan ini melibatkan depresi empati dan perhatian terhadap individu, sehingga individu tersebut merasakan nyaman, dicintai dan diperhatikan dan kasih sayang serta mendengarkan keluh kesah orang lain.

2) Dukungan Penghargaan

Dukungan ini melibatkan ekspresi yang berupa pertanyaan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performan orang. Dukungan ini berisi tentang hal-hal yang digunakan untuk mengevaluasi diri dan perbandingan sosial. Dapat diwujudkan dengan cara hormat, penghargaan yang dicapai dan dorongan/semangat untuk berusaha atau maju.

3) Dukungan Instrumental

Bentuk dukungan ini melibatkan dukungan langsung, misalnya berupa bantuan dalam melakukan tugas-tugas tertentu, contoh seseorang memberikan/meminjamkan pinjaman uang. Dimensi ini memperlihatkan dukungan dari keluarga dalam bentuk nyata terhadap anggota keluarga. Menurut Peterson dan Bredow (2004 dalam Febrianty 2013) menyatakan dimensi instrumental ini meliputi penyediaan sarana (peralatan atau sarana pendukung lain) untuk mempermudah atau menolong orang lain, termasuk didalamnya adalah memberikan peluang waktu.

4) Dukungan Informasi

Dukungan yang bersifat informasi ini berupa saran, pengarahan dan umpan balik tentang bagaimana cara memecahkan persoalan. Menjelaskan tentang cara pemberian saran, sugesti, dan informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dukungan ini adalah dapat mengurangi munculnya *stressor* pada klien. Aspek dalam bentuk nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Keluarga dijadikan sebagai unit pelayanan karena masalah-masalah kesehatan keluarga saling

berkaitan dan saling mempengaruhi antar sesama disekitarnya atau masyarakat secara keseluruhan, sebagai salah satu dukungan keluarga terhadap lansia diharapkan keluarga dapat lebih mengenal dan melaksanakan tugas-tugasnya dalam bidang kesehatan (Andarmayo, 2012). Sesuai dengan fungsi keluarga dalam pemeliharaan kesehatan.

g. Manfaat dukungan keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan. Sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan, namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga Friedman (1998 dalam Andarmayo 2012).

4. Lansia

a. Pengertian lansia

Menurut pengertian Gerontologi Lansia adalah suatu tahap dalam hidup manusia mulai dari bayi, anak-anak, remaja, tua dan lansia. Lansia bukan penyakit melainkan suatu proses alami yang tidak bisa dihindarkan, tidak ada batasan yang pasti mengenai umur lansia (Nugroho, 2008).

Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan atau jasa, lansia potensial biasanya hidup di rumah sendiri atau tidak tinggal di Panti Werdha. Mereka masih mampu bekerja dan mencari nafkah baik untuk dirinya sendiri maupun keluarganya. Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain dalam memenuhi hidupnya sehari-hari (Hardywinoto, 2005 dalam Nur 2014).

b. Batasan lansia

Menurut WHO (dalam Mujahidullah, 2012) lansia dikelompokkan menjadi :

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

Menurut Dep.Kes RI (dalam Mujahidullah, 2012) pengelompokan lansia menjadi 3 golongan sebagai berikut:

- 1) Kelompok lansia dini (55-64 tahun).
- 2) Kelompok lansia pertengahan (65 tahun ke atas).

3) Kelompok lansia dengan resiko tinggi (70 tahun ke atas).

c. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

1) Perubahan fisik

Meliputi perubahan dari tingkat sel sampai kesemua sistem organ tubuh diantaranya sistem pernafasan, pendengaran, sistem penglihatan, sistem pengaturan temperature tubuh, system respirasi, musculoskeletal, gastrointestinal, genitourinaria, endokrin dan integument.

2) Perubahan psikososial

Pensiun adalah nilai seseorang sering di ukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan, bila seseorang pensiun (purna tugas), ia akan mengalami kehilangan-kehilangan antara lain:

- a) Kehilangan financial (*income* berkurang).
- b) Kehilangan status.
- c) Kehilangan teman/kenalan/relasi.
- d) Kehilangan pekerjaan.
- e) Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*).
- f) Perubahan dalam hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.

g) Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.

h) Hilangnya kekuatan diri dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri, menurut Nugroho (2000, dalam Mujahidullah 2012).

3) Perkembangan Spiritual

a) Agama atau keyakinan makin terintegrasi dalam kehidupannya.

b) Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari menurut Murray dan Zentner (1970, dalam Mujahidullah 2012).

4) Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah:

a) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa.

b) Kesehatan umum.

c) Tingkat pendidikan.

d) Keturunan (*Hereditas*).

e) Lingkungan.

5) Perubahan intelegensia Quotient (IQ)

Intelegensia dasar (*fluid intelligence*) yang berarti penurunan fungsi otak bagian kanan antara lain berupa kesulitan komunikasi nonverbal, pemecahan masalah, mengenal wajah orang, kesulitan dalam pemusatan perhatian, dan konsentrasi (Hochanadel and Kaplan, dalam Mujahidullah 2012).

6) Perubahan ingatan (*Memory*)

Dalam komunikasi memori memegang peranan yang penting dalam mempengaruhi baik persepsi maupun berfikir. Memori adalah sistem yang sangat berstruktur, yang menyebabkan organism sanggup merekam fakta tentang dunia dan menggunakan pengetahuannya untuk membimbing perilakunya.

7) Keadaan ekonomi

a) Sumber pendapatan keluarga : ada bahkan tidak ada bantuan keuangan dari anak atau keluarga dan bahkan masih ada anggota yang tergantung padanya.

b) Kemampuan pendapatan : lansia memerlukan biaya yang tinggi, sementara pendapatan semakin menurun. Sttus ekonomi sangat terancam, sehingga cukup beralasan untuk melakukan sebagai perubahan besar dalam kehidupan, menentukan kondisi hidup

yang dengan perubahan status ekonomi dan kondisi fisik.

Perubahan-perubahan pada lansia menurut Nugroho (2000, dalam Mujahidullah 2012), meliputi :

- 1) Kulit yaitu kulit menjadi tipis, kering, keriput dan tidak elastis lagi. Fungsi kulit sebagai penyekat suhu tubuh lingkungan dan perisai terhadap masuknya kuman terganggu.
- 2) Rambut yaitu rambut rontok yang berwarna putih kering, tidak mengkilat yang berkaitan dengan perubahan-perubahan *degenerative* kulit.
- 3) Gigi mulai habis atau tinggal satu persatu.
- 4) Penglihatan dan pendengaran berkurang.
- 5) Mudah lelah, gerakan menjadi gambaran lamban dan kurang lincah.
- 6) Kerampingan tubuh menghilangkan disana-sini terjadi timbunan lemak terutama dibagian perut dan pinggul.
- 7) Otot yaitu jumlah sel otot berkurang mengalami atrofi sementara jumlah jaringan ikat bertambah, *volume* otot secara keseluruhan menyusut, fungsinya menurun dan kekuatannya berkurang.

- 8) Tulang pada proses menua kadar kapur (kalsium) menurun akibat tulang menjadi keropos dan mudah patah.
- 9) Seks yaitu produksi hormon testoteron pada pria dan hormon progesteron dan estrogen wanita menurun dengan bertambahnya umur.

d. Tipe-tipe lansia

Pada umumnya lansia lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri dari pada tinggal bersama anaknya menurut (Nugroho, 2008) adalah:

- 1) Tipe arif bijaksana: yaitu tipe kaya pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, ramah, rendah hati, dan menjadi panutan.
- 2) Tipe mandiri: yaitu tipe bersifat selektif terhadap pekerjaan, mempunyai kegiatan.
- 3) Tipe tidak puas: yaitu tipe konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan hilangnya kecantikan, daya tarik, jasmani, hilangnya kekuasaan, jabatan, dan teman.
- 4) Tipe pasrah: yaitu lansia yang menerima dan menunggu nasib baik.
- 5) Tipe bingung: yaitu lansia yang kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, pasif dan kaget.

e. Jenis pelayanan kesehatan pada lansia

Jenis pelayanan kesehatan terhadap lansia meliputi empat upaya kesehatan yaitu: peningkatan (*promotif*), pencegahan (*preventif*), diagnosis dini dan pengobatan (Nugroho,2008).

1) Promosi (*promotif*)

Upaya *promotif* merupakan tindakan secara langsung dan tidak langsung untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah penyakit. Upaya *promotif* juga merupakan proses advokasi kesehatan untuk meningkatkan dukungan pasien, tenaga *provisional* dan masyarakat terhadap praktik kesehatan yang positif menjadi norma-norma sosial. Upaya *promotif* dilakukan untuk membantu organ-organ mengubah gaya hidup mereka dan bergerak kearah keadaan kesehatan yang *optimal* serta mendukung pemberdayaan seseorang untuk membuat pilihan yang sehat tentang perilaku hidup mereka. Upaya perlindungan kesehatan bagi lansia adalah sebagai berikut:

- a) Mengurangi cedera, dilakukan dengan tujuan mengurangi resiko cedera jatuh.
- b) Mengurangi bahaya kebakaran dalam rumah, meningkatkan penggunaan alat pengaman dan

mengurangi kejadian keracunan makanan atau zat kimia.

- c) Meningkatkan keamanan di tempat kerja yang bertujuan untuk mengurangi tepapar dengan bahan-bahan kimia dan meningkatkan penggunaan sistem keamanan kerja.
- d) Meningkatkan perlindungan dari kualitas udara yang buruk, bertujuan untuk mengurangi penggunaan semprotan bahan-bahan kimia, mengurangi radiasi dirumah, meningkatkan pengolahan rumah tangga terhadap bahan berbahaya, serta mengurangi kontaminasi makanan dan obat-obatan.

