

**BENTUK DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP SIKAP LANSIA
DALAM MENJAGA KESEHATAN MENTALNYA**
(Studi Kualitatif terhadap Lansia Wanita di Posyandu Lansia Harapan dan Jember Permai I
di Kecamatan Sumpalsari Kabupaten Jember)

SKRIPSI

Oleh

**Ayu Nurmalasari
NIM 062110101091**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2010

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan di Indonesia telah berhasil menurunkan angka kematian bayi, ibu, dan angka fertilitas. Selain itu juga menghasilkan perbaikan gizi masyarakat yang berakibat meningkatnya angka harapan hidup masyarakat Indonesia. Namun disisi lain, meningkatnya angka harapan hidup masyarakat Indonesia berakibat semakin bertambah pula jumlah penduduk lanjut usia. Menurut Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 5 Tahun 2007 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, pengertian lanjut usia yang selanjutnya disingkat lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun atau lebih. Berdasarkan data Departemen Kesehatan RI (2000b), pada tahun 2000 diperkirakan jumlah penduduk yang berusia di atas 60 tahun mencapai 7,4% atau sekitar 15,3 juta orang, sedangkan antara tahun 2005-2010 jumlah lanjut usia (lansia) diperkirakan akan sama dengan jumlah balita yaitu sekitar 19 juta atau 8,5% dari jumlah seluruh penduduk.

Perubahan demografi ini akan berpengaruh terhadap berbagai aspek kehidupan lanjut usia, baik secara individu maupun dalam kaitannya dengan keluarga dan masyarakat. Secara individu pengaruh proses ketuaan menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik biologis, mental, maupun sosial ekonomi. Ada yang menganalogikan menuanya manusia seperti ausnya suku cadang suatu mesin yang bekerjanya sangat kompleks dengan bagian-bagian yang saling mempengaruhi secara fisik atau somatik. Analogi tersebut dapat diterima namun menurut Boedhi-Darmojo dan Martono (2006) proses penuaan pada manusia banyak dipengaruhi oleh jiwa dan budaya. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya orang yang secara fisik sakit berat tetapi karena mentalnya masih tinggi maka masih dapat hidup lama.

Sehingga diperlukan adanya suatu upaya dalam mengatasi peningkatan jumlah penduduk lanjut usia agar kelompok lanjut usia tetap mempunyai kondisi fisik dan mental yang prima untuk menjadi sumber daya manusia yang optimal (Depkes RI, 2000b).

Kesehatan lanjut usia meliputi kesehatan badan, rohani dan sosial sehingga bukan hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan. Kesehatan pada dasarnya dipengaruhi oleh empat faktor utama yaitu faktor keturunan, lingkungan, upaya kesehatan dan perilaku. Salah satu program perilaku dari Lembaga Kesejahteraan Lanjut Usia (LKLU) Tingkat Pusat adalah Program Tiga Sehat. Program tersebut memiliki tiga komponen antara lain mental, olahraga dan gizi yang merupakan tritunggal, dimana tidak dapat mengabaikan salah satu dalam pelaksanaannya (Hardywinoto dan Tony, 2005).

Permasalahan kesehatan lansia pada umumnya terjadi karena adanya perubahan normal pada fisiknya. Perubahan normal (alami) tersebut tidak dapat dihindari, karena cepat atau lambatnya perubahan dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, sosial, ekonomi dan medik. Mundurnya kondisi fisik tersebut menyebabkan penurunan peran sosial lansia dan dapat menjadikan mereka lebih tergantung kepada pihak lain. Peran sosial yang menurun menyebabkan berkurangnya integrasi sosial pada lansia. Hal ini berpengaruh negatif pada kondisi sosial psikologis mereka yang merasa sudah tidak diperlukan lagi oleh masyarakat lingkungan sekitarnya.

Kondisi lansia yang menarik diri diperburuk dengan berubahnya nilai sosial masyarakat yang mengarah kepada tatanan masyarakat individualistik, sehingga lansia kurang dihargai dan dihormati, serta tersisih dari kehidupan masyarakat yang pada akhirnya menjadi terlantar (Hardywinoto dan Tony, 2005). Menurut Boedhi-Darmojo (1991) pergaulan antara orang-orang lansia ini juga tetap dilakukan secara teratur, rupanya di daerah pedesaan mereka lebih sering dikunjungi atau mengunjungi, namun di daerah perkotaan kegiatan ini jarang dilakukan.

Akan tetapi didaerah perkotaan, para lansia lebih banyak mengikuti organisasi-organisasi masyarakat (sosial, perkumpulan kematian dan sebagainya).

Menurut INIA (*International Institute on Aging*), *World Health Organization*, penyebab timbulnya permasalahan kesehatan pada lansia adalah umur harapan hidup yang bertambah panjang; morbiditas meningkat; mengalami peran ganda, yaitu menderita penyakit infeksi dan kronis; kecacatan; dan faktor lain seperti psikososial, lingkungan, stres, jaringan sosial, status perkawinan, penilaian terhadap diri sendiri, perawatan, dan lain sebagainya. Namun permasalahan di atas dapat menjadi suatu hubungan timbal balik, dimana kondisi mental para lansia banyak dipengaruhi oleh proses penuaan yang terjadi padanya (Depkes RI, 2000b).

Proses penuaan merupakan proses yang disertai penurunan fisik, psikologis, maupun sosial, yang saling berinteraktif satu sama lain serta memiliki potensi menimbulkannya masalah kesehatan jiwa, karena adanya perasaan tak berdaya. Menurut laporan statistik pasien mental di seluruh rumah sakit jiwa di Indonesia tahun 1981, jumlah pasien pertama kali dirawat (*first admission*) untuk segmen usia 51 – 60 tahun adalah sekitar 4% (176 orang) dan untuk usia di atas 60 tahun sekitar 2,3% (100 orang) dari total perawatan pertama kali sebesar 4320 orang. Sedangkan jumlah perawatan seluruhnya pada usia 51 - 60 tahun adalah sebesar 4,3% (333 orang) dan untuk usia di atas 60 tahun sebesar 2,1% (164 orang) dari total perawatan sebesar 7735 orang (Depkes RI, 1992).

Sakit mental, terutama depresi dan kecemasan, merupakan masalah penting bagi orang dewasa pada usia 65 tahun ke atas. Angka prevalensi pengidap penyakit mental orang dewasa di Amerika Serikat sebesar 12,3% yang hidup dalam masyarakat, 70% dalam perawatan rumah, dan 50% dalam perawatan akut di rumah sakit. Gangguan medis dengan masalah kesehatan mental pada populasi orang tua dapat dikaitkan dengan sejumlah faktor penyebab yang meliputi: (a) hilangnya berbagai fungsi personal; (b) insomnia kronis; (c) adanya penyakit jantung dan stroke; (d) penyakit generatif saraf; (e) hilangnya dukungan sosial;

dan (f) akses untuk perawatan. Penelitian lain menyebutkan bahwa sejauh ini, prevalensi depresi pada lansia di dunia berkisar 8% hingga 15% dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara di dunia mendapatkan prevalensi rata-rata depresi pada lansia adalah 13,5% dengan perbandingan wanita-pria 14,1: 8,6. Adapun prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di rumah sakit dan panti perawatan sebesar 30% hingga 45% (Anonim, 2009).

Studi kasus yang dilakukan pada lansia di Posyandu Lansia Salak 11 di Desa Gumukmas Kecamatan Gumukmas Kabupaten Jember, yang menggambarkan tentang gejala depresi menyebutkan bahwa terdapat 58% dari lansia yang mengalami gangguan tidur dan 62% dari lansia yang sering menangis tiba-tiba disebabkan oleh memikirkan anak mereka yang tidak tinggal bersama mereka (Nurmalasari, 2010). Hal ini dapat menggambarkan bahwa depresi dapat terjadi saat lansia merasa sendiri karena anak mereka tidak tinggal bersama mereka.

Data di atas menggambarkan bahwa kondisi mental lansia cenderung lemah dan tak berdaya. Hal ini dikarenakan adanya ketidaksiapan lansia dalam menyikapi kemunduran badaniah atau kebingungan untuk memikirkannya. Muncullah istilah *disengagement theory*, yang berarti ada penarikan diri dari masyarakat dan diri pribadinya satu sama lain, sehingga membuat lansia menjadi seseorang yang tertutup (Boedhi-Darmojo dan Martono, 2006). Penarikan diri lansia dari masyarakat hanya akan memperburuk kondisi lansia baik secara mental maupun fisik. penurunan hasrat untuk hidup, bersosialisasi dan merawat diri sendiri. Pada akhirnya membuat lansia jadi tidak produktif dan menjadi bergantung pada orang lain.

Masalah kesehatan fisik lansia tidak dapat kita hindari, karena merupakan proses alami yang akan terjadi pada setiap orang. Namun kondisi mental yang sehat akan mampu memperlambat timbulnya masalah kesehatan secara fisik pada lansia, sehingga perlu adanya upaya untuk menjaga kesehatan mental lansia demi terbentuknya kualitas hidup lansia yang memadai. Menurut para ahli seseorang dikatakan sehat mentalnya saat memiliki *psychological well-being*

yang terdiri dari beberapa indikator yaitu seseorang yang memiliki penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, kemandirian, tujuan hidup; mampu melakukan penyesuaian diri dengan berbagai stressor lingkungan; melakukan produktivitas selaras dengan kapasitasnya; tumbuh dan berkembang secara positif; dan persepsi yang benar tentang realitas (Moeliono dan Latipun, 1999). Sehingga untuk menjaga kesehatan mentalnya, seorang lansia harus dapat memahami perubahan pada dirinya.

Adanya pemahaman lansia terhadap fenomena pada tubuhnya, diharapkan akan terbentuk suatu sikap yang arif dalam menghadapi permasalahan kesehatan yang akan terjadi padanya. Sikap seorang lansia dalam menghadapi masa tuanya menjadi modal menentukan suatu tindakan yang tepat bila ia menghadapi suatu permasalahan. Meskipun sikap terkadang tidak sejalan dengan perilaku yang dihasilkan, diharapkan dengan terbentuknya sikap akan tertanam suatu pemahaman untuk bertindak bila menghadapi permasalahan yang semakin rumit. Sikap itu sendiri terdiri dari tiga komponen yaitu kognitif, afektif dan perilaku. Pembentukan pemahaman dan sikap itu dapat berasal dari individu itu sendiri atau dari keluarga bahkan masyarakat sekitar yang dipengaruhi oleh faktor fisik, biologis, sosial, psikologis, ekonomi dan budaya. Faktor-faktor tersebut yang akan membentuk suatu sistem jaringan sosial yang dapat memberi dukungan sosial bagi lansia.

Dukungan sosial bagi lanjut usia sangat diperlukan selama lansia sendiri masih mampu memahami makna dukungan sosial tersebut sebagai penyokong atau penopang kehidupannya. Namun dalam kehidupan lansia seringkali ditemui bahwa tidak semua lansia mampu memahami adanya dukungan sosial dari orang lain, sehingga walaupun ia telah menerima dukungan sosial tetapi masih saja menunjukkan adanya ketidakpuasan, yang ditampilkan dengan cara menggerutu, kecewa, kesal dan sebagainya (Kuntjoro, 2002). Hal ini dapat disebabkan oleh adanya dampak negatif dari budaya timur yang menempatkan lansia pada kedudukan yang lebih tinggi dibandingkan orang muda. Berkeinginan untuk menjaga martabat lansia, terkadang anggota keluarga malah menjadi *over protective* (Hodkinson, 1976).

Para lansia dilarang jalan keluar rumah, takut kalau-kalau jatuh atau mendapat kecelakaan, dilarang mengerjakan pekerjaan yang agak memberatkan dan sebagainya, sehingga kebiasaan ini akan merugikan lansia baik dari segi mental maupun fisik.

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Oatley dalam Abraham dan Shanley (1997), menyatakan bahwa seseorang mempertahankan kesejahteraan, mungkin secara kuat dipengaruhi oleh dukungan sosial yang ia terima. Seseorang menemukan kembali pada kondisi sejahtera juga dipengaruhi oleh dukungan sosial. Penemuan mereka menunjukkan bahwa rata-rata lama tinggal pasien di rumah sakit dua hari lebih pendek pada pasien yang mendapatkan dukungan sosial daripada mereka yang tidak mendapat dukungan.