2) Pencegahan (*preventif*)

- a) Melakukan pencegahan primer, meliputi pencegahan pada lansia sehat, terdapat faktor resiko, tidak ada penyakit, dan promosi kesehatan. Jenis pelayanan pencegahan primer adalah: program imunisasi, konseling, berhenti merokok, dan minum beralkohol, dukungan nutrisi, keamanan didalam dan sekitar rumah, manajemen *stress* dan penggunaan medikasi.
- b) Melakukan pencegahan sekunder, meliputi pemeriksaan terhadap penderita tanpa gejala dari awal penyakit hingga terjadi gejala, penyakit belum

tampak secara klinis dan mengidap faktor resiko. Jenis pelayanan pencegahan sekunder antara lain adalah sebagai berikut: *control* hipertensi, deteksi dan pengobatan kanker, *screening*. Pemeriksaan rektal, papsmear, gigi mulut dan lain-lain.

c) Melakukan pencegahan tersier, dilakukan sebelum terdapat gejala penyakit dan cacat, mencegah cacat bertambah dan ketergantungan, serta perawatan di rumah sakit, rehabilitasi pasien rawat jalan dan perawatan jangka panjang.

3) Diagnosis dini dan pengobatan

Diagnosis ini dapat dilakukan oleh lansia sendiri atau petugas *professional* dan petugas institusi. Oleh lansia sendiri dengan melakukan tes dini, skrining kesehatan, memanfaatkan kartu menuju sehat (KMS) lansia, memanfaatkan buku kesehatan pribadi (BKP), serta penandatanganan kontrak kesehatan.

f. Sasaran dan prasarana

Sasaran dan prasarana yang dipergunakan untuk menyelenggarakan pelayanan terhadap lansia, baik sarana fisik, sosial dan spiritual yang dijalankan diberbagai tingkatan dapat kita lihat dibawah ini adalah:

1) Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan terhadap lansia adalah: keluarga dengan lansia, kelompok lansia seperti klub/perkumpulan, paguyuban, padepokan dan pengajian, serta bina keluarga lansia. Masyarakat mencakup LKMD, Karang Werdha *Day Care* Dana Sehat/JPKM.

2) Pelayanan tingkat rujukan

Pelayanan yang diselenggarakan oleh berbagai instansi pemerintahan dan swasta serta organisasi masyarakat, organisasi profesi dan yayasan seperti: Praktik Dokter dan Dokter Gigi, Balai Pengobatan Klinik, Puskesmas/Balkesmas, Panti Tresna Werdha, Posyandu lansia, Praktik perawatan mandiri.

3) Pelayanan tingkat rujukan

Pelayanan yang diselenggarakan di Rumah Sakit dan Rumah Sakit khusus. Rujukan dapat bersifat sederhana, sedang, lengkap dan paripurna. Rujukan secara konseptual terdiri atas rujukan medis yang pada dasarnya menyangkut masalah pelayanan *medic* perorangan dan rujukan kesehatan masyarakat pada dasarnya menyangkut masalah kesehatan masyarakat luas.

5. POSYANDU Lansia

a. Pengertian POSYANDU Lansia

POSYANDU lansia merupakan perwujudan pelaksanaan program pengembangan dari kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan bagi lansia, sebagai suatu forum komunikasi dalam bentuk peran serta masyarakat usia lanjut, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam penyelenggaraannya, dalam upaya peningkatan tingkat kesehatan secara optimal. Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan (Cahyo Ismawati S., dkk 2010).

POSYANDU lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat lansia di wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bersumber daya masyarakat atau UKBM yang dibentuk oleh masyarakat berdasarkan inisiatif dan kebutuhan masyarakat, khususnya pada penduduk lanjut usia. Lansia adalah kelompok yang telah berusia lebih dari 60 tahun, namun pralansia (45-59

tahun) dapat juga mengikuti kegiatan diposyandu lansia (Erpandi, 2014)

b. Sasaran

Adapun sasaran Posyandu Lansia menurut (Cahyo Ismawati S., dkk 2010) adalah:

1. Sasaran langsung

- a. Kelompok pra usia lanjut (45-59 tahun).
- b. Kelompok usia lanjut (60 tahun keatas).
- c. Kelompok usia lanjut dengan resiko tinggi (70 tahun keatas).

2. Sasaran tidak langsung

- a. Keluarga dimana usia lanjut berada.
- b. Organisasi sosial yang bergerak dalam pembinaan usia lanjut.
- c. Masyarakat luas.

3. Tujuan Pembentukan posyandu lansia ini adalah:

1. Tujuan Umum:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan usia lanjut di masyarakat, untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna bagi keluarga.
- b. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan

kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat usia lanjut.

2. Tujuan Khusus:

- a. Meningkatkan kesadaran pada lansia.
- b. Membina kesehatan dirinya sendiri.
- c. Meningkatkan mutu kesehatan lansia.
- d. Meningkatkan pelayanan kesehatan lansia.

4. Penyelenggaraan Posyandu Lansia

1. Pelaksanaan kegiatan

Anggota masyarakat yang telah dilatih menjadi kader kesehatan di bawah bimbingan puskesmas.

2. Pengelola

Pengurus yang berasal dari kader PKK, tokoh masyarakat formal maupun nonformal.

5. Kegiatan Posyandu Lansia

Kegiatan posyandu lansia ini mencakup upaya-upaya perbaikan dan peningkatan kesehatan masyarakat, meliputi:

1. Promotif

Yaitu upaya peningkatan kesehatan, misalnya penyuluhan perilaku hidup sehat, gizi usia lanjut dalam upaya meningkatkan kesegaran jasmani.

2. Preventif

Yaitu upaya pencegahan penyakit, mendeteksi dini adanya penyakit dengan menggunakan KMS lansia.

3. Kuratif

Yaitu upaya mengobati penyakit yang sedang diderita lansia.

4. Rehabilitatif

Yaitu upaya untuk mengembangkan kepercayaan diri pada lansia.

6. Peran Serta Lansia

Para lansia diharapkan dapat bersama-sama mewujudkan kesehatan dengan cara:

1. Berperan aktif dalam kegiatan penyuluhan
2. Olahraga secara teratur sesuai kemampuan
3. Menjalani pemeriksaan kesehatan secara berkala
4. Menjalani pengobatan
5. Meningkatkan upaya kemandirian dan pemenuhan kebutuhan pribadi.

7. Kader POSYANDU Lansia

Kader POSYANDU lansia adalah kader yang bertugas di POSYANDU lanjut usia (lansia) dengan

kegiatan rutin setiap bulannya membantu petugas kesehatan saat pemeriksaan kesehatan pasien lansia.

Adapun tugas kader posyandu lansia secara garis besar adalah sebagai berikut:

1. Melakukan kegiatan bulanan posyandu:

1. Mempersiapkan pelaksanaan posyandu

Tugas-tugas kader posyandu pada H- atau saat persiapan hari buka posyandu, meliputi:

- a. Menyiapkan alat dan bahan, yaitu alat penimbangan, KMS, alat peraga, alat pengukur, bahan/materi penyuluhan.
- b. Mengundang dan menggerakkan masyarakat, yaitu memberitahu para lansia untuk datang ke posyandu.
- c. Menghubungi Kelompok Kerja (pokja) posyandu, yaitu menyampaikan rencana kegiatan kepada kantor desa dan meminta mereka untuk memastikan apakah petugas sektor bias hadir pada hari buka posyandu.
- d. Melaksanakan pembagian tugas, yaitu menentukan pembagian tugas di antara kader posyandu baik untuk persiapan maupun pelaksanaan kegiatan.

2. Pelaksanaan kegiatan bulanan posyandu

Tugas kader pada hari buka posyandu disebut juga sebagai tugas pelayanan 3 meja atau 5 meja (disesuaikan dengan sistem yang digunakan).

3. Kegiatan setelah pelayanan bulanan posyandu

Tugas-tugas kader setelah hari buka posyandu, meliputi:

a. Memindahkan catatan-catatan dalam kartu menuju sehat (KMS) ke dalam buku register atau buku bantu kader.

b. Menilai (mengevaluasi) hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan hari posyandu pada bulan berikutnya.

c. Kegiatan kunjungan rumah (penyuluhan perorangan) merupakan tindak lanjut dan mengajak para lansia datang ke posyandu pada kegiatan bulan berikutnya.

2. Menggerakkan masyarakat untuk menghadiri dan ikut serta dalam kegiatan posyandu

a. Langsung ke tengah masyarakat

b. Melalui tokoh masyarakat atau pemuka agama atau adat

3. Membantu petugas kesehatan dalam pendaftaran, penyuluhan, dan berbagai usaha kesehatan masyarakat lainnya, termasuk pelaksanaan senam lansia.

c. Kendala Pelaksanaan Posyandu Lansia

Beberapa kendala yang dihadapi oleh para lansia dalam mengikuti kegiatan Posyandu lansia ini, menurut (Cahyo Ismawati S., dkk) antara lain sebagai berikut:

1. Pengetahuan lansia yang rendah tentang manfaat posyandu.

Pengetahuan lansia akan manfaat Posyandu ini dapat diperoleh dari pengalaman pribadi dalam kehidupan sehari-harinya, dengan menghadiri kegiatan posyandu, lansia akan mendapatkan penyuluhan tentang bagaimana cara hidup sehat dengan segala keterbatasan atau masalah kesehatan yang melekat pada mereka. Dengan pengalaman ini, pengetahuan lansia menjadi meningkat, yang menjadi dasar pembentukan sikap dan dapat mendorong minat atau motivasi mereka untuk selalu mengikuti kegiatan Posyandu lansia.

2. Jarak rumah dengan lokasi Posyandu yang jauh atau sulit dijangkau.

Jarak Posyandu yang dekat akan membuat lansia mudah menjangkau Posyandu tanpa harus mengalami kelelahan atau kecelakaan fisik karena penurunan daya tahan atau kekuatan fisik tubuh. Kemudahan dalam menjangkau lokasi Posyandu ini berhubungan dengan faktor keamanan atau keselamatan bagi lansia. Jika lansia merasa aman atau merasa mudah untuk menjangkau lokasi Posyandu tanpa harus menimbulkan kelelahan atau masalah yang lebih serius, maka hal ini dapat mendorong minat atau motivasi lansia untuk mengikuti kegiatan Posyandu. Dengan demikian, keamanan ini merupakan faktor eksternal dari terbentuknya motivasi untuk menghadiri Posyandu lansia.

3. Kurangnya dukungan keluarga untuk mengantar maupun mengingatkan lansia untuk datang ke Posyandu.

Dukungan keluarga sangat berperan dalam mendorong minat atau kesediaan lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu lansia. Keluarga bisa menjadi motivator kuat bagi lansia apabila selalu

menyediakan diri untuk mendampingi atau mengantar lansia ke Posyandu, mengingatkan lansia jika lupa jadwal Posyandu, dan berusaha membantu mengatasi segala permasalahan bersama lansia.

4. Sikap yang kurang baik terhadap petugas posyandu.

Penilaian pribadi atau sikap yang baik terhadap petugas merupakan dasar atas kesiapan atau kesediaan lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu. Dengan sikap yang baik tersebut, lansia cenderung untuk selalu hadir atau mengikuti kegiatan yang diadakan di posyandu lansia. Hal ini dapat dipahami karena sikap seseorang adalah suatu cermin kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek. Kesiapan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara-cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya suatu respon.

5. Sarana dan prasarana penunjang pelaksanaan Posyandu lansia.

Untuk memperlancar pelaksanaan kegiatan di posyandu lansia, dibutuhkan sarana dan prasarana penunjang, yaitu: tempat kegiatan (gedung, ruangan atau tempat terbuka), meja dan kursi, alat tulis, buku

pencatatan kegiatan, timbangan dewasa, meteran pengukuran tinggi badan, stetoskop, tensimeter, peralatan laboratorium sederhana, termometer, dan Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia.

B. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Ridlawati Romadlani (2012), yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dan Kemandirian Lansia dengan Konsep Diri Lansia Di Kelurahan Bambankerep Kecamatan Ngaliyan Kota Semarang”, uji analisis pada penelitian ini pendekatan *cross sectional*. Pada penelitian ini terdapat populasi berjumlah 57 terdapat 2 variabel data di analisis secara univariat dan bivariat dengan uji korelasi *Rank Spearman*. Hasil menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara dukungan keluarga dengan konsep diri pada lansia di Kelurahan Bambankerep Kecamatan Ngaliyan Kota Semarang, artinya semakin baik dukungan keluarga akan semakin baik pula konsep diri pada lansia. Kekuatan hubungan nilai $r = 0,271$ yang berarti hubungan yang lemah antara dukungan keluarga dengan konsep diri pada lansia di Kelurahan Bambankerep Kecamatan Ngaliyan Kota Semarang, sedangkan *p value* sebesar 0,384 maka dinyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kemandirian lansia dengan

konsep diri pada lansia di kelurahan Bambankerep Kecamatan Ngaliyan Kota Semarang.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Erni Wahyu Setiowati (2012), yang berjudul “Analisa Konsep diri pada Lanjut Usia yang Di Rawat Di Panti Werdha Darma Bakti Surakarta”, uji analisis pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* penelitian menggunakan kualitatif alat instrumen berupa *interview guide* dan format *Focus Group Discussion* (FGD). Hasil menunjukkan Berdasarkan hasil wawancara kepada lansia, hasil FGD, dan triangulasi dengan petugas panti, selanjutnya dilakukan analisis data yang dapat dilihat sebagai berikut. Dapat diketahui bahwa informan 1 dan 5 mengenai konsep dirinya yang meliputi gambaran diri atau citra diri, ideal diri, harga diri, identitas diri, penampilan peran. Mengalami perubahan dan penurunan kondisi fisik diantaranya yang mengalami perubahan pada kata negatif. Hasil penelitian konsep diri pada lanjut usia yang dirawat di Panti Werdha Darma Bakti Surakarta pada lansia memiliki konsep diri yang negatif. Aspek gambaran diri atau citra diri terdapat lansia negatif yaitu merasa takut perubahan, kondisi fisik, berpenampilan kurang rapi dan bersih. Aspek ideal diri, lansia yaitu tidak merasa puas dan bangga dengan kehidupannya. Aspek harga diri terdapat lansia yaitu lansia merasa malu dan

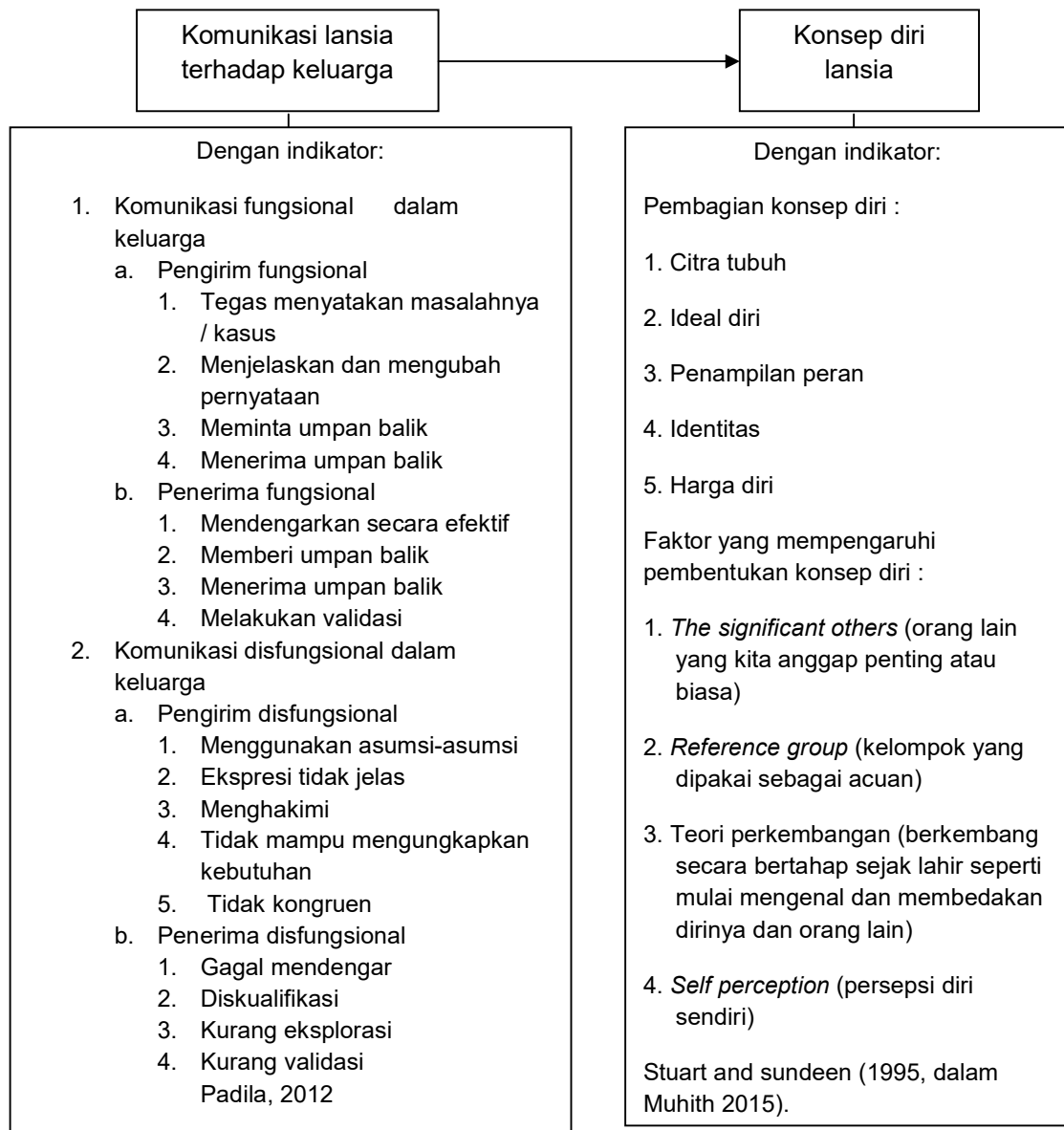
minder dengan keadaanya, kerana merasa terbuang dari keluarga dan masyarakat. Aspek identitas diri terdapat lansia yaitu lansia hanya dikenal sebagai lansia yang pendiam jarang berinteraksi. Aspek penampilan peran, semua lansia memiliki penampilan peran positif lansia berperan sebagai lansia yang baik, sering menolong lansia yang lain terutama yang berada di isolasi.

3. Penelitian yang dilakukan oleh I Nengah Restu Adinegara (2014), yang berjudul “Hubungan Antara Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia Di Desa Leyangan Kecamatan Ungaran Timur Kabupaten Semarang”, uji analisis pada penelitian ini pendekatan *cross sectional*. Pada penelitian terdapat populasi berjumlah 279 dan menggunakan tehnik *purposive sampling* di dapat 71 responden terdapat 2 variabel di gunakan uji korelasi *Kendall tau*. Hasil menunjukkan bahwa p-value sebesar $0,003 < \alpha (0,05)$ dimana H_0 ditolak, ada hubungan antara pola komunikasi keluarga dengan tingkat depresi pada lansia dengan nilai korelasi $\tau = -0,362$ yang menunjukkan adanya korelasi negatif dengan kekuatan korelasi lemah antara pola komunikasi keluarga dengan tingkat depresi lansia, yang berarti semakin fungsional komunikasi dalam keluarga lansia, semakin ringan tingkat depresi pada lansia.