Jenis dukungan sosial yang paling membantu seseorang tergantung pada masalah kesehatan mereka dan dukungan orang lain. Bagi lanjut usia, keluarga merupakan sumber kepuasan. Data awal yang diambil oleh Suhartini (Tanpa tahun) terhadap lanjut usia berusia 50, 60 dan 70 tahun di Kelurahan Jambangan Kota Surabaya menyatakan bahwa mereka ingin tinggal di tengah-tengah keluarga. Mereka tidak ingin tinggal di Panti Werdha. Para lanjut usia merasa bahwa kehidupan mereka sudah lengkap, yaitu sebagai orang tua dan juga sebagai kakek dan nenek. Mereka dapat berperan dengan berbagai gaya, yaitu gaya formal, gaya bermain, gaya pengganti orang tua, gaya bijak, gaya orang luar, dimana setiap gaya membawa keuntungan dan kerugian masing-masing.

Akan tetapi keluarga dapat menjadi frustrasi bagi orang lansia, jika ada hambatan komunikasi antara lansia dengan anak atau cucu dimana perbedaan faktor generasi memegang peranan. Menurut Herwanto dalam Suhartini (Tanpa tahun), ketergantungan lansia yang tinggal di perkotaan akan dibebankan kepada anak, terutama anak perempuan. Anak perempuan pada umumnya sangat diharapkan untuk dapat membantu atau merawat mereka ketika orang sudah lansia. Anak perempuan sesuai dengan citra dirinya yang memiliki sikap kelembutan, ketelatenan dan tidak adanya unsur “sungkan” untuk minta dilayani.

Namun kondisi saat ini telah mengubah nilai sosial, seperti yang disebutkan oleh Rusilanti dan Kusharto (2006) bahwa anak-anak perempuan yang seharusnya merawat lansia menjadi kekurangan waktu karena harus terjun ke sektor publik untuk mencari nafkah. Di samping itu juga terjadinya migrasi akibat berkembangnya industri dan jasa di perkotaan membuat anak harus bertempat tinggal jauh dari orang tuanya. Kondisi tersebut dapat menyebabkan berkurangnya dukungan keluarga. Selayaknya anak mengajak orang tua untuk tinggal serumah dengannya, namun alternatif tersebut sering tidak dapat dilakukan karena tingginya tingkat urbanisasi di kota mengakibatkan mereka tidak mampu membeli rumah cukup besar untuk menampung orang tuanya. Akibatnya banyak lansia yang terlantar di masa tuanya baik secara sosial ekonomi dan mentalnya. Oleh karenanya banyak keluarga yang pada akhirnya menyerahkan orang tuanya yang sudah berusia lanjut ke Panti Wredha. Selain itu juga banyaknya lansia yang tidak memiliki keluarga memilih untuk tinggal di Panti Wredha.

Secara keseluruhan telah jelas bahwa apapun mekanisme psikologi sosial yang terlihat, dukungan sosial mendorong kesejahteraan seseorang termasuk kesehatannya. Namun penelitian lebih lanjut dibutuhkan untuk mengklarifikasi bagaimana jenis dukungan sosial, terutama dari keluarga, yang berbeda mempunyai dampak yang berbeda pada kesejahteraan kita pada waktu yang berbeda pula. Beberapa penelitian telah menggunakan penilaian objektif terhadap dukungan seperti jumlah teman, jumlah anggota kelompok, jumlah kunjungan ke/dari orang lain dan lain sebagainya. Namun untuk saat ini diperlukan penelitian lebih lanjut tentang persepsi orang terhadap dukungan potensial, lebih lagi sedikit penelitian tentang bagaimana kebutuhan kita terhadap dukungan sosial dan dampaknya dapat berubah pada berbagai status kesehatan (Abraham dan Shanley, 1997). Untuk itu, peneliti ingin mengkaji tentang bentuk dukungan keluarga terhadap sikap lansia dalam menjaga kesehatan mentalnya di wilayah Kabupaten Jember, khususnya pada kecamatan yang berada di pusat Kabupaten Jember yaitu Kecamatan Summersari.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka rumusan masalahnya adalah bagaimana bentuk dukungan keluarga terhadap sikap lansia dalam menjaga kesehatan mentalnya ?.

1.3 Tujuan dan Manfaat

1.3.1 Tujuan

a. Tujuan umum

Menganalisis bentuk dukungan keluarga terhadap sikap lansia dalam menjaga kesehatan mentalnya.

b. Tujuan khusus

- 1) Mengetahui karakteristik responden meliputi umur, pendidikan, status perkawinan dan jumlah anak.
- 2) Menganalisis bentuk dukungan keluarga dalam menjaga kesehatan mental lansia yang meliputi dukungan dalam penerimaan diri sebagai lansia, menjalin hubungan positif dengan orang lain, beraktivitas sesuai dengan kemampuannya dan menyesuaikan diri terhadap stressor lingkungan.
- 3) Menganalisis sikap lansia dalam menjaga kesehatan mentalnya yang meliputi penerimaan diri sebagai lansia, menjalin hubungan positif dengan orang lain, melakukan aktivitas sesuai kemampuannya dan menyesuaikan diri terhadap stressor lingkungan.

1.3.2 Manfaat

a. Secara Teoritis

Menambah khasanah ilmu kesehatan masyarakat tentang dukungan keluarga pada lansia yang efektif dalam menjaga kesehatan mental lansia, khususnya tinjauan dalam promosi kesehatan dan ilmu perilaku.

b. Secara Praktis

- 1) Hasil penelitian ini sebagai salah satu referensi kajian bagi keluarga dalam memberikan dukungan dan perhatian yang baik bagi lansia untuk menjaga kesehatan mentalnya, terutama bagi anggota keluarga yang tergolong lansia.
- 2) Hasil penelitian ini sebagai salah satu referensi kajian tentang kesehatan mental lansia dan sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian lebih lanjut.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Usia Lanjut

2.1.1 Definisi Usia lanjut

Usia lanjut atau yang disingkat lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih (Depkes RI, 2000a). Menurut WHO, lansia merupakan mereka yang berusia 65 tahun ke atas untuk Amerika Serikat dan Eropa Barat. Sedangkan di Negara-negara Asia, lansia adalah mereka yang berusia 60 tahun ke atas. Lansia sebagai tahap akhir siklus kehidupan merupakan tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu yang mencapai usia lanjut dan merupakan kenyataan yang tidak dapat dihindari. Lansia adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade (Notoatmodjo, 2007a). Dikatakan lansia tergantung dari konteks kebutuhan yang tidak dipisahkan (WHO dalam Notoatmodjo, 2007a). Konteks kebutuhan tersebut dihubungkan secara biologis, sosial ekonomi dan dikatakan usia lanjut dimulai paling tidak saat puber dan prosesnya berlangsung sampai kehidupan dewasa (Depkes RI, 2000b). Jika mengacu pada usia pensiunan, lansia adalah mereka yang telah berusia di atas 56 tahun.

Pada usia lanjut, terjadi proses menua atau proses yang bersifat regresif dan merupakan proses yang bersifat fisik, mental, dan sosial. Terjadinya proses menua dapat dimengerti dengan mengkaji beberapa teori psikososial sebagai berikut (Depkes RI, 1992) :

- a. Teori kesinambungan (*Continuity Theory*), bahwa dalam memasuki usia lanjut, seseorang akan lebih berhasil bila tetap dapat mempertahankan interaksinya dengan masyarakat. Dengan cara ini, lansia dapat mempertahankan identitas diri dan peranannya dalam masyarakat.

- b. Teori Aktivitas (*Activity Theory*), bahwa lansia yang berhasil adalah mereka yang dapat mempertahankan suatu tingkat kegiatan di dalam masyarakat. Keterlibatannya di dalam kegiatan dapat diasosiasikan dengan tingkat kepuasan hidup.
- c. Teori Pelepasan (*Disengagement Theory*), bahwa setelah memasuki tahap usia lanjut, sebagian dari mereka akan mengurangi keikutsertaannya di dalam masyarakat. Derajat pelepasan sangat bervariasi, ditentukan oleh kepribadian, pola hidup dan tingkat keterlibatan dalam masyarakat. Demikian pula dengan perubahan dalam bidang kesehatan, penghasilan dan peranannya.
- d. Teori Perkembangan, Erikson membagi dalam 8 tahap perkembangan psikososial dan masing-masing tahap mempunyai tugas dan peran yang perlu diselesaikan dengan baik. Tahap tersebut antara lain :
 - 1) Tahap I adalah pada masa bayi akan timbul kepercayaan dasar (*basic trust*).
 - 2) Tahap II adalah tahap penguasaan diri (*autonomy*).
 - 3) Tahap III adalah tahap inisiatif.
 - 4) Tahap IV adalah saat timbulnya kemauan untuk berkarya (*industriousness*).
 - 5) Tahap V adalah saat mencari identitas diri (*identity*).
 - 6) Tahap VI adalah saat timbulnya keintiman (*intimacy*).
 - 7) Tahap VII adalah saat menacapai kedewasaan (*generativity*).
 - 8) Tahap VIII adalah memasuki usia lanjut akan mencapai kematangan kepribadian (*ego integrity*), mereka merupakan orang-orang yang memiliki integritas dalam kepribadian sehingga mampu berbuat untuk kepentingan umum. Kegagalan pada tahap ini akan menyebabkan mereka cepat putus asa (*despair*).

2.1.2 Batasan penduduk lansia

Batasan penduduk lansia dapat dilihat dari aspek-aspek biologi, ekonomi, sosial dan batasan umur, yaitu :

a. Aspek biologi

Penduduk lansia ditinjau dari aspek biologi adalah penduduk yang telah menjalani proses penuaan. Proses penuaan adalah siklus kehidupan yang ditandai dengan tahap-tahap menurunnya berbagai fungsi organ tubuh yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap serangan berbagai penyakit yang dapat menyebabkan kematian misalnya pada sistem kardiovaskuler pembuluh darah, pernafasaan, pencernaan, endokrin dan lain sebagainya (Hawari, 2007). Hal ini disebabkan seiring meningkatnya usia sehingga terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan serta sistem organ (Notoatmodjo, 2007a). Perubahan biologis yang terjadi antara lain adalah kekuatan fisik berkurang, merasa cepat capek, dan stamina menurun, sikap tubuh yang semula tegap menjadi bungkuk, kulit mengerut dan menjadi keriput, rambut memutih dan pertumbuhan berkurang, gigi mulai tanggal satu persatu, perubahan pada mata, berkurangnya pendengaran, daya cium dan melemahnya indera perasa serta terjadinya pengapuran pada tulang (Bustan, 2000).

b. Aspek ekonomi

Posisi ekonomi secara keseluruhan dari pra lansia menunjukkan peningkatan yang signifikan sejak tahun 1970. Namun, lansia memiliki status ekonomi yang lebih rendah dari orang-orang dewasa dibawah usia 65 tahun (McKenzie, 2006). Penduduk yang tergolong lansia dipandang sebagai beban daripada potensi sumber daya bagi pembangunan. Lansia dianggap warga yang tidak produktif dan perlu ditopang oleh generasi yang lebih muda. Bagi lansia yang masih bekerja, produktivitasnya sudah menurun dan pendapatannya lebih rendah dibandingkan pekerja usia produktif. Akan tetapi, tidak semua penduduk yang termasuk dalam kelompok lansia ini memiliki kualitas dan produktivitas rendah (Notoatmodjo, 2007a).

c. Aspek sosial

Penduduk lansia merupakan kelompok tersendiri. Di negara barat, penduduk lansia menduduki strata sosial dibawah kaum muda. Pada masyarakat tradisional di Asia seperti Indonesia, penduduk lansia menduduki kelas sosial yang tinggi yang harus dihormati oleh masyarakat yang usianya lebih muda (Notoatmodjo, 2007a). Perubahan status sosial usia lanjut pasti akan membawa akibat bagi yang bersangkutan dan perlu dihadapi dengan persiapan yang baik dalam menghadapi perubahan tersebut. Aspek sosial tidak dapat diabaikan dan sebaiknya diketahui oleh lansia sedini mungkin sehingga dapat mempersiapkan diri sebaik mungkin (Depkes RI, 2000a).

d. Aspek umur

Pendekatan umur atau usia adalah yang paling memungkinkan untuk mendefinisikan penduduk lansia. Berdasarkan atas Undang-undang No. 13 tahun 1998 dalam Notoatmodjo (2007a) batasan usia lanjut adalah 60 tahun. Namun Departemen Kesehatan RI (2000b) membuat pengelompokan masa lansia seperti dibawah ini :

- 1) Kelompok usia prasenilis/virililas, adalah kelompok yang berusia 45-59 tahun.
- 2) Kelompok usia lanjut adalah kelompok yang berusia 60 tahun atau lebih.
- 3) Kelompok usia lanjut dengan risiko tinggi adalah kelompok yang berusia 70 tahun atau lebih, atau kelompok yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

Sedangkan menurut Organisasi Kesehatan dunia (WHO) usia lanjut meliputi :

- 1) Usia pertengahan (*middle age*) adalah kelompok usia 45 – 59 tahun.
- 2) Usia lanjut (*elderly*) adalah kelompok usia antara 60-70 tahun.
- 3) Usia lanjut tua (*old*) adalah kelompok usia anatara 75-90 tahun.
- 4) Usia sangat tua (*very old*) adalah kelompok usia diatas 90 tahun (Notoatmodjo, 2007).