C. Kerangka Teori

Menurut Notoatmodjo (2012) kerangka teori adalah suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor yang penting diketahui dalam suatu penelitian.

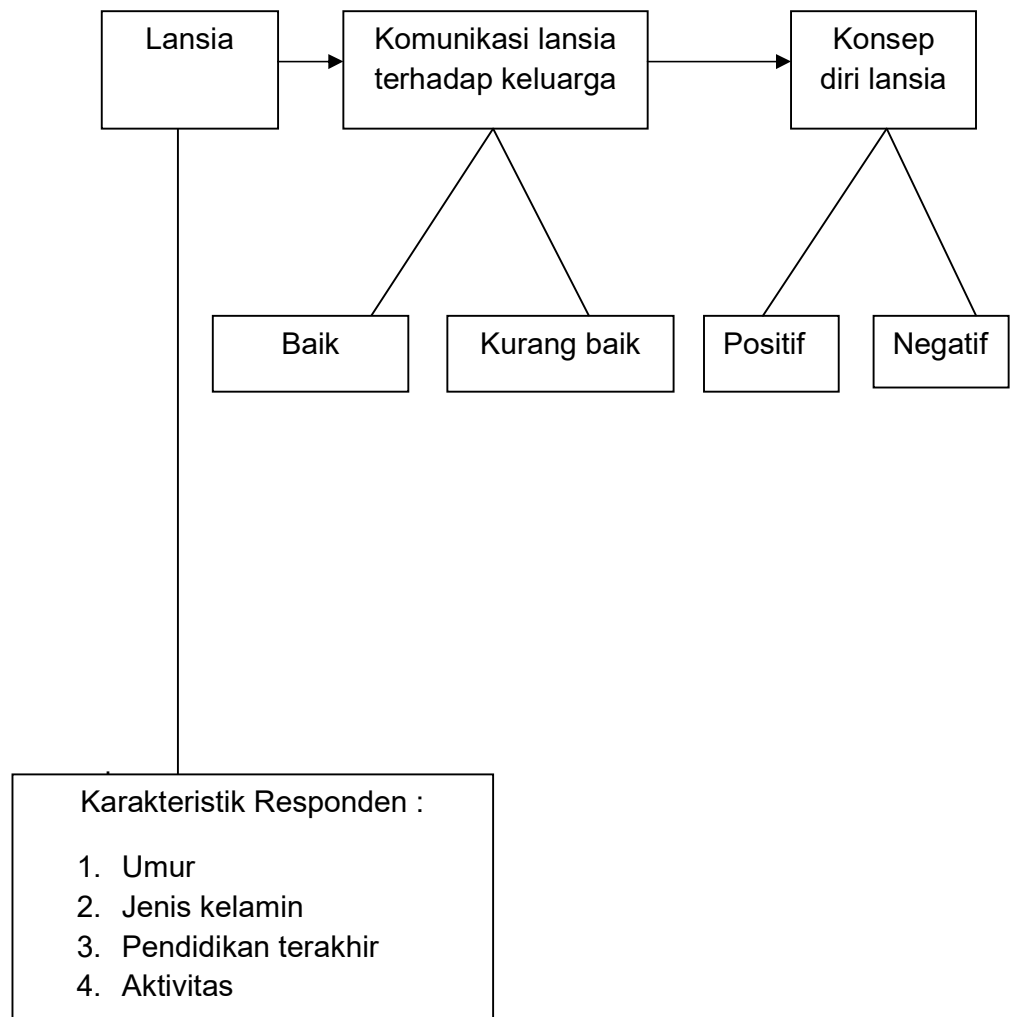
Sebagai kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 kerangka teori penelitian

D. Kerangka konsep

Kerangka konsep penelitian adalah hubungan-hubungan antara konsep yang satu dengan konsep lainnya dari masalah yang satu dengan yang konsep lainnya dari masalah yang diteliti sesuai dengan apa yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka (Notoatmodjo, 2012).



Gambar 2.2 kerangka konsep penelitian

E. Hipotesis

Hipotesis dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012).

- a. Hipotesis alternatif (H_a) menyatakan suatu hubungan, pengaruh dan perbedaan antara dua atau lebih variabel (Nursalam, 2008).

H_a : Ada hubungan antara komunikasi lansia terhadap keluarga dengan konsep diri lansia di Posyandu Happy lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda.

- b. Hipotesis Nol (H_0) adalah hipotesis yang digunakan untuk pengukuran statistik dan interpretasi hasil statistik. Hipotesis nol dapat sederhana atau kompleks dan bersifat sebab atau akibat (Nursalam, 2008).

H_0 : Tidak ada hubungan antara komunikasi lansia terhadap keluarga dengan konsep diri lansia di Posyandu Happy lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda.

BAB III
METODE PENELITIAN

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini, peneliti akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya di bidang keperawatan.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Responden yang terdapat di Posyandu Happy Lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda adalah berjumlah 42 responden. Berumur 45-59 tahun proporsinya lebih sedikit (11,9 %), dibandingkan dengan lansia yang berusia 60-74 tahun (88,1 %). Lansia yang berjenis kelamin laki-laki proporsinya lebih sedikit (33,3 %), dibandingkan dengan lansia yang berjenis kelamin perempuan (66,7 %). Lansia yang pendidikan terakhirnya tidak tamat sekolah/tidak sekolah (38,1 %) dan SD/sederajat (45,2 %) proporsinya lebih banyak, dibandingkan dengan lansia yang pendidikan terakhirnya SMP/SLTP (11,9 %) dan SMA/SLTA (4,8 %). Lansia yang aktivitas sehari-harinya aktif proporsinya lebih banyak (52,4 %), dibandingkan dengan lansia yang aktivitas sehari-harinya tidak aktif (47,6 %).

2. Responden lansia dengan komunikasi yang baik lebih banyak (54,8 %) dan sebagian kecil responden dengan komunikasi yang kurang baik (45,2 %).
3. Lansia yang memiliki konsep diri positif lebih banyak (52,4 %) bila dibandingkan dengan lansia yang memiliki konsep diri negatif (47,6 %).
4. Ada hubungan yang bermakna antara komunikasi lansia terhadap keluarga dengan konsep diri lansia di Posyandu Happy lansia Kelurahan Air Hitam Samarinda dengan $p\text{ value} = 0,006 (< \alpha 0,05)$. Lansia yang mempunyai komunikasi kurang baik berpeluang 7,93 kali memiliki konsep diri negatif dibandingkan dengan lansia yang mempunyai komunikasi baik, nilai ($OR = 7,93; CI : 1,933-31,586$).

B. Saran

Dalam penelitian ini ada beberapa saran yang dapat disampaikan yang kiranya bermanfaat yaitu sebagai berikut:

1. Bagi lansia dan keluarga
 - a. Diharapkan lansia lebih aktif lagi berinteraksi terhadap keluarga dirumah, lingkungan tempat tinggal.
 - b. Lansia lebih aktif lagi mengikuti program-program yang telah disusun oleh pihak posyandu.
 - c. Diharapkan kesadaran keluarga untuk meningkatkan lagi komunikasi/interaksi terhadap lansia untuk meningkatkan

pemberian dukungan, motivasi kepada keluarga yang masih memiliki lansia.

2. Bagi petugas kesehatan

a. Bagi petugas kesehatan yang belum ada atau memiliki Posyandu lansia bahkan ada tetapi tidak aktif, diharapkan membentuk Posyandu lansia dengan mengadakan pemeriksaan berkala dengan rutin agar derajat kesehatan lansia lebih terpantau dan terpenuhi.

b. Petugas kesehatan hendaknya tidak berfokus pada lansia saja tetapi juga harus melibatkan keluarga dalam setiap kegiatan lansia.

3. Bagi institusi pendidikan

a. Sebagai pengembangan dan evaluasi baik dalam isi maupun metode yang digunakan dalam penelitian ini.

4. Bagi peneliti selanjutnya

a. Hasil penelitian ini sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya yang dapat digunakan untuk meningkatkan kemampuan perawat gerontik dalam lingkup komunitas yang berhubungan dengan kegiatan penelitian keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Adinegara, Restu. (2014). Hubungan antara pola komunikasi keluarga dengan tingkat depresi pada lanjut usia di desa leyangan kecamatan uangan timur Kabupaten Semarang. Skripsi, tidak dipublikasikan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran Semarang.

Andarmayo, S. (2012). *Keperawatan Keluarga : konsep teori, proses dan praktik keperawatan*. Yogyakarta: Graha ilmu.

Anggraini. (2013). Hubungan antara pemanfaatan posyandu lanjut usia dengan status kesehatan lanjut usia di Puskesmas Mangkupalas Kelurahan Masjid Samarinda Seberang. Skripsi tidak di publikasikan. Samarinda Stikes Muhammadiyah.

Arikunto. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, edisi revisi X. Jakarta: Rineka cipta.

Bandiyah, (2009), *Lanjut Usia Dalam Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Cangara, H. (2007). *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Jakarta: PT Raja Grafindo.

Dahlan, S, M. (2012). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Depkes RI. (2003). *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta: Depes RI.

Erni, W.S. (2012). Analisa konsep didi pada lanjut usia yang di rawat dipanti werdha darma bakti Surakarta. Skripsi tidak dipublikasikan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Erpandi. (2014). *Posyandu Lansia : Mewujudkan Lansia Sehat, Mandiri & Produktif* . Jakarta: EGC.