2.2 Kesehatan Mental Lansia

2.2.1 Pengertian Kesehatan Mental

Kesehatan jiwa atau mental merupakan bagian integral dari kesehatan umum, yang secara langsung maupun tidak langsung berhubungan dengan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pada semua kelompok umur termasuk lansia. Dengan mempertahankan kesehatan jiwa yang optimal akan menjadi satu hal yang penting dalam mencapai masa usia lanjut yang sehat dan sejahtera. Sebagian besar lansia dapat mempertahankan kegiatan mental baik secara intelektual maupun emosional sepanjang hidup mereka. Sebagian lagi ketika memasuki tahap lansia, akan menunjukkan perubahan-perubahan sifat seperti kehilangan minat terhadap semua kegemaran semasa mudanya, sikap menjadi kaku atau tidak mempunyai keinginan belajar hal-hal yang baru (Depkes RI, 2000b).

Menurut Undang-undang No. 03 Tahun 1966 (Depkes RI, 2000b) yang dimaksud dengan Kesehatan Jiwa atau Mental adalah keadaan jiwa yang sehat menurut ilmu kedokteran sebagai unsur kesehatan, yaitu suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat-sifat yang harmonis (serasi) dan memperhatikan semua segi-segi dalam kehidupan manusia dan dalam hubungannya dengan manusia lain. Jadi dapat disimpulkan bahwa kesehatan jiwa adalah bagian integral dari kesehatan dan merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, mental dan sosial individu secara optimal, dan yang selaras dengan perkembangan orang lain.

Menurut Jaya (1994) kesehatan mental adalah terwujudnya keserasian yang sungguh-sungguh antara fungsi-fungsi kejiwaan dan terciptanya penyesuaian diri antara manusia dengan dirinya sendiri dan lingkungannya, berlandaskan keimanan dan ketaqwaan serta bertujuan untuk mencapai hidup yang bermakna dan bahagia di dunia dan akhirat.

Menurut Daradjat (2001) kesehatan mental adalah terhindarnya orang dari gejala-gejala gangguan jiwa (*neurose*) dan dari gejala-gejala penyakit jiwa (*psychose*). Sedangkan menurut Sururin dalam Moeljono dan Latipun (1999) kesehatan mental adalah kemampuan untuk menyesuaikan dirinya sendiri, dengan orang lain dan masyarakat serta lingkungan di mana ia hidup. Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental yaitu kemampuan seseorang dalam menyesuaikan dirinya baik dengan orang lain maupun dengan lingkungannya dan orang tersebut sehat mentalnya dari gejala-gejala kejiwaan dan penyakit jiwa.

Menurut para ahli seseorang dikatakan sehat mentalnya saat memiliki *psychological well-being* yang terdiri dari beberapa indikator yaitu seseorang yang memiliki penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, kemandirian, tujuan hidup; mampu melakukan penyesuaian diri dengan berbagai stressor lingkungan; melakukan produktivitas selaras dengan kemampuannya; tumbuh dan berkembang secara positif; dan persepsi yang benar tentang realitas (Moeljono dan Latipun, 1999). Sehingga untuk menjaga kesehatan mentalnya, seorang lansia harus dapat memahami perubahan pada dirinya.

2.2.2 Prinsip-prinsip Kesehatan Mental

Yang dimaksud dengan prinsip-prinsip kesehatan mental adalah dasar yang harus ditegakkan orang dalam dirinya untuk mendapatkan kesehatan mental yang baik serta terhindar dari gangguan kejiwaan. Prinsip-prinsip tersebut menurut Sururin dalam Moeljono dan Latipun (1999) adalah:

a. Gambaran dan Sikap yang Baik terhadap Diri Sendiri

Prinsip ini biasa diistilahkan dengan *self image*. Prinsip ini antara lain dapat dicapai dengan penerimaan diri, keyakinan diri dan kepercayaan pada diri sendiri. *Self Image* yang juga disebut dengan citra diri merupakan salah satu unsur penting dalam pengembangan pribadi.

b. Keterpaduan antara Integrasi diri

Yang dimaksud keterpaduan di sini adalah adanya keseimbangan antara kekuatan-kekuatan jiwa dalam diri, kesatuan pandangan (falsafah) dalam hidup dan kesanggupan menghadapi stres.

c. Perwujudan Diri (Aktualisasi Diri)

Merupakan proses pematangan diri. Menurut Reiff, orang yang sehat mentalnya adalah orang yang mampu mengaktualisasikan diri atau potensi yang dimiliki, serta memenuhi kebutuhan-kebutuhannya dengan cara yang baik dan memuaskan.

d. Berkemampuan Menerima Orang Lain

Melakukan aktivitas sosial dan menyesuaikan diri dengan lingkungan setempat. Untuk dapat menyesuaikan diri dengan sukses dalam kehidupan, minimal orang harus memiliki kemampuan dan keterampilan, mempunyai hubungan yang erat dengan orang yang mempunyai otoritas dan mempunyai hubungan yang erat dengan teman-teman.

e. Berminat dalam Tugas dan Pekerjaan

Orang yang menyukai pekerjaan walaupun berat, maka akan cepat selesai mengerjakannya daripada pekerjaan yang ringan tetapi tidak diminatinya.

f. Pengawasan Diri

Mengadakan pengawasan terhadap hawa nafsu atau dorongan keinginan serta kebutuhan oleh akal pikiran merupakan hal pokok dari kehidupan orang dewasa yang bermental sehat dan kepribadian normal, karena dengan pengawasan tersebut orang mampu membimbing segala tingkah lakunya.

g. Rasa Benar dan Tanggung Jawab

Rasa benar dan tanggung jawab penting bagi tingkah laku, karena setiap individu ingin bebas dari rasa dosa, salah dan kecewa. Rasa benar, tanggung jawab dan sukses adalah keinginan setiap orang yang sehat mentalnya.

2.2.3 Tanda-tanda Mental Sehat

Dari *World Health Organization* (WHO) Bagian Jiwa telah menetapkan ciri-ciri kesehatan mental (*Mental Health*) seseorang. Adapun ciri-ciri mental sehat tersebut adalah (Tumanggor, 2002) :

- a. Penyesuaian diri (*Adjustment*).
- b. Kepribadian utuh atau kokoh (*Integrated Personality*).
- c. Bebas dari rasa gagal, pertentangan batin, kecemasan dan tekanan (*Free of the Senses of Frustration, Conflict, Anxiety, and Depression*).
- d. *Normatif*, semua sikap dan tingkah laku yang dilahirkannya tidak ada yang lolos dari jaringan nilai, adat, agama, peraturan atau undang-undang.
- e. Bertanggung Jawab (*Responsibility*).
- f. Kematangan (*Maturity*), terdapatnya kematangan dalam melakukan suatu sikap dan tingkah laku-tingkah laku itu dijalankan penuh pertimbangan.
- g. Berdiri Sendiri (*Otonomi*), selalu bersifat mandiri atas segala tugas-tugas atau kewajiban yang menjadi bebannya, tanpa suka memikul bebannya kepada orang lain dalam kondisi yang tidak terpaksa.
- h. Pengambil Keputusan yang Baik (*Well Decision Making*).

Sedangkan menurut Hawari (2007), kriteria jiwa atau mental yang sehat adalah :

- a. Dapat menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
- b. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
- c. Merasa lebih puas memberi daripada menerima.
- d. Secara relatif bebas dari rasa tegang dan cemas.
- e. Berhubungan dengan orang secara tolong-menolong dan saling memuaskan.
- f. Menerima kekecewaan untuk dipakainya sehingga sebagai pelajaran untuk dikemudian hari.
- g. Menjuruskan rasa permusuhan kepada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.

h. Mempunyai rasa kasih sayang yang besar.

Berdasarkan beberapa kriteria mental yang sehat di atas, maka dapat disimpulkan bahwa seseorang dikatakan sehat mentalnya bila ia memiliki kemampuan untuk menerima keadaannya, mampu menyesuaikan diri dengan kondisi lingkungannya, dapat beraktivitas atau berperan sesuai dengan kemampuannya dan mampu menjalin hubungan yang positif dengan orang lain.

Seperti pendapat Maslow dan Mittlemenn dalam Moeljono (1999) yang menyebutkan bahwa manifestasi mental yang sehat (secara psikologis) ditandai dengan :

- a. Memiliki kemampuan menilai diri sendiri yang memadai (*Adequate self-evaluation*), yang mencakup :
 - 1) Harga diri yang memadai, yaitu merasa ada nilai yang sebanding pada diri sendiri dan prestasinya.
 - 2) Memiliki perasaan berguna, yaitu perasaan yang secara moral masuk akal, dengan perasaan tidak diganggu oleh rasa bersalah yang berlebihan, dan mampu mengenai beberapa hal yang secara sosial dan personal tidak dapat diterima oleh kehendak umum yang selalu ada sepanjang kehidupan di masyarakat.
- b. Dapat berhubungan secara positif dengan orang lain yang dilihat dari memiliki spontanitas dan perasaan yang memadai, dengan orang lain (*Adequate spontaneity and emotionality*). Hal ini ditandai oleh kemampuan membentuk ikatan emosional secara kuat dan abadi, seperti hubungan persahabatan dan cinta, kemampuan memberi ekspresi yang cukup pada ketidaksukaan tanpa kehilangan kontrol, kemampuan memahami dan membagi rasa kepada orang lain, kemampuan menyenangkan diri sendiri dan tertawa.
- c. Dapat beraktivitas sesuai dengan kemampuannya, yaitu memiliki keinginan-keinginan jasmani yang memadai dan kemampuan untuk memuaskannya (*Adequate bodily desires and ability to gratify them*). Hal ini ditandai dengan adanya :

- 1) Suatu sikap yang sehat terhadap fungsi jasmani, dalam arti menerima mereka tetapi bukan dikuasai.
 - 2) Kemampuan memperoleh kenikmatan kebahagiaan dari dunia fisik dalam kehidupan ini, seperti makan, tidur dan pulih kembali dari kelelahan.
 - 3) Kehidupan seksual yang wajar, keinginan yang sehat untuk memuaskan tanpa rasa takut dan konflik.
 - 4) Kemampuan bekerja.
 - 5) Tidak adanya kebutuhan yang berlebihan untuk mengikuti dalam berbagai aktivitas tersebut.
- d. Dapat menyesuaikan diri dengan stressor-stressor lingkungan yaitu dengan mempunyai kontak yang efisien dengan realitas (*Efficient contact with reality*). Kontak ini sedikitnya mencakup tiga aspek, yaitu dunia fisik, sosial dan diri sendiri atau internal. Hal ini ditandai dengan :
- 1) Tiadanya fantasi yang berlebihan.
 - 2) Mempunyai pandangan yang realistis dan pandangan yang luas terhadap dunia, yang disertai dengan kemampuan menghadapi kesulitan hidup sehari-hari, misalnya sakit dan kegagalan.
 - 3) Kemampuan untuk berubah jika situasi eksternal tidak dapat dimodifikasi. Kata yang baik untuk ini adalah bekerja sama tanpa dapat ditekan (*cooperation, with the inevitable*).

2.2.4 Upaya Mencapai Kesehatan Mental

Kartini dan Jenny (1989) berpendapat ada tiga prinsip pokok untuk mendapatkan kesehatan mental, yaitu:

a. Pemenuhan kebutuhan pokok

Setiap individu selalu memiliki dorongan-dorongan dan kebutuhan-kebutuhan pokok yang bersifat organis (fisik dan psikis) dan yang bersifat sosial. Kebutuhan-kebutuhan dan dorongan-dorongan itu menuntut pemuasan.

Timbullah ketegangan-ketegangan dalam usaha pencapaiannya. Ketegangan cenderung menurun jika kebutuhan-kebutuhan terpenuhi, dan cenderung naik atau makin banyak, jika mengalami frustrasi atau hambatan-hambatan.

b. Kepuasan

Setiap orang menginginkan kepuasan, baik yang bersifat jasmaniah maupun yang bersifat psikis. Dia ingin merasa kenyang, aman terlindung, ingin puas dalam hubungan seksnya, ingin mendapat simpati dan diakui harkatnya. Pendeknya ingin puas di segala bidang, lalu timbullah *Sense of Importance* dan *Sense of Mastery*, (kesadaran nilai dirinya dan kesadaran penguasaan) yang memberi rasa senang, puas dan bahagia.

c. Posisi dan status sosial

Setiap individu selalu berusaha mencari posisi sosial dan status sosial dalam lingkungannya. Tiap manusia membutuhkan cinta kasih dan simpati. Sebab cinta kasih dan simpati menumbuhkan rasa diri aman (*assurance*), keberanian dan harapan-harapan di masa mendatang. Orang lalu menjadi optimis dan bergairah. Karenanya individu-individu yang mengalami gangguan mental, biasanya merasa dirinya tidak aman. Mereka senantiasa dikejar-kejar dan selalu dalam kondisi ketakutan. Dia tidak mempunyai kepercayaan pada diri sendiri dan hari esok, jiwanya senantiasa bimbang dan tidakimbang.

Mempersiapkan kondisi mental yang sehat dan aktif pada masa tua, membutuhkan pemeliharaan secara terus-menerus baik intelektual maupun emosional. Langkah yang dilakukan tidak saja untuk mempertahankan daya pikirnya, akan tetapi juga dapat mencegah perasaan cemas dan depresi. Pemeliharaan kondisi mental yang sehat dapat dilakukan dengan (Depkes RI, 2000b) :

- a. Tetap melakukan kegiatan yang produktif dan menghasilkan, merupakan dorongan dan stimulasi emosional dan intelektual.
- b. Ikut serta dalam kegiatan antar lansia yang merupakan wahana *urun rembuk*.
- c. Tetap ikut dalam kegiatan sosial masyarakat.

- d. Tidak menarik diri dari semua kegiatan.

2.3 Keluarga

Keluarga merupakan kelompok primer yang paling penting di dalam masyarakat. Ahmadi (2002) menyebutkan bahwa keluarga adalah suatu kesatuan sosial terkecil yang terdiri atas suami isteri dan jika ada anak-anak serta didahului oleh perkawinan. Menurut Friedman (1998) keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional serta yang mengidentifikasikan diri mereka sebagai bagian dari keluarga.

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa ketiadaan anak tidak menggugurkan ikatan keluarga, meskipun salah satu faktor pembentukan keluarga adalah untuk mendapatkan anak atau keturunan. Hal ini dikarenakan terdapat faktor-faktor lain yang menyebabkan seseorang membentuk suatu keluarga, yaitu (Ahmadi, 2002) :

- a. Untuk memenuhi kebutuhan biologis atau kebutuhan seks.
- b. Untuk memenuhi kebutuhan sosial, status, penghargaan dan sebagainya.
- c. Untuk pembagian tugas, misalnya mendidik anak, mencari nafkah dan sebagainya.
- d. Demi hari tua kelak, yaitu pemeliharaan di hari tua.

Keluarga yang merupakan suatu kesatuan sosial, ternyata memiliki sifat-sifat tertentu yang sama dimana saja dalam satuan masyarakat manusia. Sifat-sifat khusus yang dimiliki oleh suatu keluarga antara lain (Ahmadi, 2002) :

- a. Universalitet, merupakan bentuk yang universal dari seluruh organisasi social.
- b. Dasar emosional, artinya ada rasa kasih sayang, kecintaan sampai kebanggaan suatu ras.
- c. Pengaruh yang normatif, artinya suatu keluarga merupakan lingkungan sosial yang pertama-tama bagi seluruh bentuk kehidupan yang tertinggi dan membentuk watak individu.

- d. Besarnya keluarga yang terbatas.
- e. Kedudukan yang sentral dalam struktur sosial.
- f. Pertanggungjawaban daripada anggota-anggota.
- g. Adanya aturan-aturan sosial yang homogen.

Berdasarkan sifat-sifat tersebut maka tidak dapat disangkal bahwa pada keluargalah terletak peranan yang penting di dalam membentuk kepribadian seseorang di dalamnya tingkah laku dan pengalamannya. Hal ini dikarenakan di dalam keluargalah seseorang belajar memegang peranan sebagai makhluk sosial yang memiliki norma-norma dan kecakapan-kecakapan tertentu dalam pergaulannya dengan orang lain.

Selain itu, menurut Effendi (1998) terdapat beberapa tugas keluarga yaitu :

- a. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
- b. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.
- c. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
- d. Merawat dan menjaga anggota yang sakit.
- e. Sosialisasi antar anggota keluarga.
- f. Pengaturan jumlah anggota keluarga.
- g. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarganya.
- h. Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas.
- i. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggotanya.

Seperti yang disebutkan oleh Ahmadi (2002), pengalaman interaksi sosial di dalam keluarga turut menentukan pula terhadap cara-cara tingkah laku seseorang terhadap orang lain. Apabila interaksi sosialnya di dalam keluarga tidak lancar, maka besar kemungkinannya bahwa interaksi sosialnya dengan masyarakat juga berlangsung dengan tidak lancar. Jadi selain keluarga berperan sebagai tempat manusia berkembang sebagai manusia sosial, terdapat pula peranan-peranan tertentu di dalam keluarga yang dapat mempengaruhi perkembangan individu sebagai makhluk sosial.

Pada teori konseptual sehat-sakit, keluarga merupakan orang terdekat dari seseorang yang mengalami gangguan kesehatan atau dalam keadaan sakit. keluarga merupakan salah satu indikator dalam masyarakat baik masyarakat sehat atau sakit. Sehingga peran dan tugas keluarga dalam kesehatan yang dikembangkan dalam ilmu kesehatan masyarakat dapat meningkatkan peran keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga (Effendi, 1998).

2.4 Dukungan Keluarga

2.4.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Menurut Cutrona dalam Thohirun dan Yuliati (2000), menyatakan bahwa individu yang memperoleh *reward* dalam suatu hubungan sosial akan menampakkan tingkat kesehatan lebih baik tanpa memperhatikan derajat tekanan yang dialami. Selain itu, bantuan yang diberikan dengan penuh kasih sayang (*affectionate assistance*) dari orang lain diakui dapat memberikan suatu tenaga penyangga (*buffer*) melawan tekanan dan stres.

Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kelompok lansia dapat meningkatkan fungsi kognitif, fisik dan emosional. Pengaruh positif dari dukungan ini akan memudahkan seseorang (lansia) menyesuaikan terhadap kejadian dalam kehidupan di kondisi stres (Friedman, 1998). Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan dari orang-orang terdekat dapat memberikan suatu tenaga untuk melawan tekanan dan stres.

2.4.2 Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga, (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan dari saudara kandung dan dukungan eksternal misalnya dukungan dari sanak keluarga atau masyarakat (Friedman, 1998).

Bagi lansia, keluarga merupakan sumber kepuasan. Berdasarkan data awal yang diambil oleh Suhartini (Tanpa tahun) terhadap lansia berusia 50, 60 dan 70 tahun di Kelurahan Jambangan Kota Surabaya menyatakan bahwa mereka ingin tinggal di tengah-tengah keluarga dan tidak ingin tinggal di Panti Werdha. Para lansia merasa bahwa kehidupan mereka sudah lengkap, yaitu sebagai orang tua dan juga sebagai kakek, dan nenek. Mereka dapat berperan dengan berbagai gaya, yaitu gaya formal, gaya bermain, gaya pengganti orang tua, gaya bijak, gaya orang luar, dimana setiap gaya membawa keuntungan dan kerugian masing-masing. Menurut Ackerman dalam Thohirun dan Yuliati (2000), menyebutkan bahwa para ahli klinis juga telah menemukan bahwa keluarga menjadi sumber utama bagi pertumbuhan dan rasa aman personal maupun interpersonal.

2.4.3 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).

Wills dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan.

Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Ryan dan Austin dalam Friedman, 1998). Sama halnya menurut Marchira, dkk dalam Hidayati (2009), menyebutkan bahwa depresi terjadi lebih banyak pada umur yang lebih tua dan dukungan keluarga yang rendah. Oleh karena itu, lansia yang berada di lingkungan keluarga atau tinggal bersama keluarga serta mendapat dukungan dari keluarga akan membuat lansia merasa lebih sejahtera.

Lansia yang berhubungan dekat dengan keluarganya mempunyai kecenderungan lebih sedikit untuk stres dibanding lansia yang hubungannya jauh. Seperti halnya pendapat Friedman (1998), menyebutkan bahwa ikatan kekeluargaan yang kuat sangat membantu ketika lansia menghadapi masalah, karena keluarga adalah orang yang paling dekat hubungannya dengan lansia. Dukungan keluarga memainkan peran penting dalam mengintensifkan perasaan sejahtera. Orang yang hidup dalam lingkungan yang bersikap suportif, kondisinya jauh lebih baik dari pada mereka yang tidak memilikinya. Dukungan tersebut akan tercipta bila hubungan interpersonal diantara mereka baik.

Akan tetapi keluarga juga dapat menjadi frustrasi bagi orang lansia. Hal ini dapat disebabkan oleh adanya dampak negatif dari budaya timur yang menempatkan lansia pada kedudukan yang lebih tinggi dibandingkan orang muda. Berkeinginan untuk menjaga martabat lansia, terkadang anggota keluarga malah menjadi *over protective* (Hodkinson, 1976).

Para lansia dilarang jalan keluar rumah, takut kalau-kalau jatuh atau mendapat kecelakaan, dilarang mengerjakan pekerjaan yang agak memberatkan dan sebagainya, sehingga kebiasaan ini akan merugikan lansia baik dari segi mental maupun fisik.

Selain itu, kondisi frustrasi lansia dapat terjadi bila ada hambatan komunikasi antara lansia dengan anak atau cucu dimana perbedaan faktor generasi memegang peranan. Hal ini dikarenakan upaya keluarga atau orang lain dalam memberi bantuan terasa kikuk dalam memberikan rasa nyaman. Contoh dukungan yang tidak menolong adalah usaha untuk meminimalkan masalah, menyatakan bahwa masalah yang terjadi adalah akibat dari kesalahan orang yang mengalami stres dan upaya pemberian bantuan yang kikuk (Ingram dkk. dalam Baron dan Byrne, 2005). Sehingga perlu adanya identifikasi bentuk dukungan seperti apa yang tepat dalam menghadapi permasalahan lansia.

2.4.4 Bentuk Dukungan Keluarga

Caplan dalam Friedman (1998) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan yaitu :

a. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Bentuk dukungan informasional dalam Manifestasi mental yang sehat (secara psikologis) menurut Maslow dan Mittlemenn dalam Moeljono (1999) adalah :

- 1) Memiliki spontanitas dan perasaan yang memadai, dengan orang lain (*Adequate spontaneity and emotionality*). Keluarga sebagai kelompok masyarakat terkecil yang memiliki ikatan emosional yang sangat kuat, akan menjadi dorongan tersendiri bagi lansia dalam berinteraksi dengan lingkungannya.

Dalam menghadapi permasalahan, orang terkadang mencari simpati dan saran karena dengan kedua bentuk dukungan tersebut dapat memberikan dampak positif terhadap aliran darah, kelenjar endokrin dan sistem kekebalan (Uchino dkk. dalam Baron dan Byrne, 2005). Selain itu, menurut Clark dalam Baron dan Byrne (2005) terdapat sumber pertolongan tambahan yaitu berbicara kepada seseorang. Hal ini dapat membantu karena ketika kita stres, berbicara dengan orang lain tentang masalah yang kita hadapi tidak hanya dapat mengurangi perasaan-perasaan negatif, tetapi juga akan mengurangi timbulnya masalah kesehatan. Simpati tersebut dapat diaplikasikan dengan adanya dukungan keluarga agar lansia tetap menjaga hubungan yang baik dengan orang lain, misalnya menyarankan dan mengikutsertakan lansia dalam acara-acara keluarga, kegiatan sosial, Posyandu Lansia, maupun perkumpulan lansia yang ada di lingkungan mereka. Sehingga lansia tetap dapat menjaga komunikasinya dengan orang-orang di sekitarnya dan dapat mencurahkan isi hatinya saat mereka mengalami masalah.