Febrianty. (2013). Hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia diwilayah kerja Puskesmas Juanda Samarinda. Skripsi, tidak di publikasikan. Samarinda Stikes Muhammadiyah.

Friedman, dkk. (2010). *Catatan Kuliah Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Hardywinoto. (2005). *Panduan Gerontologi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Ismawati, Cahyo. dkk. (2010). *Posyandu Dan Desa Siaga*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Liliweri Alo. (2013). *Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Maryam, R. Siti. dkk. (2008). *Mengenal Usia Lanjut & Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.

Mc. Kenzie, F. (2013). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta:EGC.

Muhlisin. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Muhith Abdul. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori Dan Aplikasi*. Yogyakarta: Andi.

Mujahidullah. (2012). *Keperawatan Geriatrik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nugroho, W. (2008). *Keperawatan Gerontik*. Edisi 2. Jakarta: EGC.

Nursalam. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis Dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Depkes RI (2003, dalam Suktiarti 2014). Jakarta: Salemba Medika.

_____. (2012). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Padila. (2012). *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Pratama, H. (2011). Pola hubungan komunikasi interpersonal antara orang Tua Dengan Anak Terhadap Motivasi Berprestasi Pada Anak (studi pada SDN 01 pagi Cipulir kebayoran lama Jakarta). Skripsi Fakultas Ilmu Komunikasi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

Rakhmat, J. (2008). *Psikologi Komunikasi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Reni, Z. (2011). *Konsep diri dan gaya hidup lansia yang mengalami penyakit kronis dip anti sosial tresna werdha (pstw) khusnul khotimah pekanbaru*. Jurnal Ners Indonesia, 1, (2), 21-30.

Ridlawati, R. (2012). Hubungan dukungan keluarga dan kemandirian lansia dengan konsep diri lansia di kelurahan bambankerep kecamatan ngaliyan Kota Semarang. Skripsi tidak dipublikasikan, Universitas Muhammadiyah Semarang.

Riwikdikdo, H. (2013). *Statistik Kesehatan: Dengan Aplikasi SPSS dalam Prosedur Penelitian*. Yogyakarta: Rihama-Rohima.

Riyanto, A. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sari, Nur Fita. (2014). Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Motivasi Lansia Untuk Berkunjung ke Posyandu Lansia Bintang Di Wilayah Kerja Puskesmas Lampake Samarinda. Skripsi, tidak dipublikasikan. Samarinda Stikes Muhammadiyah.

Sobur, A. (2010). *Psikologi Umum*. Bandung: CV Pustaka Setia.

Standley & Beare. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*: Edisi 2. Jakarta: EGC.

Sugiyono. (2007). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.

_____. (2010). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.

Tamher, S. & Noorkasiani. (2009). *Kesehatan Lanjut Usia Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Tasmara, T. (2006). *Spiritual Centered Leadership (Kepemimpinan Berbasis Spiritual)*. Jakarta: Gema Insani Press.

<http://www.faujabamuloputra.blogspot.co.id>, Konsep Diri. (diperoleh pada tanggal 22 Januari 2016).

<http://www.Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia>.(diperoleh pada tanggal 18 juni 2016).

LAMPIRAN

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

Nama : Risdia Astrid Devisari
Tempat, tgl lahir : Maratua Bohe Silian, 06 Januari 1995
Alamat Asal : Maratua Bohe Silian RT 003, Berau
Alamat di Samarinda : JL. H Suwandi kost pondok melati RT 24
No 5, kelurahan gunung kelua,
Kec. Samarinda ulu

B. Riwayat Pendidikan

Pendidikan formal

- Tamat SD tahun : 2006 di SDN Maratua Bohe Silian Berau
- Tamat SMP tahun : 2009 di SMP Negeri 27 Berau
- Tamat SMA tahun : 2012 di SMA Negeri 1 Berau

Lampiran 5

Lembar Kuesioner Penelitian

Bagian A

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah pernyataan dengan teliti sebelum mengisi
2. Berilah tanda centeng (\surd) pada salah satu dari 5 pilihan yang tersedia yang paling di anggap sesuai anda alami saat ini

Data demografi

No Responden : (di isi oleh peneliti)

Umur : tahun

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Pendidikan terakhir : Tidak tamat / tidak sekolah

SD / sederajat

SMP / SLTP

SMA / SLTA

Perguruan tinggi

Aktivitas :

Keterangan :

1. Sangat setuju : jika pernyataan tersebut sangat setuju bagi anda
2. Setuju : jika pernyataan tersebut setuju bagi anda
3. Ragu-ragu : jika pernyataan tersebut ragu-ragu bagi anda
4. Tidak setuju : jika pernyataan tersebut tidak setuju bagi anda

5. Sangat tidak setuju : jika pernyataan tersebut sangat tidak setuju bagi anda

Lembar kuesioner komunikasi lansia terhadap keluarga

No.	PERNYATAAN	Sangat setuju	Setuju	Ragu-ragu	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
	KOMUNIKASI FUNGSIONAL					
1.	Saya membicarakan hal yang kurang jelas kepada keluarga.					
2.	Keluarga tidak memberikan kesempatan untuk menanyakan pembicaraan yang belum jelas.					
3.	Saya merasa pendapat saya tidak ditanggapi serius oleh keluarga.					
4.	Saya merasa nasehat yang diberikan oleh keluarga mengecilkan perasaan saya.					
5.	Keluarga menghargai					

	pendapat yang saya utarakan.					
6.	Keluarga bisa membuat suasana menyenangkan saat berbicara.					
	KOMUNIKASI DISFUNGSIONAL					
7.	Pendapat yang saya nyatakan dalam pembicaraan selalu ditanggapi negatif oleh keluarga.					
8.	Saat saya merasa kesulitan menghadapi masalah dan mencoba meminta pendapat dari keluarga masukan negatif saya terima.					
9.	Keluarga tidak pernah bicara baik terhadap saya.					
10.	Keluarga sangat menjaga pembicaraan dengan baik terhadap saya.					
11.	Keluarga tidak					

	memberikan motivasi untuk selalu menjaga kesehatan.					
12.	Keluarga memusuhi saya.					
13.	Saya tidak diperdulikan keluarga.					
14.	Saya diperdulikan keluarga.					

Lampiran 6

Lembar Kuesioner Penelitian

Bagian B

Lembar kuesioner konsep diri lansia

No.	PERNYATAAN	Sangat setuju	Setuju	Ragu-ragu	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
	CITRA TUBUH					
1.	Saya memiliki tubuh yang sehat.					
2.	Saya sakit-sakitan.					
3.	Saya orang yang tidak menarik.					
4.	Saya seorang yang menarik.					
	IDEAL DIRI					
5.	Saya puas dengan ukuran tubuh saya.					
6.	Saya menjaga kesehatan tubuh saya sebaik-baiknya.					
7.	Saya merasa tidak sesehat yang seharusnya.					
	PENAMPILAN PERAN					
8.	Saya mencoba menjaga penampilan saya sebaik-baiknya.					

9.	Saya mampu mengerjakan tugas-tugas saya.					
10.	Saya puas dengan tingkah laku saya.					
	IDENTITAS					
11.	Saya cukup mampu mengendalikan diri.					
12.	Saya bukan orang yang baik.					
	HARGA DIRI					
13.	Saya seorang yang berarti bagi keluarga saya.					
14.	Saya seorang anggota keluarga yang bahagia.					
15.	Saya tidak dicintai oleh keluarga saya.					

Reliability Statistics Komunikasi Lansia

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.750	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item_1	112.03	229.275	.469	.739
Item_2	112.43	229.357	.538	.738
Item_4	112.40	230.317	.531	.740
Item_6	112.60	228.179	.511	.738
Item_7	112.10	229.610	.705	.738
Item_8	112.07	225.995	.733	.733
Item_9	112.17	224.006	.696	.731
Item_10	112.23	225.289	.574	.734
Item_11	111.60	227.628	.799	.735
Item_12	112.00	228.138	.728	.736
Item_13	111.67	221.954	.857	.727
Item_14	111.50	224.328	.877	.730
Item_15	111.93	219.513	.826	.724
Item_16	111.97	224.516	.620	.732
Jumlah	54.37	58.585	.982	.916

Reliability Statistics Konsep Diri

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.717	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item_1	126.07	249.789	.664	.694
Item_2	126.57	249.771	.789	.693
Item_3	126.63	258.240	.343	.707
Item_4	126.20	253.890	.473	.701
Item_5	126.00	254.828	.507	.701
Item_7	125.23	259.151	.730	.705
Item_8	127.00	238.345	.690	.681
Item_10	125.23	263.495	.327	.712
Item_11	126.17	250.626	.557	.696
Item_12	126.67	251.402	.599	.697
Item_15	125.97	255.826	.411	.704
Item_16	126.33	261.540	.357	.710
Item_18	126.13	260.257	.457	.707
Item_19	126.07	261.995	.364	.710
Item_20	125.70	253.597	.612	.699
Jumlah	55.53	61.706	.979	.841

Lampiran 9

Hasil Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komunikasi_Lansia	42	100.0%	0	.0%	42	100.0%
KonsepDiri_Lansia	42	100.0%	0	.0%	42	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Komunikasi_Lansia	Mean	56.52	.714	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	55.08	
		Upper Bound	57.97	
	5% Trimmed Mean		56.85	
	Median		57.00	
	Variance		21.426	
	Std. Deviation		4.629	
	Minimum		42	
	Maximum		63	
	Range		21	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		-1.259	.365
	Kurtosis		1.796	.717
	KonsepDiri_Lansia	Mean	60.83	1.314
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	58.18	
		Upper Bound	63.49	
5% Trimmed Mean			61.07	
Median			63.00	