- 2) Dapat beraktivitas sesuai dengan kemampuannya, yaitu memiliki keinginan-keinginan jasmani yang memadai dan kemampuan untuk memuaskannya (*Adequate bodily desires and ability to gratify them*). Keluarga dapat memberikan informasi tentang pemeliharaan kesehatan lansia baik fisik maupun mentalnya. Seperti memberikan saran untuk melaksanakan aktivitas fisik demi menjaga kebugaran tubuhnya, menginformasikan sumber-sumber makanan yang baik bagi kesehatan lansia, hingga informasi solusi alternatif dalam menghadapi masalah-masalah kesehatan lansia. Sehingga dengan adanya perhatian dari keluarga agar lansia tetap dapat beraktivitas, memacu lansia untuk bersemangat dalam menjaga kesehatan fisik dan mentalnya.
- 3) Dapat menyesuaikan diri dengan stressor-stressor lingkungan yaitu dengan mempunyai kontak yang efisien dengan realitas (*Efficient contact with reality*).

Keluarga dapat berperan dalam mencari informasi secara aktif terhadap efek-efek perubahan lingkungan pada lansia baik lingkungan fisik, sosial maupun diri sendiri. Diharapkan dengan adanya informasi yang diberikan oleh keluarga, lansia dapat dengan mudah memahami dan mengaplikasikan dalam masukan-masukan tersebut dalam kehidupan sehari-harinya. Selain itu dengan selalu mendampingi saat lansia menghadapi masalah dan menciptakan lingkungan rumah yang nyaman bagi lansia merupakan bentuk dukungan yang sangat dibutuhkan oleh lansia.

b. Dukungan penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan *support*, penghargaan dan perhatian. Menurut Maslow dan Mittlemenn dalam Moeljono (1999) untuk mencapai jiwa yang sehat dapat dimulai dengan penilaian diri yang positif yaitu bagaimana seseorang melihat dirinya yang berkaitan erat dengan cara berpikir, berperan dan bertindak. Bentuk dukungannya dapat dengan memberikan perhatian dalam menghadapi ketidakpercayaan diri lansia, menjadikan lansia sebagai tempat bertanya bila keluarga mengalami masalah dan memberikan pemahaman positif tentang perubahan kondisi lansia saat ini.

Keluarga dapat memberikan kesempatan bagi lansia untuk tetap menjalankan aktivitasnya namun disesuaikan dengan kemampuan fisiknya. Dukungan keluarga ini akan membuat lansia terhindar dari perasaan dilindungi secara berlebihan atau perhatian yang *over protective*. Diharapkan dengan adanya kesempatan dan penghargaan akan diri lansia, para lansia dapat menilai dirinya secara positif. Sehingga mereka dapat menghadapi segala permasalahan baik yang berkaitan dengan fisik maupun status sosial yang berubah dengan lebih lapang hati.

c. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat serta terhindarnya penderita dari kelelahan. Salah satu manifestasi mental yang sehat (secara psikologis) menurut Maslow dan Mittlemenn dalam Moeljono (1999) adalah memiliki keinginan-keinginan jasmani yang memadai dan kemampuan untuk memuaskannya (*Adequate bodily desires and ability to gratify them*). Berdasarkan pengertian tersebut, maka dukungan keluarga dapat berupa pemenuhan gizi lansia, perhatian terhadap kondisi fisik atau penyakit yang diderita oleh lansia, hingga aktivitas fisik yang harus tetap dilakukan oleh lansia untuk menjaga kebugaran tubuhnya. Keluarga diharapkan dapat memberikan sarana pra sarana dalam menjaga kesehatan fisik dan mental lansia. Sehingga lansia tetap dapat menikmati hidupnya dengan kondisi fisik dan mental yang sehat.

d. Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Seperti yang dikemukakan oleh Hobfoll dalam Niven (2002), bahwa stres dipermudah oleh kehilangan, terancam kehilangan dari sumber-sumber baik personal, fisik atau fisiologis. Sehingga dalam penanganan masalah stres pada lansia perlu adanya dukungan yang berhubungan dengan faktor-faktor personal dan jaringan sosial.

Apabila seseorang mengalami perubahan maka akan terjadi reaksi baik secara jasmani maupun kejiwaan yang disebut dengan stres. Hal ini dikarenakan adanya ketidaksiapan lansia dalam menyikapi kemunduran badaniah atau kebingungan untuk memikirkannya. Muncullah istilah *disengagement theory*, yang berarti ada penarikan diri dari masyarakat dan diri pribadinya satu sama lain, sehingga membuat lansia menjadi seseorang yang tertutup (Boedhi-Darmojo dan Martono, 2006).

Penarikan diri lansia dari masyarakat hanya akan memperburuk kondisi lansia baik secara mental maupun fisik, seperti terjadi penurunan hasrat untuk hidup, bersosialisasi dan merawat diri sendiri. Pada akhirnya membuat lansia jadi tidak produktif dan menjadi bergantung pada orang lain. Faktor-faktor yang menyebabkan adanya stres dapat diatasi bila seorang lansia memiliki dukungan yang baik dalam menghadapinya. Keluarga sebagai lingkungan lansia yang memiliki ikatan emosional yang kuat, dapat menjadi kekuatan bagi lansia dalam menghadapi masalah-masalahnya.

Bentuk dukungan tersebut dapat dilakukan dengan menghormati dan menghargai lansia sebagai seseorang yang memiliki pengalaman lebih dibandingkan anggota keluarga lainnya sehingga dapat dijadikan rujukan dalam menghadapi permasalahan. Penghargaan ini akan membuat lansia merasa bahwa dirinya masih dibutuhkan oleh anggota keluarga lainnya. Adanya penilaian positif terhadap diri lansia akan membuat lansia lebih percaya diri dalam menghadapi stressor-stressor di lingkungannya.

2.5 Konsep Perilaku

2.5.1 Domain Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003) perilaku adalah totalitas penghayatan dan aktivitas, yang merupakan hasil akhir jalinan yang saling mempengaruhi antara berbagai macam gejala kejiwaan seperti perhatian, pikiran, ingatan dan fantasi. Bloom dalam Notoatmodjo (2005a) membedakan adanya 3 area, wilayah, ranah atau domain perilaku, yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*).

Kemudian oleh ahli pendidikan Indonesia, ketiga domain ini diterjemahkan ke dalam cipta (kognitif), rasa (afektif) dan karsa (psikomotor) atau peri cipta, peri rasa dan peri tindak. Berdasarkan pembagian domain oleh Bloom dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dalam perkembangan selanjutnya dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut :

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang diamatinya (mata, hidung dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2005a). Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2003).

Walgito (2004) juga menyatakan bahwa seseorang akan berperilaku berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya dengan berpikir manfaat yang akan terjadi jika ia bertindak. Namun terdapat beberapa penelitian yang menyatakan bahwa tidak semua pengetahuan akan menyebabkan suatu tindakan. Pona (1998) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa pengetahuan yang dimiliki tidak selalu menjadi dasar dalam praktek, dalam hal ini adalah pengetahuan yang baik tidak selalu menyebabkan seseorang berperilaku sehat.

b. Sikap (*Attitude*)

Menurut Notoatmodjo (2005a) sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat atau emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya). Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2003). Baron, Byrne dan Kantowitz menyatakan bahwa sikap adalah sekelompok perasaan, keyakinan dan kecenderungan berperilaku, yang bersikap relatif lama, terhadap suatu objek, orang, kelompok atau isu tertentu (Baron dan Byrne, 2005).

c. Tindakan atau Praktek (*Practice*)

Praktek adalah proses dimana seseorang melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*).

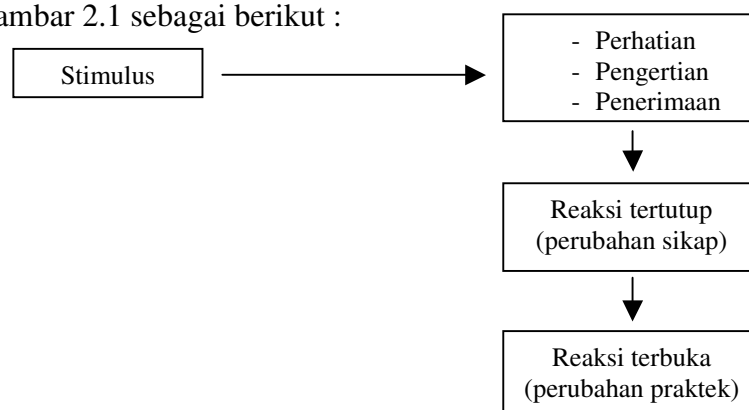
Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas (Notoatmodjo, 2003). Ketidakcocokan sikap dengan perilaku disebut disonansi sikap, dimana hal ini akan menimbulkan berbagai masalah psikologis bagi individu yang bersangkutan sehingga ia akan berusaha mengubah sikapnya atau perilakunya.

2.5.2 Perubahan-perubahan Perilaku

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2003). Hal ini dikarenakan perubahan perilaku merupakan tujuan dari adanya pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Banyak teori tentang perubahan perilaku, salah satunya adalah teori *Stimulus-Organisme-Response* (SOR). Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme (Notoatmodjo, 2003). Hal ini menyebabkan stimulus yang diberikan harus benar-benar melebihi stimulus semula atau dengan kata lain perlu adanya faktor yang meyakinkan (*reinforcement*) pada proses ini.

Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Respon tersebut dibedakan menjadi dua, yaitu *respondent respons* merupakan respon yang timbul oleh rangsangan-rangsangan tertentu dan respon bersifat relatif tetap, sedangkan bentuk respon lainnya adalah *operant respons* yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu yang bersifat memperkuat respon.

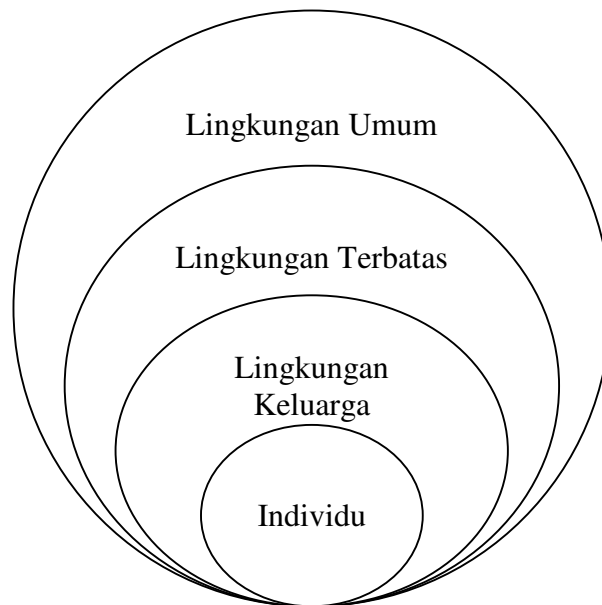
Dari bentuk respon yang telah dijelaskan maka akan timbul perilaku yang dibedakan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup atau respon masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap objek, serta bentuk perilaku lainnya adalah perilaku terbuka atau respon dalam bentuk tindakan atau praktek. Sebagian besar perilaku manusia adalah berupa *operant repons*, sehingga diperlukan adanya kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning* yang dapat membentuk suatu kebiasaan. Proses perubahan perilaku berdasarkan teori SOR dapat digambarkan dalam gambar 2.1 sebagai berikut :



Gambar 2.1 Teori SOR

2.5.3 Aspek Sosio-Psikologi Perilaku Kesehatan

Saparinah dalam Notoatmodjo (2007b) menggambarkan hubungan individu dengan lingkungan sosial yang saling mempengaruhi dalam gambar 2.2. Setiap individu sejak lahir berada di dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Kelompok ini akan membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggota kelompok lain. Oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan dan norma-norma sosial tertentu, maka perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung di dalam suatu jaringan normatif. Demikian pula perilaku tersebut terhadap masalah-masalah kesehatan. Gambaran hubungan individu dengan lingkungan sosial yang saling mempengaruhi dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan dapat digambarkan pada gambar 2.2 sebagai berikut :



Gambar 2.2 Interaksi Perilaku Kesehatan

Keterangan :

- a. Perilaku kesehatan individu : sikap dan kebiasaan individu yang erat kaitannya dengan lingkungan.
- b. Lingkungan keluarga : kebiasaan-kebiasaan tiap anggota keluarga mengenai kesehatan.
- c. Lingkungan terbatas : tradisi, adat istiadat dan kepercayaan masyarakat sehubungan dengan kesehatan.
- d. Lingkungan umum : kebijakan-kebijakan pemerintah di bidang kesehatan, undang-undang kesehatan, program-program kesehatan dan lain sebagainya.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat diketahui bahwa lingkungan keluarga turut berperan penting terhadap pembentukan perilaku kesehatan seseorang, termasuk di dalamnya para lansia.

2.6 Sikap

2.6.1 Pengertian Sikap

Seperti yang telah disampaikan di atas, sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat atau emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2005a). Menurut ahli psikologi seperti Louis Thurstone, Rensis Likert dan Charles Osgood, sikap adalah bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Secara lebih spesifik, Thurstone dalam Azwar (2003) memformulasikan sikap sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu objek psikologis. Rahayuningsih (2008) mendefinisikan sikap berorientasi pada tiga hal, yaitu :

a. Berorientasi pada Respon

Sikap adalah suatu bentuk dari perasaan, yaitu perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) maupun perasaan tidak mendukung (*unfavourable*) pada suatu objek.

b. Berorientasi pada Kesiapan Respon

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu, apabila dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon. Dapat juga diartikan sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif untuk menyesuaikan diri dari situasi sosial yang telah terkondisikan.

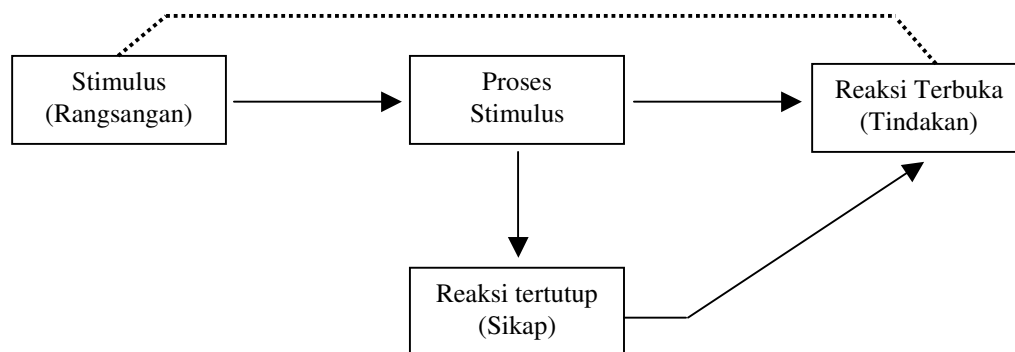
c. Berorientasi pada Skema Triadik

Sikap merupakan konstelasi komponen-komponen kognitif, afektif dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan dan berperilaku terhadap suatu objek di lingkungan sekitarnya.

Melalui sikap, kita memahami proses kesadaran yang menentukan tindakan nyata dan tindakan yang mungkin dilakukan individu dalam kehidupan sosialnya.

Thomas dan Znaniecki dalam Rahayuningsih (2008) menegaskan bahwa sikap adalah predisposisi untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu, sehingga sikap bukan hanya kondisi internal psikologis yang murni dari individu (*purely psychic inner-state*), tetapi sikap lebih merupakan proses kesadaran yang bersifat individual. Hal ini berarti proses tersebut terjadi secara subjektif dan unik pada diri setiap individu. Keunikan ini dapat terjadi oleh adanya perbedaan individual yang berasal dari nilai-nilai dan norma yang ingin dipertahankan dan dikelola oleh individu.

Berikut gambar yang menunjukkan proses terbentuknya sikap dan reaksi menurut Notoatmodjo (2003) :



Gambar 2.3 Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi

2.6.2 Kriteria Sikap

Menurut Newcomb dalam Khoiriyah (1999), kriteria sikap adalah sikap terhadap suatu objek dapat secara umum digolongkan sebagai positif dan negatif. Sikap positif mencederungkan orang yang bersangkutan kepada semacam pendekatan terutama terhadap objek. Sikap-sikap negatif yang mencederungkan kepada semacam penghindaran dari objek. Sebagai jawaban dari pernyataan sikap adalah efek positif dan efek negatif terhadap suatu objek sikap, yang diwujudkan dalam reaksi setuju atau tidak setuju.

Sedangkan sikap positif dan negatif menurut Ahmadi (2002) :

- a. Sikap positif adalah sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan, menerima, mengakui, menyetujui dan melaksanakan norma-norma yang berlaku dimana individu itu berada.
- b. Sikap negatif adalah sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma-norma yang berlaku dimana individu itu berada.

2.6.3 Struktur Sikap

Mann (1969) merinci komponen yang ada dalam suatu sikap sebagai berikut:

- a. Komponen kognitif, berisi persepsi, kepercayaan dan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu. Seringkali komponen kognitif ini dapat disamakan dengan pandangan (opini), terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial.
- b. Komponen afektif, merupakan perasaan individu terhadap objek sikap dan menyangkut masalah emosi. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap seseorang.
- c. Komponen perilaku (konatif), berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak atau untuk bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu.

Peranan sikap di dalam kehidupan manusia adalah besar, sebab apabila sudah dibentuk pada diri manusia, maka sikap-sikap itu akan turut menentukan cara-cara tingkah lakunya terhadap objek-objek sikapnya. Azwar (2003) menyatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan sehingga seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin ia agar melakukannya.

Hubungan sikap dan perilaku sangat ditentukan oleh faktor-faktor situasional tertentu yaitu norma-norma, peranan keanggotaan kelompok, kebudayaan dan sebagainya yang merupakan kondisi ketergantungan yang dapat mengubah hubungan sikap dan perilaku. Interaksi antara situasi lingkungan dengan sikap, dengan berbagai faktor di dalam maupun di luar individu akan membentuk suatu proses kompleks yang akhirnya menentukan bentuk perilaku seseorang. Namun tidak ada alasan untuk menyimpulkan bahwa sikap dan praktek secara konsisten. Sikap dan perilaku merupakan dua dimensi dalam diri individu yang berdiri sendiri, terpisah dan berbeda. Mengetahui sikap tidak berarti dapat memprediksi perilaku. Berdasar hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tidak semua sikap yang baik maka prakteknya juga baik.

2.6.4 Fungsi Sikap

Menurut Ahmadi (2002) fungsi sikap adalah sebagai berikut :

- a. Sikap berfungsi sebagai alat untuk menyesuaikan diri
Sikap adalah sesuatu yang bersifat *communicable*, artinya sesuatu yang mudah menular sehingga mudah menjadi milik bersama.
- b. Sikap berfungsi sebagai alat pengatur tingkah laku
Sikap merupakan sesuatu yang digunakan sebagai pertimbangan seseorang dalam bereaksi terhadap perangsang.
- c. Sikap berfungsi sebagai alat pengatur pengalaman-pengalaman
Sikap merupakan sesuatu yang menilai dan memilih pengalaman-pengalaman yang berarti bagi seseorang.
- d. Sikap berfungsi sebagai pernyataan kepribadian
Sikap sebagai cermin pribadi seseorang. Oleh karena itu, sikap tidak pernah terpisah dari pribadi yang mendukungnya.

2.6.5 Pembentukan Sikap

Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Dalam interaksi sosialnya, individu bereaksi membentuk sikap tertentu terhadap berbagai objek psikologis yang dihadapi. Diantara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap antara lain (Azwar, 2003) :

a. Pengalaman Pribadi

Middlebrook menyebutkan bahwa tidak adanya pengalaman sama sekali dengan suatu objek psikologis cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Hal ini yang menjadi dasar pembentukan sikap, karena dengan adanya pengalaman pribadi yang meninggalkan kesan kuat atau melibatkan faktor emosional, penghayatan akan pengalaman dapat lebih mendalam atau membekas lebih lama.

b. Kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap. Skinner menekankan pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk pribadi seseorang. Kepribadian adalah pola perilaku yang konsisten dengan menggunakan sejarah *reinforcement* yang kita alami. Hal ini membuat seseorang memiliki pola sikap dan perilaku tertentu karena mendapatkan *reinforcement* (penguatan, ganjaran) dari masyarakat saat bersikap dan berperilaku tersebut. Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap terhadap berbagai masalah. Hanya kepribadian individu yang telah mapan dan kuat yang dapat memudarkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap.

c. Orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

Diantara orang yang dianggap penting oleh individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, istri atau suami dan lain-lain.

d. Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Tugas pokok sebagai penyampai pesan, media massa membawa pula pesan-pesan sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal, memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Bila pesan sugesti yang dibawa cukup kuat, maka akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

e. Institusi atau lembaga pendidikan dan agama

Lembaga pendidikan dan agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap, dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya. Dikarenakan konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan, maka tidaklah mengherankan bila konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap suatu hal. Misalnya, bila terdapat suatu hal yang bersifat kontroversial, pada umumnya orang akan mencari informasi lain untuk memperkuat posisi sikapnya atau mungkin juga orang tersebut tidak mengambil sikap memihak. Dalam hal ini, ajaran moral yang diperoleh dari lembaga pendidikan atau dari agama seringkali menjadi determinan tunggal yang menentukan sikap.

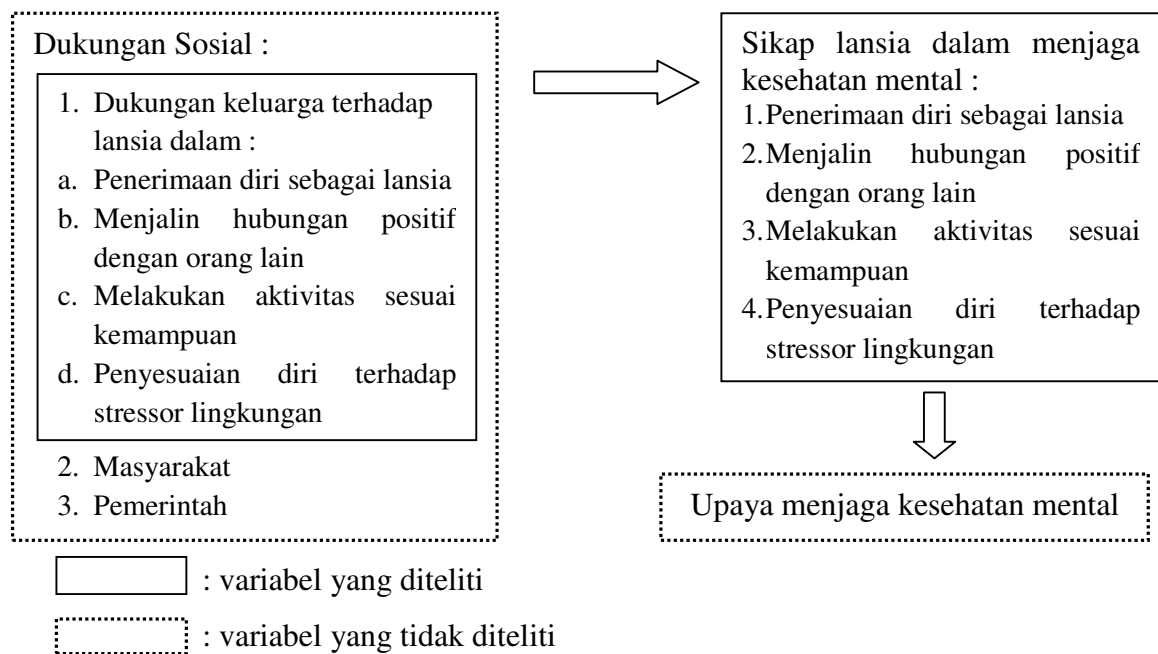
f. Emosi dalam diri individu

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Terkadang, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu ketika frustrasi telah hilang. Akan tetapi, dapat pula merupakan sikap yang lebih persisten dan bertahan lama. Salah satu contoh sikap yang didasari oleh faktor emosional adalah prasangka (*prejudice*). Prasangka didefinisikan sebagai sikap yang tidak toleran, tidak 'fair' atau tidak 'favorable' terhadap sekelompok orang.