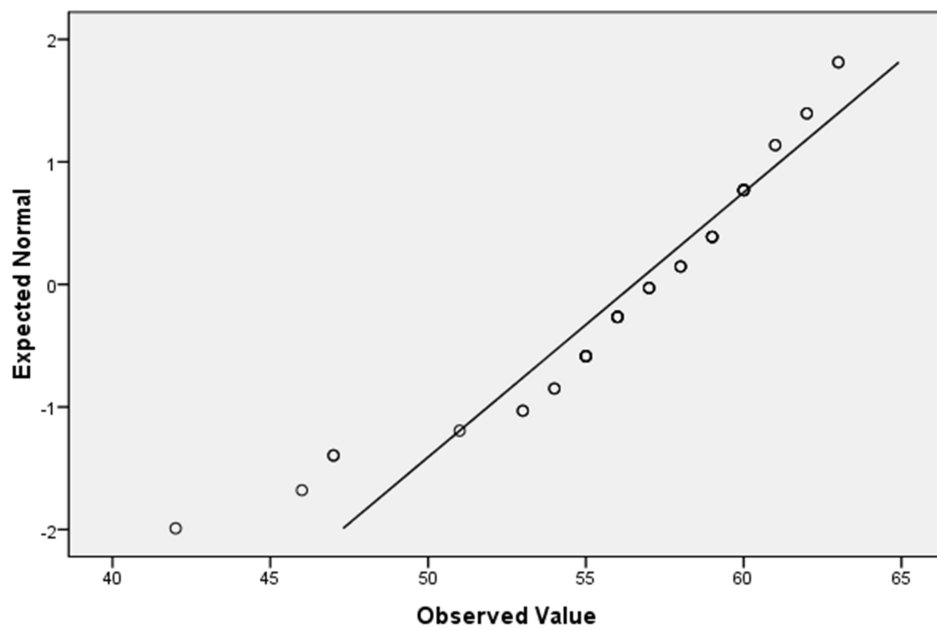
Variance	72.484	
Std. Deviation	8.514	
Minimum	44	
Maximum	74	
Range	30	
Interquartile Range	11	
Skewness	-.747	.365
Kurtosis	-.409	.717

Tests of Normality

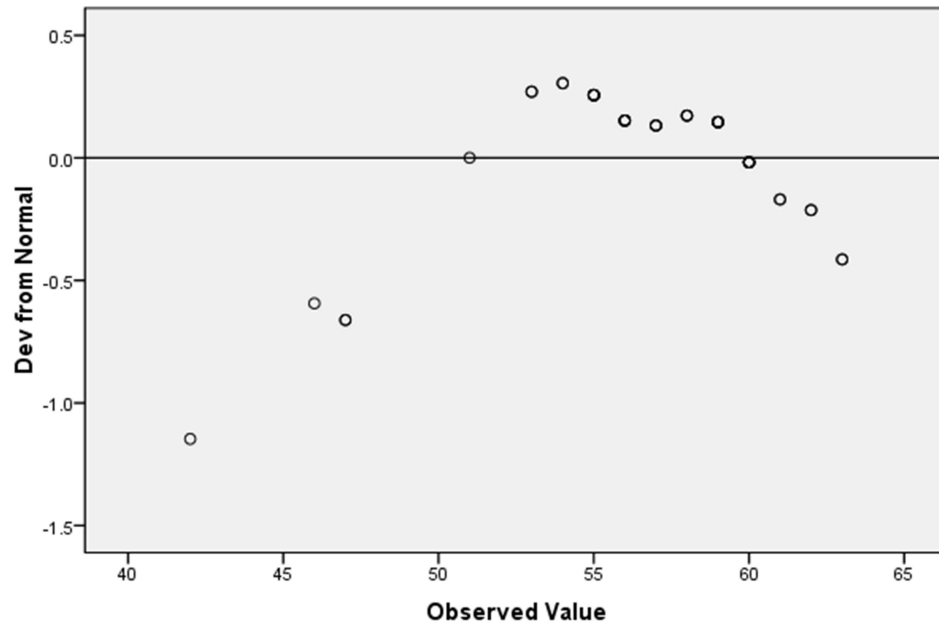
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Komunikasi_Lansia	.157	42	.011	.898	42	.001
KonsepDiri_Lansia	.174	42	.002	.904	42	.002

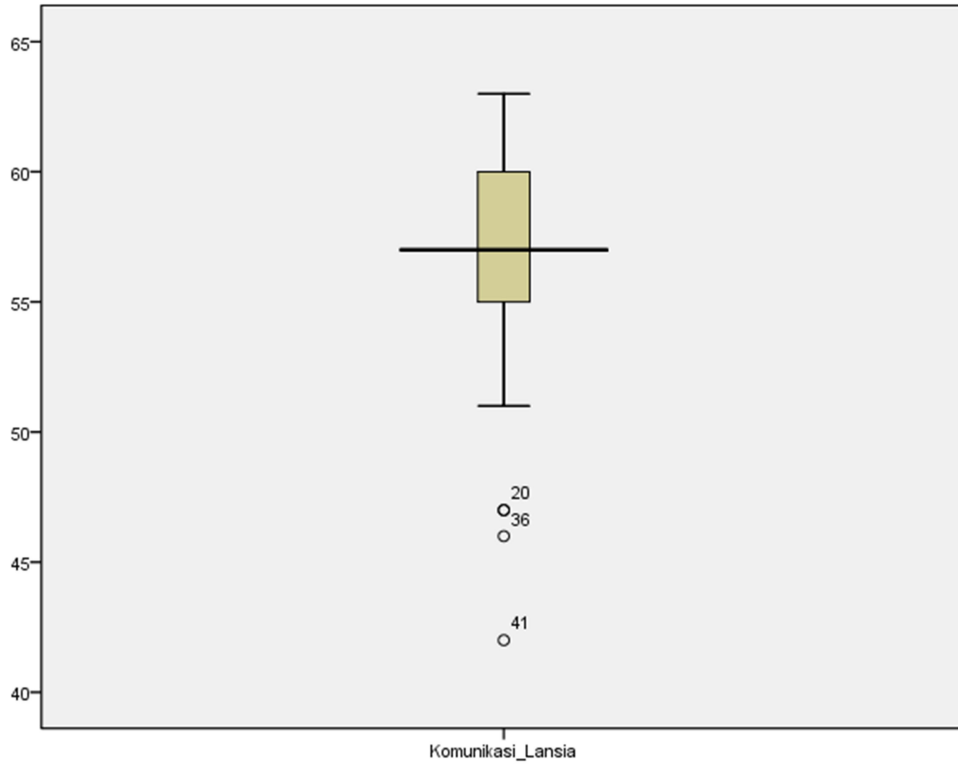
a. Lilliefors Significance Correction

Normal Q-Q Plot of Komunikasi_Lansia

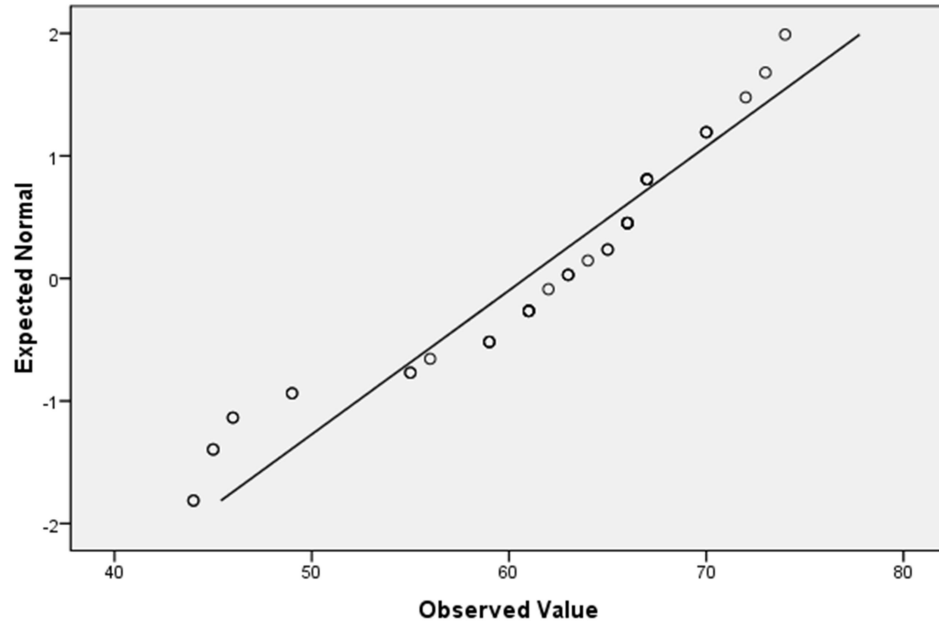


Detrended Normal Q-Q Plot of Komunikasi_Lansia

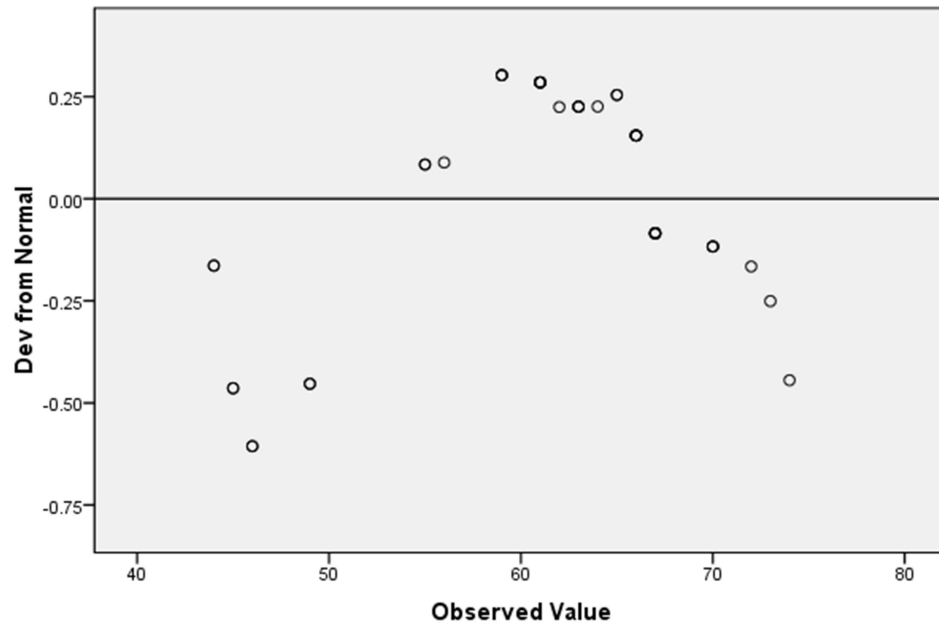


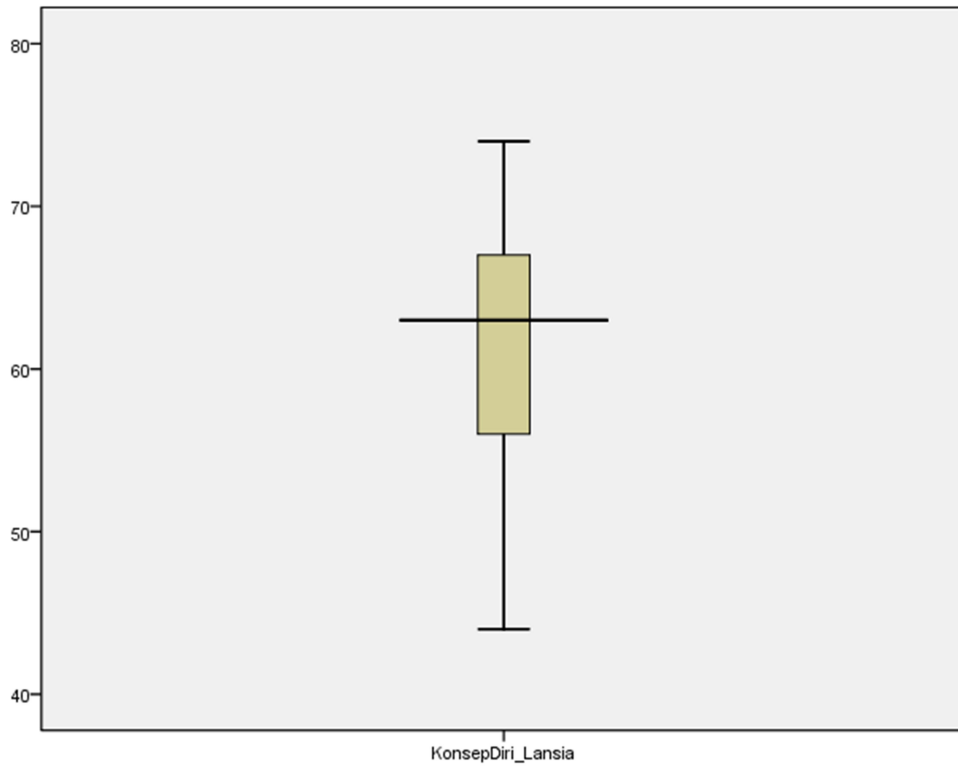


Normal Q-Q Plot of KonsepDiri_Lansia



Detrended Normal Q-Q Plot of KonsepDiri_Lansia





Analisa Univariat

Statistics

		Umur	Jeniskelamin	Pendidikanterak hir	Aktivitas
N	Valid	42	42	42	42
	Missing	0	0	0	0
Percentiles	25	1.00	2.00	1.00	1.00
	50	2.00	2.00	2.00	1.00
	75	2.00	2.00	2.00	2.00

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45-59 tahun	14	33.3	33.3	33.3
	60-74 tahun	28	66.7	66.7	100.0
Total		42	100.0	100.0	

Jeniskelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	5	11.9	11.9	11.9
	Perempuan	37	88.1	88.1	100.0
Total		42	100.0	100.0	

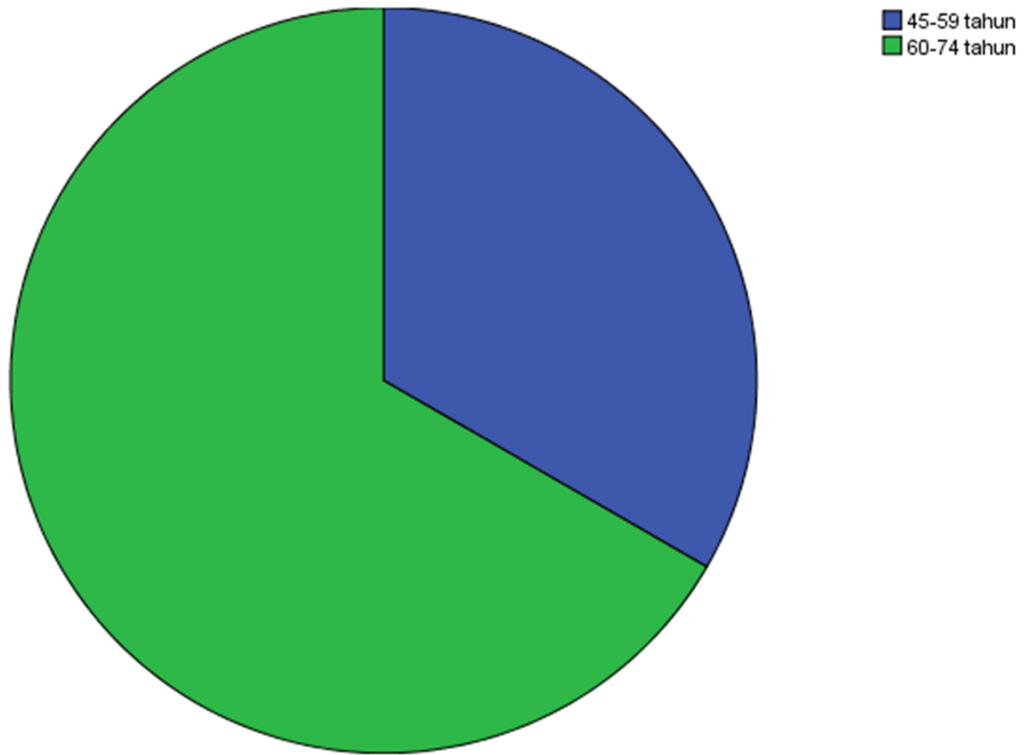
Pendidikanterakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak tamat/tidak sekolah	16	38.1	38.1	38.1
SD/ sederajat	19	45.2	45.2	83.3
SMP/SLTP	5	11.9	11.9	95.2
SMA/SLTA	2	4.8	4.8	100.0
Total	42	100.0	100.0	

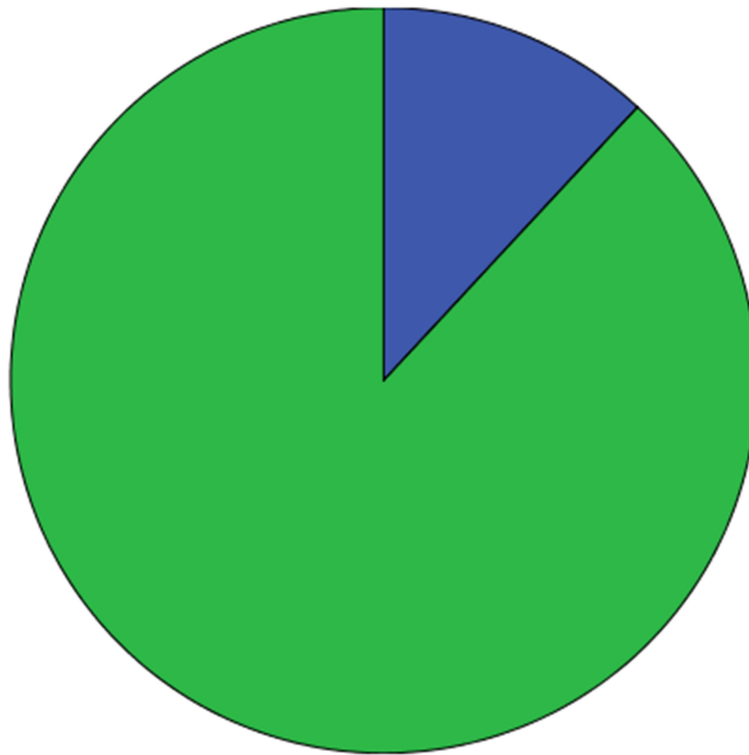
Aktivitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aktif	22	52.4	52.4	52.4
Tidak Aktif	20	47.6	47.6	100.0
Total	42	100.0	100.0	

Umur

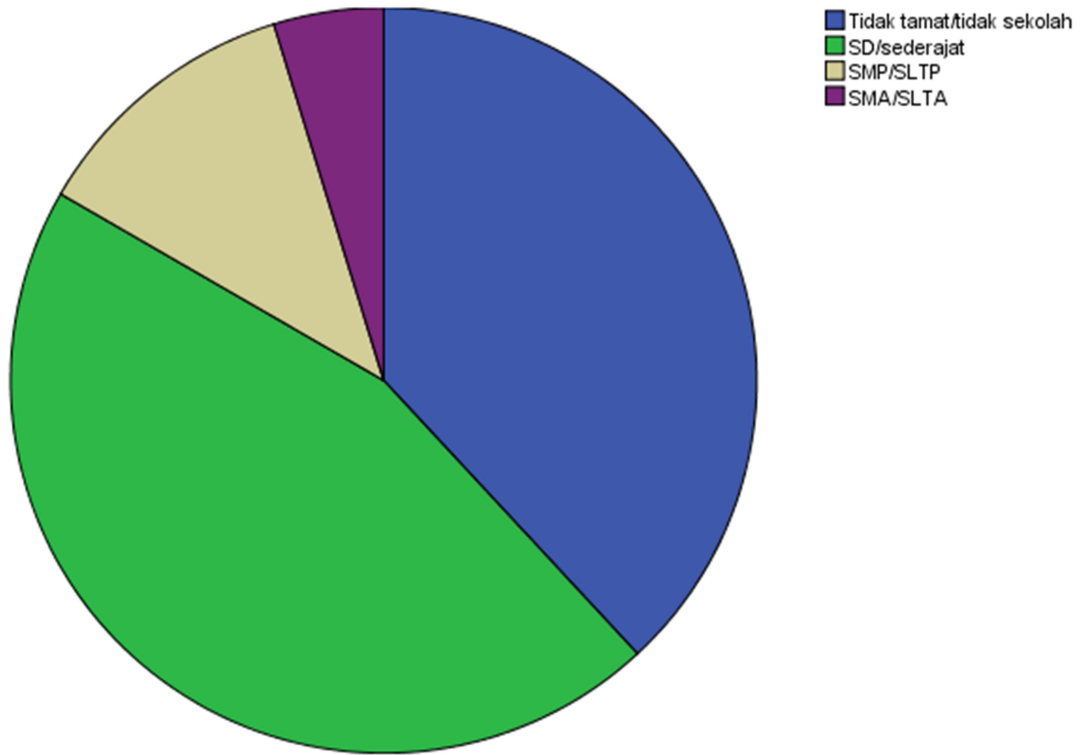


Jeniskelamin

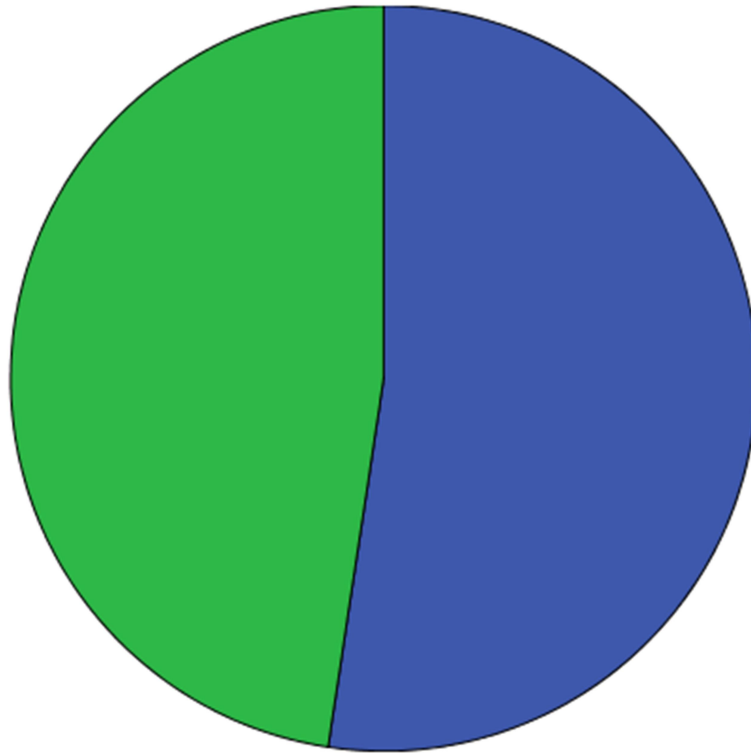


■ Laki-laki
■ Perempuan

Pendidikan terakhir



Aktivitas



■ Aktif
■ Tidak Aktif

Univariat Komunikasi Lansia Dan Konsep Diri

Statistics

		Komunikasi Lansia	Konsep Diri Lansia
N	Valid	42	42
	Missing	0	0
Percentiles	25	1.00	1.00
	50	1.00	1.00
	75	2.00	2.00

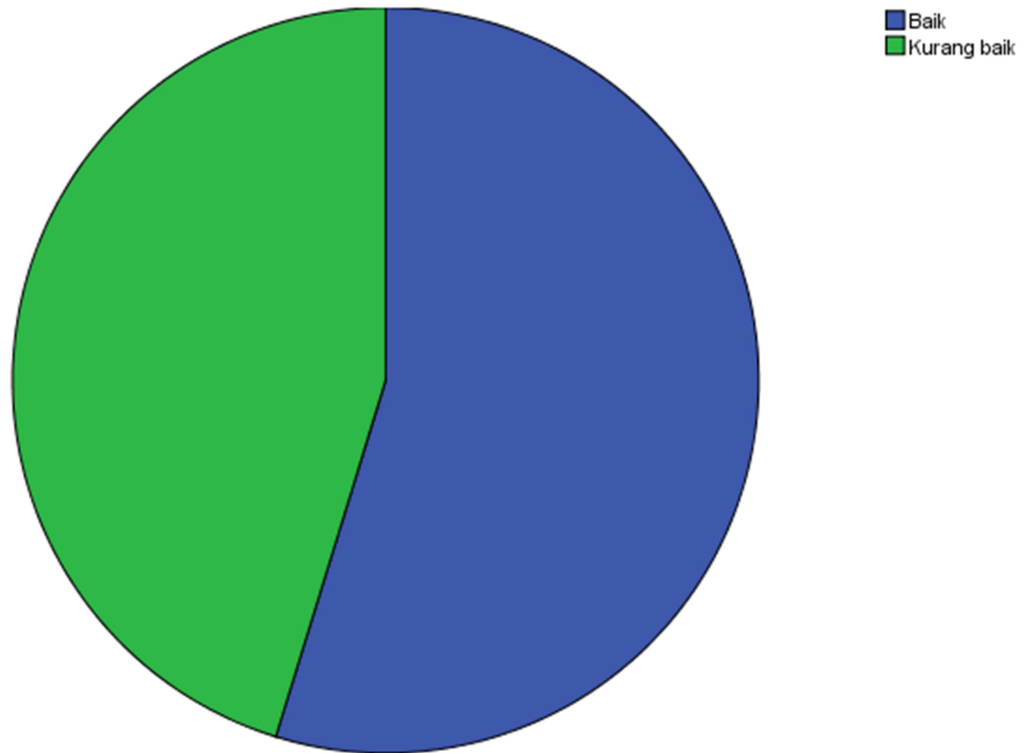
Komunikasi Lansia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	23	54.8	54.8	54.8
	Kurang baik	19	45.2	45.2	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

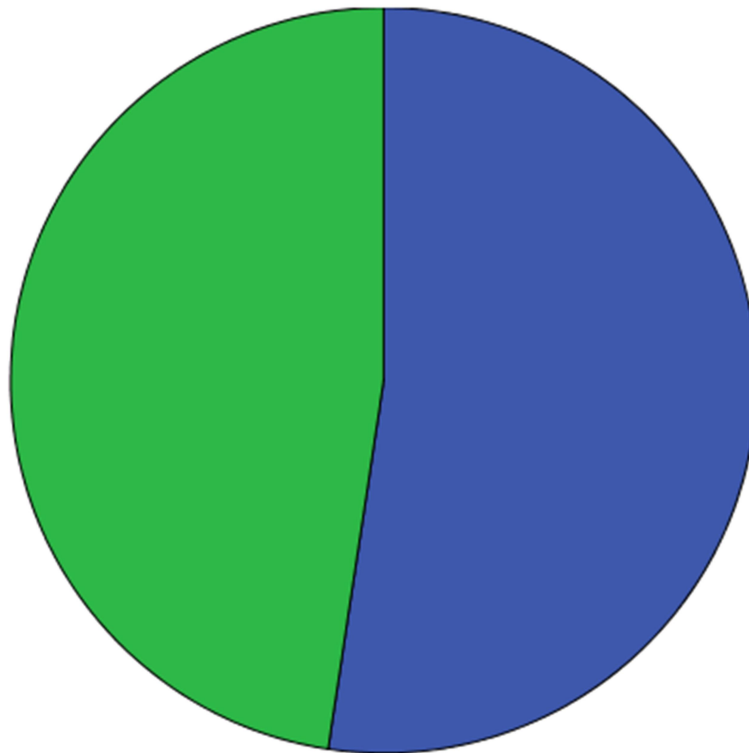
Konsep Diri Lansia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	22	52.4	52.4	52.4
	Negatif	20	47.6	47.6	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Komunikasi Lansia



Konsep Diri Lansia



■ Positif
■ Negatif

Lampiran 11

Analisa Bivariat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komunikasi lansia * Konsep Diri Lansia	42	100.0%	0	.0%	42	100.0%

Komunikasi lansia * Konsep Diri Lansia Crosstabulation

			Konsep Diri Lansia		Total
			Positif	Negatif	
Komunikasi lansia	Baik	Count	17	6	23
		% within Konsep Diri Lansia	77.3%	30.0%	54.8%
	Kurang baik	Count	5	14	19
		% within Konsep Diri Lansia	22.7%	70.0%	45.2%
Total		Count	22	20	42
		% within Konsep Diri Lansia	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.450 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	7.638	1	.006		
Likelihood Ratio	9.826	1	.002		
Fisher's Exact Test				.005	.003
Linear-by-Linear Association	9.225	1	.002		
N of Valid Cases ^b	42				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.05.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Komunikasi lansia (Baik / Kurang baik)	7.933	1.993	31.586
For cohort Konsep Diri Lansia = Positif	2.809	1.274	6.192
For cohort Konsep Diri Lansia = Negatif	.354	.169	.741
N of Valid Cases	42		