2.7 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual penelitian ini didasarkan pada teori SOR (*stimulus, organisme, response*). Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2003) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Respon tersebut dibedakan menjadi dua, yaitu *respondent respons* merupakan respon yang timbul oleh rangsangan-rangsangan tertentu dan respon bersifat relatif tetap, sedangkan bentuk respon lainnya adalah *operant respons* yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu yang bersifat memperkuat respon. Dari bentuk respon yang telah dijelaskan maka akan timbul perilaku yang dibedakan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup atau respon masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap objek, sedangkan bentuk perilaku lainnya adalah perilaku terbuka atau respon dalam bentuk tindakan atau praktek.

Sebagian besar perilaku manusia adalah berupa *operant repons*, sehingga diperlukan adanya kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning* yang dapat membentuk suatu kebiasaan. Dalam penelitian ini, stimulus yang akan diteliti adalah bentuk-bentuk dukungan keluarga pada lansia dalam menjaga kesehatan mentalnya yang berperan sebagai *operant conditioning*, dan untuk respon yang diteliti adalah respon tertutup berupa sikap lansia dalam menjaga kesehatan mentalnya. Respon berupa tingkah laku (terbuka) tidak diteliti. Berdasarkan kerangka pemikiran tersebut, dan mengacu pada teori yang telah dikemukakan maka dapat dibuat suatu kerangka konseptual dalam gambar berikut :



Gambar 2.4 Kerangka Konseptual

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif merupakan penelitian dengan tujuan untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki (Nazir, 2003). Sedangkan penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain secara holistik, dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Moleong, 2009).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah Posyandu Lansia Harapan dan Jember Permai I yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember. Peneliti memilih lokasi ini dikarenakan dari tiga kecamatan yang berada di pusat Kabupaten Jember (Kecamatan Kaliwates, Kecamatan Sumbersari dan Kecamatan Patrang), jumlah penduduk yang tergolong lansia paling banyak berada di Kecamatan Sumbersari (BPS Kab.Jember, 2009). Berdasarkan data Puskesmas Sumbersari jumlah lansia yang tercakup dalam 11 Posyandu Lansia sebanyak 7645 jiwa.

3.2.2 Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada bulan Juli sampai dengan bulan Agustus tahun 2010.

3.3 Sasaran dan Penentuan Informan Penelitian

3.3.1 Sasaran Penelitian

Sasaran penelitian menurut Notoatmodjo (2005b) adalah sebagian atau seluruh anggota yang diambil dari seluruh objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sasaran yang digunakan dalam penelitian ini adalah dua kelompok penduduk yang tergolong berusia lanjut (60 tahun ke atas), dapat berkomunikasi dengan baik dan tergabung dalam Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember. Kelompok pertama adalah lansia yang berstatus janda dan tinggal bersama dengan anaknya. Kelompok kedua adalah lansia berjenis kelamin wanita yang masih memiliki pasangan hidup.

3.3.2 Penentuan Informan Penelitian

Informan penelitian adalah subjek penelitian yang dapat memberikan informasi yang diperlukan selama proses penelitian. Penentuan informan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *Snowball sampling*, yaitu dimulai dengan kelompok kecil yang diminta untuk menunjukkan kawasan masing-masing dan seperti itu seterusnya, sehingga kelompok tersebut bertambah besar seperti bola salju yang semakin bertambah besar apabila meluncur dari bukit ke bawah (Lincoln dalam Khoiriyah, 2005).

Penentuan informan diawali dengan menentukan seseorang atau beberapa informan terlebih dahulu baik secara kebetulan maupun melalui cara lain. Kemudian peneliti dapat meminta sejumlah informan lain yang terkait dengan permasalahan yang akan diteliti, melalui informan tersebut peneliti dapat menentukan lebih banyak lagi informan lainnya. Informan penelitian ini meliputi beberapa macam, antara lain (Suyanto, 2005) :

- a. Informan kunci (*key informan*), yaitu mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci dalam penelitian ini adalah para lansia yang tergabung dalam Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari.
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan utama adalah Puskesmas Sumbersari dan Kader Posyandu Lansia.
- c. Informan tambahan adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan tambahan dalam penelitian ini adalah anggota keluarga informan kunci yang dapat diwakili oleh anak atau pasangan hidup mereka.

Berdasarkan informan yang telah ditentukan di atas, maka peneliti memulai pencarian informasi dengan menghubungi Bidan Koordinator Lansia Puskesmas Sumbersari untuk mengetahui Posyandu Lansia yang akan diteliti. Setelah mengetahui Posyandu Lansia yang akan diteliti, selanjutnya menghubungi Kader Posyandu Lansia untuk membantu menunjukkan responden yang pertama. Setelah itu, peneliti dapat menanyakan kepada responden pertama untuk menunjukkan responden berikutnya. Langkah tersebut dilakukan sampai informasi yang diperlukan dianggap cukup.

Jumlah informan dalam penelitian ini belum diketahui jumlahnya sebelum peneliti melakukan kegiatan pengumpulan data di lapangan. Hal ini dikarenakan pengumpulan data pada penelitian kualitatif mempunyai tujuan tercapainya kualitas data yang memadai, ditunjukkan dengan adanya kondisi dimana pendataan pada responden tertentu mencapai titik jenuh. Data dapat dikatakan mencapai titik jenuh apabila jawaban atau “cerita” yang disampaikan oleh responden sama saja dengan responden sebelumnya (Hamidi, 2004).

Pengumpulan data di lapangan dikumpulkan sejauh dianggap cukup guna membuat gambaran maksimal yang diinginkan. Ukuran kecukupan tersebut ditunjukkan dengan adanya gejala *split over of information*, artinya pertanyaan yang sama diulang dan memperoleh jawaban yang sama pula (Rahman dalam Khoiriyah, 2005). Selain itu, informasi dianggap cukup atau telah jenuh apabila telah sampai kepada taraf *redundancy*, artinya dengan menggunakan responden selanjutnya tidak lagi diperoleh tambahan informasi baru yang berarti (Nasution dalam Sugiyono, 2007). Informasi yang dianggap cukup dilihat berdasarkan hasil wawancara secara mendalam, apakah telah memberikan gambaran sesuai dengan tujuan penelitian. Namun apabila terdapat data yang dianggap kurang pada saat melakukan analisis data, maka peneliti dapat kembali lagi ke lapangan untuk memperoleh tambahan data yang dianggap perlu dan mengolahnya kembali.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah :

- a. Bentuk dukungan keluarga dalam penerimaan diri lansia, menjalin hubungan positif dengan orang lain, beraktivitas sesuai dengan kemampuan lansia dan penyesuaian diri lansia terhadap stressor lingkungan;

- b. Sikap lansia dalam penerimaan diri sebagai lansia, menjalin hubungan positif dengan orang lain, beraktivitas sesuai dengan kemampuannya dan menyesuaikan diri terhadap stressor lingkungan.

3.4.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Variabel Penelitian dan Defini Operasional

No.	Variabel	Definisi
1.	Bentuk dukungan keluarga terhadap sikap lansia dalam menjaga kesehatan mentalnya meliputi: a. Penerimaan diri sebagai lansia	Bentuk nyata dari kepedulian keluarga terhadap sikap lansia dalam menjaga kesehatan mentalnya Bentuk nyata perhatian dan bantuan keluarga terhadap lansia dalam menghadapi perubahan kondisi fisik dan statusnya sebagai lansia dengan memenuhi komponen dukungan mulai dari memberikan perhatian dalam menghadapi ketidakpercayaan diri lansia, menjadikan lansia sebagai tempat bertanya bila keluarga mengalami masalah dan memberikan pemahaman positif tentang perubahan kondisi lansia saat ini. Kriteria dukungan : 1) Dukungan keluarga baik, apabila keluarga responden memenuhi lebih dari satu komponen dukungan keluarga dalam penerimaan diri sebagai lansia 2) Dukungan keluarga kurang, apabila keluarga responden memenuhi satu komponen dukungan keluarga dalam penerimaan diri sebagai lansia 3) Keluarga tidak mendukung, apabila keluarga responden sama sekali tidak memenuhi komponen dukungan keluarga dalam penerimaan diri sebagai lansia
	b. Menjalिन hubungan positif dengan orang lain	Bentuk nyata perhatian dan bantuan keluarga terhadap lansia dalam menjaga komunikasi dengan orang lain selain anggota keluarga dengan memenuhi komponen dukungan mulai dari menyarankan lansia untuk mengikuti kegiatan sosial di lingkungan rumah, mendampingi lansia dalam menjalankan kegiatan di masyarakat dan selalu mengajak lansia dalam acara-acara keluarga. Kriteria dukungan : 1) Dukungan keluarga baik, apabila keluarga responden memenuhi lebih dari satu komponen dukungan keluarga dalam menjalin hubungan positif dengan orang lain.

No.	Variabel	Definisi
		<p>2) Dukungan keluarga kurang, apabila keluarga responden memenuhi satu komponen dukungan keluarga dalam menjalin hubungan positif dengan orang lain.</p> <p>3) Keluarga tidak mendukung, apabila keluarga responden sama sekali tidak memenuhi komponen dukungan keluarga dalam menjalin hubungan positif dengan orang lain.</p>
	<p>c. Beraktivitas sesuai dengan kemampuannya</p>	<p>Bentuk nyata perhatian dan bantuan keluarga terhadap lansia dalam menjaga aktivitas lansia agar sesuai dengan kemampuannya dengan memenuhi komponen dukungan mulai dari memenuhi kebutuhan gizi lansia, mengajak lansia untuk beraktivitas, menyediakan peralatan yang dibutuhkan lansia untuk beraktivitas dan mendampingi lansia dalam beraktivitas. Kriteria dukungan :</p> <p>1) Dukungan keluarga baik, apabila keluarga responden memenuhi lebih dari satu komponen dukungan keluarga dalam beraktivitas sesuai dengan kemampuannya.</p> <p>2) Dukungan keluarga kurang, apabila keluarga responden memenuhi satu komponen dukungan keluarga dalam beraktivitas sesuai dengan kemampuannya.</p> <p>3) Keluarga tidak mendukung, apabila keluarga responden sama sekali tidak memenuhi komponen dukungan keluarga dalam beraktivitas sesuai dengan kemampuannya.</p>
	<p>d. Menyesuaikan diri terhadap stressor lingkungan</p>	<p>Bentuk nyata perhatian dan bantuan keluarga terhadap lansia dalam menghadapi stressor lingkungan dengan memenuhi komponen dukungan mulai dari memberikan kepercayaan bahwa lansia memiliki banyak pengalaman untuk menyelesaikan masalahnya, memberikan informasi tentang perubahan lingkungan dan kondisi lansia, selalu mendampingi saat lansia menghadapi masalah, serta menciptakan lingkungan rumah yang nyaman bagi lansia. Kriteria dukungan :</p> <p>1) Dukungan keluarga baik, apabila keluarga responden memenuhi lebih dari satu komponen dukungan keluarga dalam penerimaan diri sebagai lansia</p> <p>2) Dukungan keluarga kurang, apabila keluarga responden memenuhi satu komponen dukungan keluarga dalam penerimaan diri sebagai lansia.</p>

No.	Variabel	Definisi
		3) Keluarga tidak mendukung, apabila keluarga responden sama sekali tidak memenuhi komponen dukungan keluarga dalam penerimaan diri sebagai lansia.
2.	Sikap lansia dalam menjaga kesehatan mentalnya, meliputi :	Respon tertutup lansia terhadap stimulus dalam menjaga kesehatan mentalnya yang terdiri dari beberapa pertanyaan yang meliputi :
	a. Penerimaan diri sebagai lansia	Kemampuan lansia untuk menghargai dirinya dan memiliki kepercayaan bahwa lansia tetap dapat berperan dalam masyarakat.
	b. Menjalinkan hubungan yang positif dengan orang lain	Kecenderungan tindakan lansia dalam menjaga komunikasi dan kerukunan dengan orang sekitarnya selain anggota keluarga.
	c. Beraktivitas sesuai dengan kemampuannya	Kecenderungan lansia untuk mengetahui kemampuan dirinya dalam memilih aktivitas yang sesuai dengan kondisinya.
	d. Penyesuaian diri terhadap stressor lingkungan	Kemampuan lansia untuk tetap berfikir realistis dan mampu menyesuaikan diri dalam menghadapi perubahan di sekitarnya.
		Kriteria penilaian sikap :
		1) Sikap mendukung, apabila responden setuju dengan pernyataan positif lebih dari 80% dan tidak setuju dengan pernyataan negatif lebih dari 80%.
		2) Sikap kurang mendukung, apabila responden setuju dengan pernyataan positif kurang dari 80% dan tidak setuju dengan pernyataan negatif kurang dari 80%.
		3) Sikap tidak mendukung, apabila responden tidak setuju dengan pernyataan positif lebih dari 80% dan setuju dengan pernyataan negatif lebih dari 80%.

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah kenyataan yang menggambarkan suatu kejadian-kejadian dan kesatuan nyata. Data dapat digunakan sebagai informasi dalam penelitian. Oleh karena itu, data yang dikumpulkan harus akurat dan terjamin validitasnya. Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi data primer dan data sekunder, yaitu:

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan melalui pihak pertama. Biasanya diperoleh melalui angket, wawancara, jajak pendapat dan lain-lain (Sedarmayanti, 2002). Pihak pertama dalam penelitian ini adalah para lansia yang berada di wilayah Puskesmas Sumbersari dan anggota keluarganya. Data primer yang dibutuhkan dalam penelitian ini meliputi karakteristik, bentuk dukungan keluarga dan sikap responden dalam penerimaan diri sebagai lansia, menjalin hubungan dengan orang lain, beraktivitas sesuai dengan kemampuannya dan menyesuaikan diri dengan stressor lingkungan. Data primer ini diperoleh melalui wawancara langsung secara mendalam dengan bantuan panduan wawancara (*in-depth interview guide*), alat perekam suara dan alat tulis.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang dikumpulkan melalui pihak kedua. Biasanya diperoleh melalui badan atau instansi yang bergerak dalam proses pengumpulan data, baik oleh instansi pemerintah maupun swasta (Sedarmayanti, 2002). Pihak kedua dalam penelitian ini antara lain Puskesmas Sumbersari dan Kader Posyandu Lansia. Data sekunder pertama yang digunakan dalam penelitian ini adalah jumlah penduduk yang tergolong usia lanjut di wilayah Kecamatan Sumbersari yang diperoleh dari data yang diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember tahun 2009. Data sekunder kedua meliputi keberadaan Kader Posyandu Lansia dan jumlah lansia di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari yang diperoleh dari Puskesmas Sumbersari.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data merupakan bagian instrumen pengumpulan data yang menentukan berhasil tidaknya suatu penelitian (Bungin, 2001). Secara umum metode pengumpulan data menurut Nazir (2003) dapat dibagi atas beberapa kelompok yaitu metode dengan menggunakan pertanyaan, pengamatan langsung dan metode khusus. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

a. Wawancara mendalam (*in-depth interview*)

Notoatmodjo (2005b) mengartikan wawancara sebagai suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari responden atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan responden tersebut (*face to face*). Menurut Bungin (2001) inti dari metode wawancara ini bahwa di setiap penggunaan metode ini selalu muncul beberapa hal, yaitu pewawancara, responden, materi wawancara dan pedoman wawancara (yang terakhir tidak harus ada). Informasi yang diperoleh dari teknik wawancara lebih akurat daripada teknik lainnya untuk penelitian kualitatif karena peneliti dapat menangkap suasana batin dari responden yang ditelitinya.

Menurut Nazir (2003), teknik wawancara secara mendalam dilakukan peneliti dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan penyelidikan untuk menggali lebih lanjut suatu keterangan. Teknik wawancara dilakukan dengan memberikan pertanyaan yang bersifat mengarah pada kedalaman informasi serta dilakukan dengan cara tidak formal guna menggali pandangan subjek yang diteliti tentang banyak hal yang sangat bermanfaat untuk menjadi dasar bagi penggalian informasi secara lebih jauh dan mendalam.

b. Pengamatan (observasi)

Secara metodologis, penggunaan pengamatan adalah untuk mengoptimalkan kemampuan peneliti dari segi motif, kepercayaan, perhatian, perilaku tak sadar, kebiasaan dan sebagainya. Pengamatan memungkinkan peneliti merasakan apa yang dirasakan dan dihayati oleh subjek penelitian sehingga memungkinkan pula peneliti sebagai sumber data (Moleong, 2009). Bentuk pengamatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi partisipasi pasif, dalam hal ini peneliti datang di tempat kegiatan orang yang diamati tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut (Sugiyono, 2007).

Objek observasi pada penelitian ini, peneliti ingin mengamati emosi yang diekspresikan oleh lansia melalui perbuatan atau tindakan-tindakan tertentu, seperti raut wajah hingga intonasi suara saat wawancara mendalam berlangsung. Hal ini dimaksudkan untuk dapat melihat hal-hal yang tidak diungkapkan oleh responden dalam wawancara karena bersifat sensitif atau ingin ditutupi (Sugiyono, 2007). Hasil pengamatan akan dicatat oleh peneliti untuk memperkuat penjelasan tentang respon yang diberikan oleh responden.

c. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode yang dilakukan untuk meningkatkan ketepatan pengamatan. Hal ini dilakukan untuk merekam pembicaraan dan juga dapat merekam suatu perbuatan yang dilakukan oleh responden pada saat wawancara (Nazir, 2003). Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa rekaman suara hasil wawancara dengan responden dan foto responden.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan sebagai sarana yang dapat diwujudkan dalam benda (Ridwan, 2002). Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah panduan wawancara mendalam yang akan digunakan dalam wawancara mendalam dengan dibantu oleh alat perekam suara dan alat tulis. Alat perekam suara yang digunakan adalah *handphone*. Sedangkan instrumen untuk pengamatan langsung, peneliti menggunakan kamera digital agar lebih efisien dan efektif.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2001). Sedangkan menurut Hamidi (2004), hasil wawancara secara mendalam dikumpulkan dan diupayakan untuk dideskripsikan berdasarkan ungkapan, bahasa, cara berpikir, dan pandangan subjek penelitian.

Teknik penyajian data dalam penelitian ini adalah dalam bentuk uraian kata-kata dan kutipan-kutipan langsung dari informan yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan informan. Selain itu, penyajian data dilakukan dalam bentuk bahasa yang tidak formal, dalam susunan kalimat sehari-hari dan pilihan kata atau konsep asli informan, cukup rinci tanpa adanya interpretasi dan evaluasi dari peneliti (Lincoln dan Guba dalam Hamidi, 2004). Kemudian berdasarkan ungkapan dan bahasa asli informan tersebut, dapat dikemukakan temuan peneliti yang akan didiskusikan atau dijelaskan dengan teori-teori yang telah ada.

3.7.2 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam menyelesaikan masalah penelitian. Menurut Moleong (2009), analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data. Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber yakni transkrip hasil wawancara, pengamatan yang dituliskan dalam catatan peneliti, dokumen resmi, foto dan sebagainya.

Setelah dipelajari, dibaca dan ditelaah langkah berikutnya adalah mengadakan reduksi data yang dilakukan dengan membuat abstraksi yaitu rangkuman yang inti, proses dan pernyataan-pernyataan yang perlu dijaga sehingga tetap berada di dalamnya. Langkah selanjutnya adalah menyusun dalam satuan-satuan yang kemudian dikategorisasikan pada langkah berikutnya yang disebut dengan koding. Pada tahap koding, hendaknya pengkodean data dilakukan oleh lebih dari satu orang, dengan harapan dapat memperoleh objektivitas dalam mengkodekan data. Tahap terakhir dari analisis data ini adalah mengadakan pemeriksaan keabsahan data.

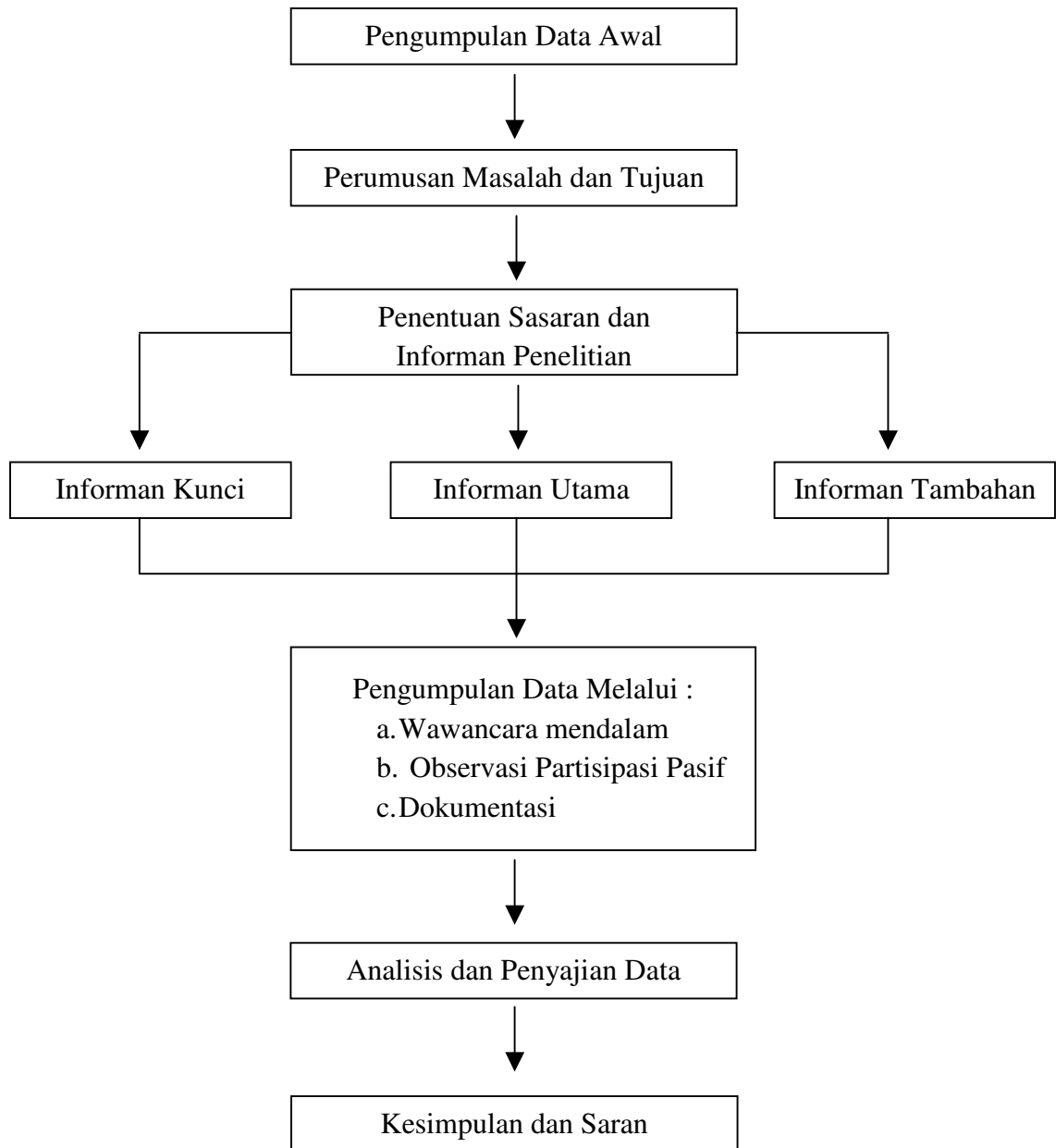
Teknik pemeriksaan keabsahan data pada penelitian ini adalah menggunakan teknik triangulasi yakni teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Teknik ini mengharuskan peneliti untuk membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diterima dengan data-data lain yang diperoleh dari berbagai sumber, metode dan teori yang berkaitan dengan informasi yang didapat untuk mendapatkan data sesuai dengan yang diinginkan. Hal tersebut dapat dicapai dengan jalan :

- a. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara

- b. Membandingkan apa yang dikatakan orang di muka umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi
- c. Membandingkan apa yang dikatakan orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu
- d. Membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang yang berpendidikan menengah atau tinggi, orang berada, orang pemerintahan
- e. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Sesuai dengan tujuan dari analisis data ini adalah untuk dapat merumuskan hipotesis kerja, maka sesudah mengecek keabsahan data dan memformulasikan hipotesis kerja, peneliti mengalihkan pekerjaan analisisnya dengan mencari dan menemukan apakah hipotesis kerja itu didukung atau ditunjang oleh data dan apakah itu benar. Pada proses ini, peneliti barangkali akan mengubah, menggabungkan atau membuang beberapa hipotesis kerja yang akhirnya diangkat menjadi teori substantif (Moleong, 2009).

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian