



**HUBUNGAN KEBUTUHAN (*NEED*) LANSIA DENGAN PEMANFAATAN
POSYANDU LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKORAMBI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Destriana Anggraeni
NIM 1421101011211**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2017**



**HUBUNGAN KEBUTUHAN (*NEED*) LANSIA DENGAN PEMANFAATAN
POSYANDU LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKORAMBI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Destriana Anggraeni
NIM 1421101011211

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2017**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT atas limpahan berkah dan rahmatnya dalam kehidupan kami sekeluarga.
2. Bapak, Ibu, adik dan keluarga tercinta yang selalu memberikan dukungan dan semangat tiada henti, terima kasih atas beribu do'a yang telah terpanjat dalam setiap sujud dan cahaya hidup yang selalu ada saat suka maupun duka.
3. Suami dan anak-anak terkasih atas kesetiaan dan kesabaran selama ini.
4. Guru- guru sejak taman kanak - kanak hingga perguruan tinggi yang tak pernah lelah memberikan waktunya untuk membimbing,
5. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

”Sesungguhnya Allah tidak mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka
mengubah keadaan mereka sendiri.”

(Terjemahan QS. Ar-Ra’d, 11) *)



*)Yayasan Penyelenggara Penterjemah Al-Qur'an. 2002. *Al-Qur'an dan Terjemahan*. Jakarta : CV Darus Sunah

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Destriana Anggraeni

NIM : 142110101211

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul "*Hubungan Kebutuhan (Need) Lansia dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember*" adalah benar - benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 28 Mei 2017

Yang menyatakan

Destriana Anggraeni

NIM. 142110101211

PENGESAHAN

Skripsi berjudul ” *Hubungan Kebutuhan (Need) Lansia dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 7 Juni 2017

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

- | | |
|---|---------|
| 1. DPU : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes
NIP.198207232010121003 | (.....) |
| 2. DPA : Sri Utami, S.KM., MM
NIP. 140075647 | (.....) |

Penguji

- | | |
|---|---------|
| 1. Ketua : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH
NIP.198406052008122001 | (.....) |
| 2. Sekretaris : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes
NIP.198204162010122003 | (.....) |
| 3. Anggota : Dwi Handarisasi, S.Psi., M.Si
NIP.197505131997032004 | (.....) |

Mengesahkan

Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP.198005162003122002

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “*Hubungan Antara Kebutuhan (Need) Lansia dengan Pemanfaatan terhadap Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember*”, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Sri Utami, S.KM., MM selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberi petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima Kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Dr. Elfian Zulkarnain, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
4. Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH, Christyana Sandra, S.KM., M.Kes dan Dwi Handarisasi, S.Psi., M.Psi selaku penguji yang telah memberikan koreksi dan saran hingga terwujudnya skripsi ini;
5. Dr. Bimanda Rizki selaku Kepala Puskesmas Sukorambi dan Ibu Harnaning, Amd.Kep selaku pemegang program Lansia Puskesmas Sukorambi yang telah banyak membantu dan bersedia wilayahnya dijadikan sebagai tempat penelitian;
6. Masyarakat lansia di Kecamatan Sukorambi yang bersedia menjadi responden;

7. Keluarga besarku, terima kasih atas doa, kasih sayang, cinta, dukungan serta pengorbanannya selama ini;
8. Teman-teman seperjuangan kelas Alih Jenis 2014, terimakasih selalu menemani, mendukung saat suka dan duka;
9. Teman-teman seperjuangan di peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan kelas Alih Jenis maupun reguler yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu; terima kasih bantuan, dukungan dan kebersamaan kita;
10. Seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi bagi terselesaikannya skripsi ini.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya

Jember, 7 Juni 2017

Penulis

RINGKASAN

Hubungan Kebutuhan (*Need*) Lansia dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember; Destriana Anggraeni; 142110101211; 2017; 92 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan adalah semakin meningkatnya Usia Harapan Hidup (UHH) penduduknya. Meningkatnya UHH sebagai bentuk dari meningkatnya pelayanan kesehatan di Indonesia membuat jumlah lansia semakin banyak. Bertambahnya jumlah lansia ini bisa berefek positif tetapi bisa juga berefek negatif bila lansia tersebut dalam keadaan sakit (Depkes RI, 2013). Salah satu bentuk perhatian pemerintah terhadap lansia adalah terlaksananya pelayanan pada lansia melalui kelompok Posyandu Lansia. Posyandu Lansia hanya ramai pada awal pendirian saja, selanjutnya lansia yang berkunjung mengikuti kegiatan Posyandu semakin berkurang. Target kunjungan Posyandu Lansia yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2015 adalah sebesar 60%. Pada 50 Puskesmas yang ada di Kabupaten Jember, Puskesmas yang memiliki jumlah kunjungan paling rendah adalah Puskesmas Sukorambi dengan jumlah kunjungan sebanyak 607 orang atau hanya sebesar 8,2% saja dari target kunjungan yang telah ditentukan. Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi masih rendah. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis hubungan antara kebutuhan (*need*) lansia yaitu penilaian individu/*perceived need* (meliputi kerentanan penyakit/*perceived susceptibility*, keseriusan penyakit/*perceived seriousness*, ancaman dari penyakit/*perceived threats*, manfaat dan hambatan yang dirasakan/*perceived benefits and barriers*, keputusan memilih tindakan/*cues to action*) dan penilaian klinik/*evaluated need* dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember. Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian ini berlokasi di 5 desa di Kecamatan Sukorambi yaitu Desa Sukorambi, Desa Dukuh

Mencek, Desa Jubung, Desa Karang Pring dan Desa Klungkung. Sampel yang dibutuhkan sebanyak 96 responden dimana pengambilan sampel menggunakan teknik *simple random sampling*. Data hasil penelitian selanjutnya dianalisis menggunakan uji *Chi Square* dengan $\alpha = 5\%$. Hasil penelitian dari 96 responden menunjukkan bahwa sesuai dengan hasil uji menggunakan analisis *Chi Square* terlihat bahwa $X^2 = 26,434$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$ maka H_0 ditolak sehingga kesimpulannya ada hubungan antara kerentanan terhadap penyakit dengan pemanfaatan Posyandu Lansia, $X^2 = 31,312$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$ maka H_0 ditolak sehingga kesimpulannya ada hubungan antara keseriusan penyakit dengan pemanfaatan Posyandu Lansia, $X^2 = 24,401$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$ maka H_0 ditolak sehingga kesimpulannya ada hubungan antara ancaman dari penyakit dengan pemanfaatan Posyandu Lansia, $X^2 = 56,903$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$ maka H_0 ditolak sehingga kesimpulannya ada hubungan antara manfaat dan hambatan yang dirasakan dengan pemanfaatan Posyandu Lansia, $X^2 = 70,513$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$ maka H_0 ditolak sehingga kesimpulannya ada hubungan antara keputusan memilih tindakan dengan pemanfaatan Posyandu Lansia, $X^2 = 50,170$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$ maka H_0 ditolak sehingga kesimpulannya ada hubungan antara penilaian klinik dengan pemanfaatan Posyandu Lansia. Kesimpulan keseluruhan dari penelitian ini adalah ada hubungan antara penilaian individu (meliputi kerentanan terhadap penyakit/*perceived susceptibility*, keseriusan penyakit/*perceived seriousness*, ancaman dari penyakit/*perceived threats*, manfaat dan hambatan yang dirasakan/*perceived benefits and barriers*, keputusan memilih tindakan/*cues to action*) dengan pemanfaatan Posyandu Lansia dan ada hubungan antara penilaian klinik/*evaluated need* dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi. Saran yang dapat diberikan kepada petugas Puskesmas adalah agar lebih mempromosikan lagi pelayanan Posyandu di wilayahnya dan mengadakan pembinaan yang berkesinambungan. Saran bagi Posyandu dan kader adalah agar menciptakan kegiatan yang menarik keinginan lansia untuk memanfaatkan Posyandu Lansia.

SUMMARY

Correlation of Elderly Need with the Utilization of Elderly Integrated Health Service in Sukorambi Primary Health Care of Jember; Destriana Anggraeni; 142110101211; 92 pages; Departement of Health Administration and Policy, Faculty of Public Health, University of Jember

The increasing number of life expectancy within a country's citizens is an indicator to the development succes. The raise of life expectancy as a form of increased health services boost the amount of elderly within the state. It will bring either possitive or negative effects if the elderly infected by disease. Several issues emerge mainly from health and welfare aspects, hence the Elderly need to be given serious consideration from all sectors for achieving the standard of health as well as quality of the Elderly. One of government concerns for the Elderly is the materialization of special treatment for the Elderly through the Integrated Health Service. However, reality gives different facts, the Elderly Integrated Health Service was just swarming at the early opening and the number of visitors continuously went down.

Visitors target of Elderly Integrated Health Service by Jember District Health Office in 2015 was 60%. From 50 primmary health centers in Jember, the lowest visitors of Elderly Integrated Health Service in 2015 was Sukorambi Primmary Heath Care which amount to 607 persons or only 8,2% from target. The fall short of visitor numbers shows that the Elderly Integrated Health Service in Sukorambi Primmary Health Care has not been well utillized since the minimum number set by the Jember District Health Office.

The objective of this study was to analyze the correlation of the Elderly needs; perceived need (including perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived threats, perceived benefits and barriers, cues to action) and evaluated need with the utilization of the Elderly Integrated Health Service in Sukorambi Primmary Health Care of Jember. This study was an analytic research with cross sectional design. It was conducted in 5 villages within the sub-district of

Sukorambi; Sukorambi village, Dukuh Mencek village, Jubung village, Karang Pring village, and Klungkung village. The samples were obtained from 96 respondents using simple random sampling method. Afterwards, the research data was analyzed by applying chi square test with $\alpha = 5\%$. Compatible with chi-square test result, the research finding shows if perceived susceptibility variable toward disease $X^2 = 26,434$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$, then H_0 is rejected, it can be concluded that perceived susceptibility is correlated to the utilization of Elderly Integrated Health Service. In perceived seriousness variable, $X^2 = 31,312$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$, then H_0 is rejected, it can be concluded that perceived seriousness is correlated to the utilization of Elderly Integrated Health Service. In perceived threats variable, $X^2 = 24,401$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$, then H_0 is rejected, it can be concluded that perceived threats is correlated to the utilization of Elderly Integrated Health Service. In perceived benefits and barriers variable, $X^2 = 56,903$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$, H_0 is rejected, it can be concluded that perceived benefits and barriers is correlated to the utilization of Elderly Integrated Health Service. In cues to action variable, $X^2 = 70,513$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$, then H_0 is rejected, it can be concluded that cues to action is correlated to the utilization of Elderly Integrated Health Service. In evaluated need variable, $X^2 = 50,170$ $p\text{-value} = 0,000 > \alpha = 0,05$, then H_0 is rejected, it can be concluded that evaluated need is correlated to the utilization of Elderly Integrated Health Service. To conclude, there are correlations between both perceived need (including perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived threats, perceived benefits and barriers, cues to action) and evaluated need with the utilization of Elderly Integrated Health Service in Sukorambi Primary Health Center of Jember. The suggestion that can be given to Sukorambi Primary Health Care is to promote more health service of Elderly Integrated Health Service in their area and give continuous education. Suggestions for Elderly Integrated Health Service is to create activities that attract the elderly to utilize the health care.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
PENGESAHAN	vi
PRAKATA	vii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3 Manfaat	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Lansia	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Batasan Lansia	6
2.1.3 Klasifikasi Lansia.....	7
2.1.4 Tanda-Tanda Lanjut Usia	8
2.1.5 Penyakit yang Sering Dijumpai pada Lansia	9
2.1.6 Teori Tentang Usia Lanjut	9
2.1.7 Upaya Pelayanan Kesehatan Lansia	9

2.1.8 Pembinaan Kesehatan Lansia	11
2.1.9 Tujuan dan Sasaran Pembinaan	11
2.1.10 Model Pembinaan	12
2.1.11 Kebijakan dan Strategi Pembinaan Lanjut Usia di Masa Depan	12
2.2 Pos Pelayanan Terpadu Lanjut Usia	15
2.2.1 Pengertian	15
2.2.2 Tujuan Posyandu Lansia.....	16
2.2.3 Manfaat Posyandu Lansia	16
2.2.4 Sasaran Posyandu Lansia.....	16
2.2.5 Kegiatan Posyandu Lansia	17
2.2.6 Sarana dan Prasarana	18
2.2.7 Pelaksana Kegiatan Posyandu Lansia	18
2.2.8 Mekanisme Pelaksana Kegiatan	19
2.2.9 Klasifikasi Posyandu Lansia	19
2.2.10 Lokasi Posyandu Lansia	20
2.3 Kebutuhan (<i>Need</i>) terhadap Pelayanan Kesehatan	20
BAB 3. METODE PENELITIAN	30
3.1 Jenis Penelitian	30
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	30
3.2.1 Tempat Penelitian	30
3.2.2 Waktu Penelitian.....	30
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	30
3.3.1 Populasi Penelitian.....	30
3.3.2 Sampel Penelitian.....	30
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	31
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	32
3.4.1 Variabel Penelitian.....	32
3.4.2 Definisi Operasional	32
3.5 Data dan Sumber Data	36
3.5.1 Data Primer	36

3.5.2 Data Sekunder	36
3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian	37
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	37
3.6.2 Instrumen Penelitian	37
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data	38
3.7.1 Teknik Pengolahan Data	38
3.7.2 Teknik Penyajian Data.....	38
3.7.3 Analisis Data	39
3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	39
3.8.1 Uji Validitas	39
3.8.2 Uji Reliabilitas	39
3.9 Alur Penelitian	40
Bab 4. Hasil dan Pembahasan	41
4.1 Hasil.....	41
4.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	41
4.1.2 Data Hasil Penelitian Penilaian Individu (<i>Perceived Need</i>)	42
4.1.3 Data Hasil Penelitian Penilaian Klinik (<i>Evaluated Need</i>)	46
4.1.4 Kebutuhan (<i>Need</i>) Lansia dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	47
4.1.5 Tabel Silang Penilaian Individu (<i>Perceived Need</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	47
4.1.6 Tabel Silang Penilaian Klinik (<i>Evaluated Need</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	52
4.2 Pembahasan	53
4.2.1 Hubungan antara Penilaian Individu (<i>Perceived Need</i>) Dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	53
4.2.2 Hubungan antara Penilaian Klinik (<i>Evaluated Need</i>) Dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	61

Bab 5. Penutup	63
5.1 Kesimpulan	63
5.2 Saran	64
Daftar Pustaka	66
Lampiran	69



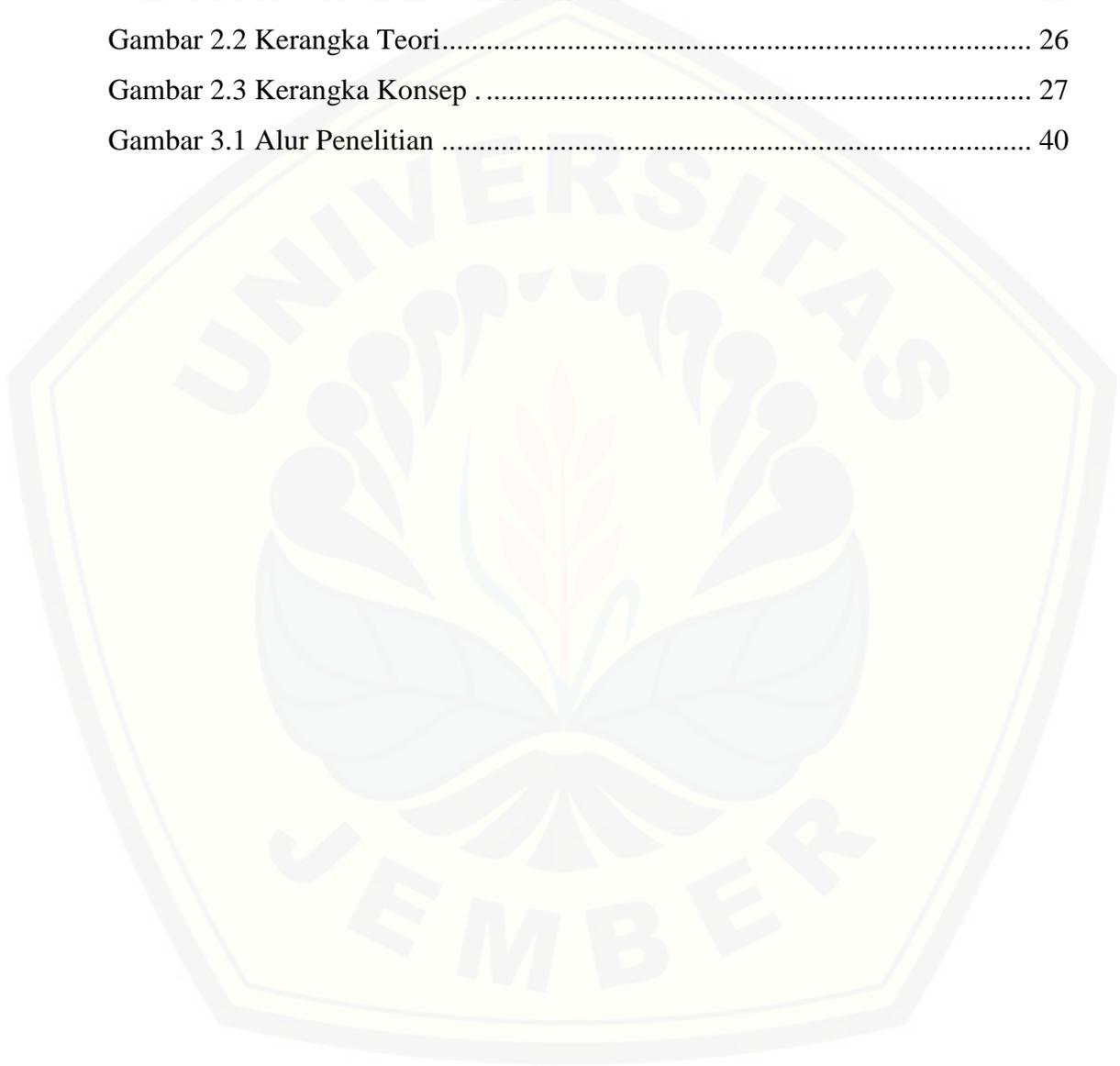
DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Distribusi Besar Sampel Menurut Desa	31
3.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	32
4.1 Distribusi Frekuensi Penilaian Individu berdasarkan Kerentanan terhadap Penyakit (<i>Perceived Need</i>).....	43
4.2 Distribusi Frekuensi Penilaian Individu berdasarkan Keseriusan Penyakit (<i>Perceived Seriousness</i>)	44
4.3 Distribusi Frekuensi Penilaian Individu berdasarkan Ancaman dari Penyakit (<i>Perceived Threats</i>)	44
4.4 Distribusi Frekuensi Penilaian Individu berdasarkan Manfaat dan Hambatan (<i>Perceived Benefits and Barriers</i>).....	45
4.5 Distribusi Frekuensi Penilaian Individu berdasarkan Keputusan Memilih Tindakan (<i>Cues to Action</i>).....	46
4.6 Distribusi Frekuensi Penilaian Klinik (<i>Evaluated Need</i>)	46
4.7 Distribusi Frekuensi Kebutuhan (<i>Need</i>) Lansia dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	47
4.8 Distribusi Frekuensi Kerentanan terhadap Penyakit (<i>Perceived Susceptibility</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia.....	47
4.9 Korelasi Kerentanan Terhadap Penyakit (<i>Perceived Susceptibility</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia.....	48
4.10 Distribusi Keseriusan Penyakit (<i>Perceived Seriousness</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	48
4.11 Korelasi Keseriusan Penyakit (<i>Perceived Seriousness</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia.....	49
4.12 Distribusi Ancaman dari Penyakit (<i>perceived threats</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	49
4.13 Korelasi Ancaman dari Penyakit (<i>Perceived Threats</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	50

4.14 Distribusi Manfaat dan Hambatan yang Dirasakan (<i>Perceived Benefits and Barriers</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	50
4.15 Korelasi Manfaat dan Hambatan yang Dirasakan (<i>Perceived Benefits and Barriers</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	51
4.16 Distribusi Keputusan Memilih Tindakan (<i>Cues to Action</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	51
4.17 Korelasi Keputusan Memilih Tindakan (<i>Cues to Action</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia.....	52
4.18 Distribusi Penilaian Klinik/Diagnosa Medis (<i>Evaluated Need</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	52
4.19 Korelasi Penilaian Klinik/Diagnosa Medis (<i>Evaluated Need</i>) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia	53

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Model Pemanfaatan Kesehatan	22
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	26
Gambar 2.3 Kerangka Konsep	27
Gambar 3.1 Alur Penelitian	40



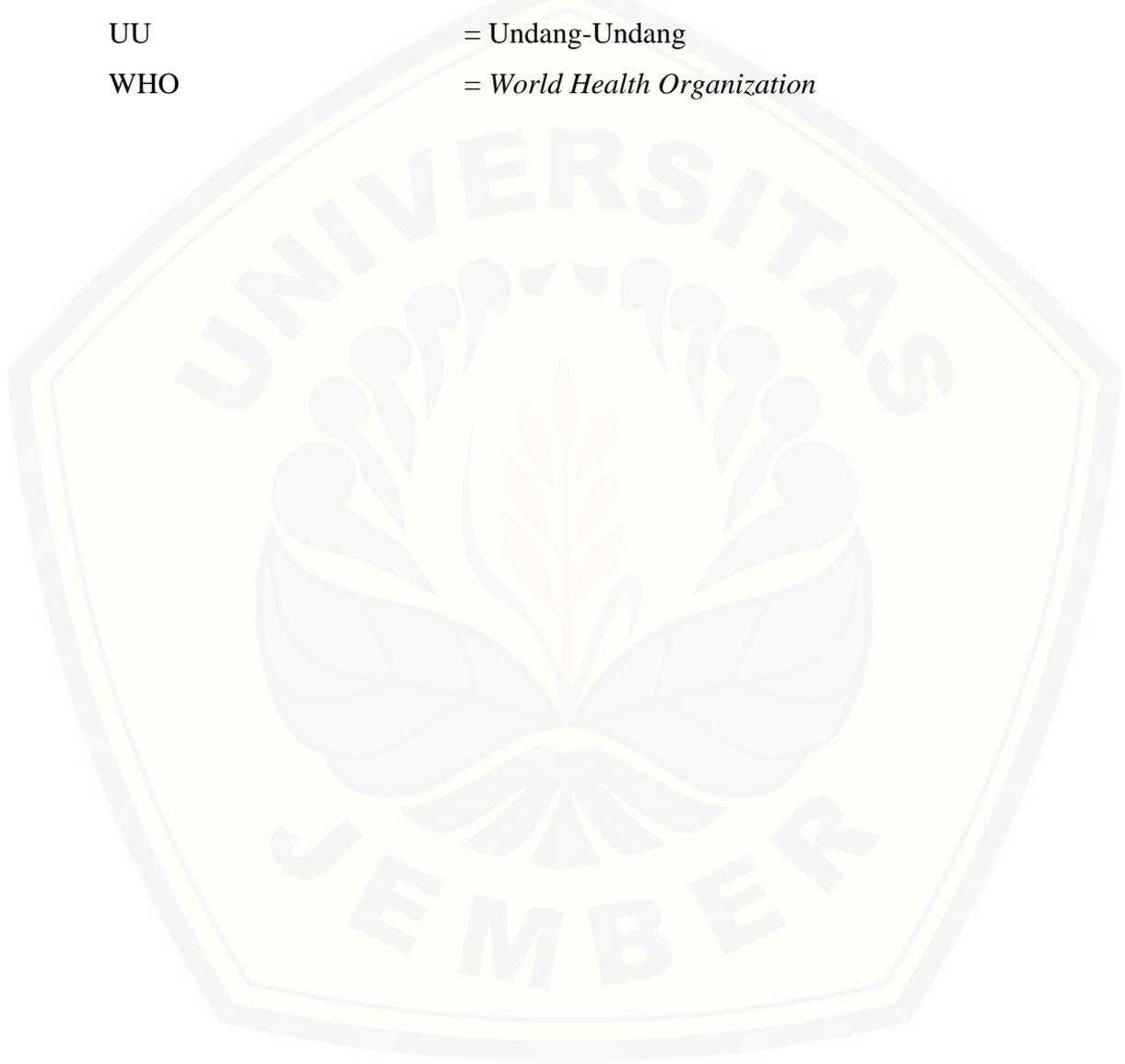
DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Surat Ijin Pengambilan Data dari Bakesbangpol	69
B. Surat Ijin Pengambilan Data dari Dinas Kesehatan	70
C. Surat Ijin Pengambilan Data dari Puskesmas Sukorambi	71
D. Surat Ijin Penelitian dari Bakesbangpol.....	72
E. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan	73
F. Surat Ijin Penelitian dari Puskesmas Sukorambi	74
G. Lembar Persetujuan	75
H. Kuesioner Penelitian	76
I. Data Responden	81
J. Hasil Uji Statistik.....	85
K. Dokumentasi	91

DAFTAR SINGKATAN

BP	= Balai Pengobatan
BPPK	= Buku Pedoman Pemeliharaan Kesehatan
BKKBN	= Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPS	= Badan Pusat Statistik
DEPKES RI	= Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DINKES	= Dinas Kesehatan
DM	= <i>Diabetes Mellitus</i>
GLAMUR	= Golongan Lanjut Umur
HBM	= <i>Health Believe Model</i>
IMT	= Indeks Massa Tubuh
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
KEMENKES RI	= Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KK	= Kepala Keluarga
Km	= Kilo Meter
Km ²	= Kilo Meter Persegi
KMS	= Kartu Menuju Sehat
KOMNAS LANSIA	= Komisi Nasional Lanjut Usia
LANSIA	= Lanjut Usia
LSM	= Lembaga Swadaya Masyarakat
M	= Meter
MMD	= Musyawarah Masyarakat Desa
MANULA	= Manusia Usia Lanjut
PKK	= Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
POSBINDU	= Pos Pembinaan Terpadu
POSYANDU	= Pos Pelayanan Terpadu
PUSKESMAS	= Pusat Kesehatan Masyarakat
RT	= Rukun Tetangga
RW	= Rukun Warga
SPSS	= <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

SUPAS	= Survei Penduduk Antar Sensus
UHH	= Usia Harapan Hidup
UKBM	= Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat
UNFPA	= <i>United Nations Population Found</i>
USILA	= Usia Lanjut
UU	= Undang-Undang
WHO	= <i>World Health Organization</i>



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan adalah semakin meningkatnya usia harapan hidup penduduknya (Depkes RI, 2012:55). Banyak negara maju yang menjadikan Usia Harapan Hidup (UHH) sebagai salah satu tujuan pembangunan negara. UHH di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun, menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) angka UHH pada tahun 2005 adalah 67,8 tahun, tahun 2010 sebesar 69,1 tahun dan meningkat menjadi 70,1 tahun di 2015. Pada tahun 2023 BPS memperkirakan UHH di Indonesia akan meningkat lagi menjadi 72,2 tahun (BPS, 2015).

Meningkatnya UHH sebagai bentuk dari meningkatnya pelayanan kesehatan di Indonesia membuat jumlah lansia semakin banyak. Indonesia merupakan negara keempat dengan jumlah lansia terbanyak setelah China, Amerika dan India. Bertambahnya jumlah lansia ini bisa berefek positif tetapi bisa juga berefek negatif bila lansia tersebut dalam keadaan sakit (Depkes RI, 2012:71). Pertambahan usia menyebabkan kemampuan fisik dan mental, termasuk kontak sosial otomatis berkurang. Aspek kesehatan pada lansia seyogyanya lebih diperhatikan mengingat kondisi anatomi dan fungsi organ-organ tubuhnya sudah tidak sesempurna seperti ketika berusia muda. Hubungan horisontal atau kemasyarakatan juga tidak kalah pentingnya karena perawatan dan perhatian terhadap diri sendiri semakin menurun kualitas dan kuantitasnya (Nurkusuma, 2001:98). Berbagai permasalahan timbul terutama dari segi kesehatan dan kesejahteraan lansia, sehingga lansia perlu mendapat perhatian yang serius dari semua sektor untuk upaya peningkatan derajat kesehatan dan mutu lansia. Selain itu angka kesakitan lansia mempunyai potensi terhadap kerugian negara dari sektor pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang juga akan meningkat karena beban biaya JKN paling besar saat ini berasal dari penyakit tidak menular atau penyakit degeneratif (Depkes RI, 2012:29).

Menurut Undang-Undang Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang dimaksud dengan lansia adalah penduduk yang telah mencapai

usia 60 tahun keatas. Undang-Undang tersebut juga digunakan oleh pemerintah sebagai landasan dalam menentukan kebijakan pembinaan lansia yang menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan dimaksudkan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan lansia, upaya penyuluhan, penyembuhan dan pengembangan lembaga (Depkes RI, 2012:42).

Salah satu bentuk perhatian pemerintah terhadap lansia adalah terlaksananya pelayanan pada lansia melalui kelompok Posyandu Lansia (Nurkusuma, 2001:78). Posyandu Lansia adalah Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) untuk masyarakat Lanjut Usia (Lansia) yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dan disana para lansia bisa mendapatkan pelayanan kesehatan (Sulistiyorini, 2010:120). Disamping itu, Posyandu Lansia juga memberikan pelayanan sosial, agama, ketrampilan, olahraga dan seni budaya serta pelayanan lain yang dibutuhkan para lansia dalam rangka meningkatkan kualitas hidup melalui peningkatan kesehatan dan kesejahteraan mereka. Selain itu lansia juga dapat beraktifitas dan mengembangkan potensi diri (Soeweno, 2010:96).

Kegiatan Posyandu Lansia yang berjalan dengan baik akan memberikan kemudahan bagi lansia dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dasar, sehingga kualitas hidup masyarakat di usia lanjut tetap terjaga dengan baik dan optimal. Untuk itu seharusnya para lansia berupaya memanfaatkan adanya Posyandu tersebut. Namun fenomena di lapangan menunjukkan fakta yang berbeda, Posyandu Lansia hanya ramai pada awal pendirian saja, selanjutnya lansia yang berkunjung mengikuti kegiatan Posyandu semakin berkurang (Soeweno, 2010).

Berdasarkan data jumlah kunjungan Posyandu Lansia di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada tahun 2015, dari 50 Puskesmas yang ada hanya delapan atau 16% Puskesmas saja yang Posyandu Lansia nya memenuhi target jumlah kunjungan Lansia yaitu sebesar 60% dari jumlah total Lansia yang ada di wilayahnya. Sisanya yaitu sebanyak 84% Puskesmas mempunyai Posyandu Lansia dengan jumlah kunjungan di bawah target (60%). Puskesmas dengan Posyandu Lansia yang memiliki jumlah kunjungan paling rendah adalah Puskesmas Sukorambi dengan jumlah kunjungan sebanyak 607 orang atau hanya sebesar 8,2% saja dari target kunjungan yang telah ditentukan yaitu sebesar 7381

orang. Ini menunjukkan bahwa pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi masih rendah, hal ini ditunjukkan dari jumlah kehadiran lansia yang masih jauh dari harapan, dimana target cakupan pelayanan kesehatan lansia Dinas Kesehatan Kabupaten Jember adalah sebesar 60%.

Menurut Andersen (1968), sebagaimana dikutip oleh Notoatmodjo (2010:88) menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) berupa model kepercayaan kesehatan (*health belief model*). Dalam model Anderson ini terdapat tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan yaitu karakteristik predisposisi/*Predisposing* (faktor demografi, struktural sosial, manfaat kesehatan), karakteristik kemampuan/*enabling* (pemungkin/pendorong, sumber keluarga, sumber daya masyarakat), karakteristik kebutuhan/*need* (penilaian individu dan penilaian klinik/diagnosis medis). Rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan seringkali kesalahan atau penyebabnya dilemparkan kepada faktor jarak antara fasilitas tersebut dengan masyarakat, tarif yang tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya. Kita sering melupakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh kebutuhan berdasarkan persepsi individu (*perceived need*) itu sendiri (Notoatmodjo, 2012:119). Seseorang akan memenuhi kebutuhan kesehatannya ketika mempunyai persepsi yang benar tentang status kesehatannya atau kesakitannya yang dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap kesehatannya sehingga mempengaruhi kebutuhan yang dirasakan pasien.

Beberapa penelitian terdahulu, menunjukkan bahwa ada hubungan antara *need* dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Menurut Manurung (2008) ada hubungan yang bermakna antara *perceived need*, *evaluated need*, pengetahuan, persepsi, sikap, kepemilikan asuransi dan pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi di Kota Pematang Siantar. Hasil penelitian Ramola (2006) menyatakan bahwa *need* merupakan prediktor terkuat dalam upaya pemanfaatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Bhakti Medan. Zarniyeti (2011) dalam penelitiannya menyatakan bahwa kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan kesehatan mempunyai hubungan yang signifikan dengan tingkat pemanfaatan Posyandu Balita. Hal yang sama juga dibuktikan melalui penelitian

Khaerudin (2012), berdasarkan hasil uji statistik yang telah dilakukan dapat disimpulkan ada hubungan antara persepsi kebutuhan kesehatan ibu hamil (*perceived need*) dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Cijeruk Bogor.

Menurut studi pendahuluan yang dilakukan melalui wawancara dengan Kepala Seksi Kesehatan Keluarga di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, rendahnya pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi dikarenakan lansia tersebut masih belum mengerti dan memahami akan pentingnya manfaat datang ke Posyandu Lansia sebagai tempat untuk memantau dan deteksi dini akan masalah kesehatan yang dihadapinya. Berdasarkan latar belakang diatas perlu dilakukan analisis *need* (kebutuhan) lansia terhadap pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan masalah

Adakah hubungan antara kebutuhan (*need*) lansia dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara kebutuhan (*need*) lansia dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi faktor penilaian individu/*perceived need* (meliputi kerentanan terhadap penyakit/*perceived susceptibility*, keseriusan penyakit/*perceived seriousness*, ancaman yang dirasakan/*perceived threats*, manfaat dan hambatan yang dirasakan/*perceived benefits and barriers*, keputusan memilih tindakan/*cues to action*) pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember

- b. Mengidentifikasi penilaian klinik/*evaluated need* (diagnosa medis) pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
- c. Mengidentifikasi pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
- d. Menganalisis hubungan antara faktor penilaian individu/*perceived need* lansia (meliputi kerentanan terhadap penyakit/*perceived susceptibility*, keseriusan penyakit/*perceived seriousness*, ancaman yang dirasakan/*perceived threats*, manfaat dan hambatan yang dirasakan/*perceived benefits and barriers*, keputusan memilih tindakan/*cues to action*) dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
- e. Menganalisis hubungan antara penilaian klinik/*evaluated need* lansia (diagnosa medis) dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan referensi literatur di dunia akademis terkait dengan faktor yang berhubungan dengan kebutuhan (*need*) lansia terhadap pemanfaatan Posyandu lansia.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada Puskesmas tentang kebutuhan lansia terhadap pemanfaatan Posyandu lansia sehingga dapat memberikan solusi dan promosi kesehatan kepada masyarakat khususnya para lansia mengenai pentingnya memeriksakan kesehatannya ke Posyandu lansia.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lansia

2.1.1 Pengertian

Menurut Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab I pasal 1 ayat 2 dijelaskan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas (Nugroho, 2000:231). Usia lanjut menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1995) adalah tahap masa tua dalam perkembangan individu dengan batas usia 60 tahun keatas. Menurut Notoatmodjo (2012:277) usia lanjut adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade.

Penuaan adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindari, berjalan terus menerus dan berkesinambungan. Selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia pada tubuh sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Kemenkes, 2010:251). Istilah untuk lansia belum ada kata bakunya karena orang mempunyai sebutan yang berbeda-beda. Ada yang menyebut Manusia Usia Lanjut (Manula), Usia Lanjut (Usila), Golongan Lanjut Umur (Glamur) dan masih banyak lagi (Maryam, 2008:159).

2.1.2 Batasan Lansia

- a. Lanjut usia menurut Hardywinoto (1999:197) terdiri dari 3 batasan yaitu:
 1. *Young old* usia antara 70 – 75 tahun
 2. *Old* usia antara 75 – 80 tahun
 3. *Very old* usia di atas 80 tahun
- b. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merumuskan batasan lanjut usia yaitu
 1. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu antara usia 45-59 tahun
 2. Lanjut usia (*elderly*) yaitu antara usia 60-74 tahun
 3. Lanjut usia tua (*old*) yaitu antara 75-90 tahun
 4. Usia sangat tua (*very old*) yaitu di atas usia 90 tahun.

- c. Menurut Kemenkes (2010:253) ada empat batasan usia lanjut, yaitu :
1. Kelompok Pertengahan Umur
Adalah kelompok usia dalam masa virilitas, yaitu masa persiapan usia lanjut, yang menampakkan keperkasaan fisik dan kematangan jiwa (45-54 tahun)
 2. Kelompok Usia Lanjut Dini
Adalah kelompok dalam masa prasenium yang mulai memasuki usia lanjut (55-64 tahun)
 3. Kelompok Usia Lanjut
Adalah kelompok dalam masa senium (65 tahun keatas)

2.1.3 Klasifikasi Lansia

Ada lima klasifikasi Lansia menurut Kemenkes (2010:255), yaitu :

- a. Pralansia (Praseneilis)
Seseorang yang berumur 45-59 tahun
- b. Lansia
Seseorang yang berusia 60 tahun keatas
- c. Lansia resiko tinggi
Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/seseorang yang berusia 60 tahun keatas atau lebih dengan masalah kesehatan
- d. Lansia Potensial
Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa. Menurut Prawiro (2012,89), lansia potensial dapat berupa :
 - 1) Potensi fisik
Kemampuan yang dimiliki oleh lansia potensial untuk melakukan suatu aktifitas fisik, misalnya lansia sehat secara fisik, tidak mengalami kecacatan, mampu bekerja atau beraktifitas yang ditujukan untuk peningkatan kesejahteraan sosial lansia itu sendiri

2) Potensi psikologis

Kemampuan yang dimiliki oleh lansia potensial untuk mengatur pikirannya sehingga lansia tidak mudah mengalami gangguan atau masalah kesehatan psikologis seperti penurunan daya ingat, depresi, kesepian dan kecemasan

3) Potensi sosial-ekonomi

Kemampuan yang dimiliki lansia potensial untuk berinteraksi dengan lingkungan sekitar dan lansia yang mampu secara finansial serta mempersiapkan masa lanjut usia secara baik

2.1.4 Tanda-tanda lanjut usia

Tanda-tanda lanjut usia menurut Depkes RI (2012:216)

a. Kemunduran biologis

1. Kulit mulai mengendur dan pada wajah timbul keriput serta garis-garis yang menetap
2. Rambut mulai beruban dan menjadi putih
3. Gigi mulai ompong
4. Penglihatan dan pendengaran berkurang
5. Mudah lelah, gerakan menjadi lamban dan kurang lincah

b. Kemunduran kemampuan kognitif

1. Suka lupa, ingatan tidak berfungsi dengan baik
2. Ingatan kepada hal-hal dimasa muda lebih baik daripada kepada hal-hal yang baru terjadi, yang pertama dilupakan adalah nama-nama.
3. Orientasi umum dan persepsi terhadap waktu dan ruang serta tempat juga mundur, erat hubungannya dengan daya ingat yang sudah mundur
4. Meskipun telah mempunyai banyak pengalaman, skor yang dicapai dalam tes-tes intelegensi menjadi lebih rendah
5. Tidak mudah menerima hal-hal atau ide baru (Depkes RI, 2012:28)

2.1.5 Penyakit Yang Sering Dijumpai Pada Lansia

Penyakit lanjut usia yang sering ditemukan di Indonesia adalah sebagai berikut:

- a. Penyakit sistem pernapasan
- b. Penyakit kardiovaskuler dan pembuluh darah
- c. Penyakit saluran pencernaan
- d. Penyakit sistem urogenital
- e. Penyakit gangguan metabolik/endokrin
- f. Penyakit persendian tulang
- g. Penyakit yang disebabkan proses keganasan (Depkes RI, 2012:31)

2.1.6 Teori tentang Usia Lanjut

- a. Teori pengunduran diri (*disengagement*)

Teori ini dikemukakan oleh Cumming dan Henry tahun 1961. Teori ini berpendapat bahwa semakin tinggi usia manusia akan diikuti secara berangsur-angsur dengan semakin mundurnya interaksi sosial, fisik dan emosi dalam kehidupan dunia. Ditandai dengan menarik diri yang dilakukan oleh lansia dalam masyarakat. Menurut pandangan ini, menarik dirinya para lansia adalah normal karena lansia berfikir mereka tidak dapat lagi memenuhi tuntutan masyarakat.

Demikian juga dengan masyarakat mendapat keuntungan dari pengunduran diri orang tua, sehingga orang muda dengan energi baru dapat mengisi ruang baru yang ditinggalkan orang tua. Terjadi proses saling menarik diri atau pelepasan diri karena kesadaran akan berkurangnya kemampuan fisik maupun mental yang dialami yang membawanya kepada kondisi berangsur-angsur dalam ketergantungan, baik secara fisik maupun mental. Sebaliknya masyarakat mengundurkan diri karena ia memerlukan orang yang lebih muda yang lebih mandiri untuk mengganti bekas jejak orang yang lebih tua.

- b. Teori aktifitas (*activity theory*)

Teori ini bertolak belakang dengan teori pertama. Dikemukakan oleh Neugarten dan teman-teman yang menyatakan bahwa agar lanjut usia berhasil, maka lansia harus tetap seaktif mungkin, semakin tua seseorang akan semakin

memelihara hubungan sosial baik fisik maupun emosionalnya. Kepuasan dalam hidup usia lanjut sangat tergantung keterlibatannya dalam berbagai kegiatan. Teori ini sangat mendukung para lansia dapat aktif dalam berbagai kegiatan, bekerja dan sebagainya. Orang tua akan puas jika mereka dilibatkan dalam berbagai kegiatan.

c. Teori kontinuitas (*continuity theory*)

Dikemukakan oleh pakar gerontologi yakni Robert Atchley (1989) dalam Sunaryo (2015:79), teori ini menekankan bahwa orang memerlukan tetap memelihara satu hubungan antara masa lalu dan masa kini. Aktifitas penting bukan hanya demi diri sendiri tapi demi yang lebih luas untuk representasi yang berkesinambungan dari satu gaya hidup. Orang tua yang selalu aktif dan terlibat akan membuat mereka menjadi bahagia akan pekerjaan atau waktu luang yang sama dengan apa yang dinikmati di masa lalu sebelum mereka pensiun.

2.1.7 Upaya Pelayanan Kesehatan Lansia

Upaya kesehatan usia lanjut adalah upaya kesehatan paripurna di bidang kesehatan usia lanjut, yang dilaksanakan di tingkat Puskesmas serta diselenggarakan secara khusus maupun umum yang terintegrasi dengan kegiatan pokok Puskesmas lainnya. Upaya tersebut dilaksanakan oleh petugas kesehatan dengan dukungan peran serta masyarakat baik di dalam gedung maupun di luar gedung Puskesmas (Kemenkes RI, 2010:110). Adapun kegiatan Usila yaitu berupa :

a. Pelayanan promotif

Upaya promotif bertujuan untuk membantu orang-orang merubah gaya hidup mereka dan bergerak ke arah keadaan kesehatan yang optimal serta mendukung pemberdayaan seseorang untuk membuat pilihan yang sehat tentang perilaku mereka dan secara tidak langsung merupakan tindakan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah penyakit

b. Pelayanan preventif

Mencakup pelayanan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer meliputi pencegahan pada lansia sehat, terdapat faktor resiko, tidak ada penyakit dan promosi kesehatan. Pencegahan sekunder meliputi pemeriksaan terhadap penderita tanpa gejala, dari awal penyakit hingga terjadi penyakit belum tampak klinis dan mengidap faktor resiko. Pencegahan tersier dilakukan sesudah terdapat gejala penyakit dan cacat, mencegah cacat bertambah dan ketergantungan serta perawatan bertahap.

c. Pelayanan rehabilitatif

Pelayanan rehabilitatif berupa upaya pengobatan bagi lansia yang sudah menderita penyakit agar mengembalikan fungsi organ yang sudah menurun.

2.1.8 Pembinaan Kesehatan Lansia

Masa lansia merupakan masa persiapan diri untuk mencapai usia lanjut yang sehat, aktif dan produktif karena pada masa ini merupakan masa terjadinya perubahan diri seperti terjadinya menopause, puncak karir, masa menjelang pensiun dan rasa kehilangan (kedudukan, kekuasaan, teman, anggota keluarga, pendapatan). Dalam keluarga lansia merupakan sasaran perhatian dan merupakan figur tersendiri dalam kaitannya dengan sosial budaya bangsa, pengetahuan dan kearifannya dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu kehidupan masyarakat.

2.1.9 Tujuan dan Sasaran Pembinaan

Meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan lanjut usia untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan keberadaannya (Kemenkes RI, 2010:117). Sasaran pembinaan lansia :

a. Sasaran langsung

Sasaran langsung dari pembinaan lansia adalah kelompok pra lansia dan lansia yang akan dibina

b. Sasaran tidak langsung

Sasaran tidak langsung pembinaan adalah ditujukan kepada keluarga dimana lansia tinggal, masyarakat di lingkungan lansia, organisasi sosial yang bergerak

dalam pembinaan lansia, petugas kesehatan yang melayani lansia dan masyarakat luas.

2.1.10 Model pembinaan

Menurut Kemenkes RI (2010:119), model dalam melakukan pembinaan terhadap lansia yaitu dengan menggunakan manajemen ARRIF yaitu yang merupakan salah satu manajemen peran serta masyarakat dan telah dilaksanakan di berbagai daerah untuk melakukan pembinaan terhadap berbagai bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM). Adapun ARRIF tersebut yaitu :

a. Analisis

Analisis dilakukan dengan cara menganalisis situasi, analisis tingkat perkembangan, analisis kasus dan analisis sumber daya (tenaga, dana dan alat)

b. Rumusan

Rumusan terdiri atas tiga hal, yang pertama yaitu masalah keterjangkauan dan tingkat perkembangan, kedua tujuan untuk mengatasi keterjangkauan dan tingkat perkembangan dan yang ketiga adalah intervensi yaitu untuk mengatasi masalah

c. Rencana kegiatan

Merencanakan kegiatan untuk mengatasi masalah dengan memanfaatkan potensi yang tersedia

d. Intervensi

Melakukan langkah-langkah penyelesaian sesuai yang telah direncanakan

e. Forum komunikasi

Melakukan kegiatan pertemuan-pertemuan untuk membahas hasil kegiatan intervensi dan merencanakan tindak lanjut

2.1.11 Kebijakan dan Strategi Pembinaan Lanjut Usia di Masa Depan

Kantor Menteri Negara Kependudukan BKKBN *United Nations Population Found* (UNFPA) pernah merumuskan berbagai rencana aksi nasional tentang berbagai kebijakan dan strategi yang sampai saat ini menjadi acuan dan relevan untuk ditindak lanjuti (1999) sebagai berikut :

a. Kebijakan

Kebijakan tentang penduduk lansia harus didasarkan pada pendekatan berbasis masyarakat dan keluarga (*family and community based approach*). Dalam pendekatan ini berbagai kebijakan yang diterapkan harus memberi ruang yang cukup bagi keterlibatan masyarakat secara aktif baik dari awal perencanaan, proses pelaksanaan maupun tahap evaluasi. Pemerintah berfungsi sebagai pengarah, fasilitator dan penciptaan iklim serta dukungan yang memungkinkan keterlibatan masyarakat mengarah pada tujuan yang diharapkan dengan terciptanya penguatan masyarakat (*community empowering*) dengan memperhatikan beberapa hal sebagai berikut :

- 1) Kebijaksanaan tentang penduduk lansia diselenggarakan dan menjadi tanggung jawab pemerintah dan masyarakat terutama dalam lingkungan keluarga
- 2) Kebijaksanaan tersebut dilaksanakan secara multi disiplin dalam keterpaduan antar profesi, lintas sektoral maupun lintas program yang dilakukan secara komprehensif
- 3) Posisi penduduk lansia lebih ditekankan sebagai subyek atau pelaku pembangunan daripada semata-mata sebagai obyek pembangunan

Kebijakan tentang penduduk lansia juga dilakukan dengan menggunakan pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*), artinya bahwa keberadaan lansia saat ini perlu dikaitkan dengan siklus hidup sebelum dan sesudahnya, termasuk mempersiapkan penduduk dewasa yang akan memasuki masa lansia atau pra lansia.

b. Strategi

- 1) Memperkuat kelembagaan lansia

Kebijakan dan program lansia dapat dilaksanakan secara efektif jika didukung oleh kelembagaan yang kuat. Oleh karena itu diperlukan upaya memperkuat kelembagaan yang menangani lansia baik yang dikelola oleh pemerintah maupun masyarakat (LSM) maupun kerjasama antara pemerintah dan masyarakat baik dilakukan di tingkat nasional sampai ke

tingkat desa, maka perlu persamaan persepsi terhadap kebijakan dan program yang berkaitan dengan penduduk lansia dengan baik

2) Memperkuat koordinasi antar institusi terkait

Kebijakan dan program yang bersifat multi disiplin dan multi sektor mensyaratkan perlunya koordinasi terkait baik secara vertikal maupun horizontal

3) Memperkuat penanganan terhadap lansia terlantar dan bermasalah

Masalah yang paling mendesak pada penduduk lansia yaitu adanya lansia yang terlantar dan yang bermasalah dan perlu diantisipasi dengan baik agar tidak terjadi peningkatan di masa yang akan datang

4) Memelihara dan memperkuat dukungan keluarga dan masyarakat terhadap kehidupan lansia

Peran keluarga dalam mendukung kehidupan lansia amat besar karena sebagian besar lansia tinggal bersama keluarga mereka dan bahkan juga masih berstatus sebagai kepala rumah tangga. Data SUPAS 1995 menunjukkan sekitar separuh lebih (75%) lansia berstatus sebagai kepala rumah tangga. Adanya kecenderungan perubahan status ekonomi dan nilai dalam keluarga serta keluarnya dari penduduk muda merupakan hal yang dapat melemahkan dukungan keluarga terhadap penduduk lansia padahal dukungan keluarga merupakan hal yang penting dalam mewujudkan lansia yang sejahtera lahir dan batin. Dukungan lahir bisa dipenuhi siapa saja namun kebutuhan emosi dan batin lansia memerlukan keterlibatan keluarga mereka secara intensif dan bahkan memperkuat hubungan antar generasi

5) Memantapkan upaya pelayanan kesehatan bagi lansia

Masalah utama yang dihadapi lansia adalah masalah kesehatan. Makin tua seseorang maka makin lemah pula kondisi fisiknya dan masalah penyakit-penyakit yang berkaitan dengan penuaan seseorang (*geriatri*) seperti hipertensi, jantung, osteoporosis, diabetes melitus dan sebagainya yang memerlukan penanganan. Evaluasi perlu dilakukan apakah fasilitas kesehatan di Puskesmas yang ada telah mampu menangani masalah kesehatan pada lansia tersebut dan merupakan upaya dalam pemantapan

pelayanan kesehatan bagi lansia dan perlu mendapat perhatian serius dan bisa menjadi strategi dalam peningkatan kesejahteraan lansia melalui upaya promotif dan preventif sesuai dengan paradigma sehat

- 6) Meningkatkan kualitas hidup lansia baik dari aspek ekonomi, mental, keagamaan, aktualisasi dan kualitas diri lansia

Dua persoalan utama yang dialami negara berkembang termasuk Indonesia yaitu persoalan kesehatan dan persoalan kemiskinan. Kemiskinan yang dihadapi para lansia selalu berkaitan dengan kesempatan kerja dan kualitas lansia itu sendiri. Oleh karena itu perlu kiranya dirumuskan strategi yang mengarah pada peningkatan kualitas hidup lansia baik dari segi ekonomi, mental, keagamaan maupun peningkatan pendidikan dan keterampilan

- 7) Meningkatkan upaya penyediaan sarana dan fasilitas khusus bagi lansia

Fisik yang makin melemah pada lansia memiliki karakteristik yang khusus dibandingkan penduduk dewasa dan remaja. Lemahnya fisik tersebut membuat para lansia tidak dapat leluasa menggunakan berbagai fasilitas sarana dan prasarana sosial yang ada. Oleh karena itu perlu dibuat sarana dan prasarana khusus yang dapat memudahkan para lansia untuk melakukan aktifitasnya. Disamping sebagai kebutuhan bagi lansia, fasilitas tersebut dapat diartikan sebagai bentuk penghormatan kepada generasi tua yang banyak berkorban di masa mudanya

2.2 Pos Pelayanan Terpadu Lanjut Usia (Posyandu Lansia)

2.2.1 Pengertian

Posyandu Lansia adalah Pos Pelayanan Terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu, yang sudah disepakati dan digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan dan merupakan kebijakan pemerintah untuk pengembangan pelayanan kesehatan bagi lansia yang penyelenggaraannya melalui program Puskesmas dengan melibatkan peran serta lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial (Kemenkes, 2010:263). Menurut Komisi Nasional Lansia (Komnas Lansia, 2010:56) dalam buku pedoman pelaksanaan Posyandu Lansia, Posyandu Lansia adalah suatu

wadah pelayanan kepada lanjut usia di masyarakat yang proses pembentukan dan pelaksanaannya dilakukan oleh masyarakat bersama Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), lintas sektor pemerintah, swasta, organisasi sosial dengan menitikberatkan pelayanan kesehatan pada upaya promotif dan preventif.

2.2.2 Tujuan Posyandu Lansia

Meningkatkan kemudahan bagi para lansia untuk mendapatkan berbagai pelayanan, baik pelayanan kesehatan maupun pelayanan lainnya yang dilaksanakan oleh berbagai unsur terkait (Komnas Lansia, 2010:58). Adapun secara garis besar tujuan pembentukan Posyandu Lansia menurut Kemenkes (2010:264) meliputi :

- a. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, sehingga terbentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lansia
- b. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat lansia

2.2.3 Manfaat Posyandu Lansia

Secara umum Posyandu Lansia mempunyai beberapa manfaat yaitu :

- a. Meningkatkan status kesehatan lansia
- b. Meningkatkan kemandirian pada lansia
- c. Memperlambat proses penuaan
- d. Deteksi dini gangguan kesehatan pada lansia
- e. Meningkatkan usia harapan hidup lansia (Depkes RI, 2012:48)

2.2.4 Sasaran Posyandu Lansia

Sasaran Posyandu Lansia menurut Depkes RI (2102:48) terdiri dari sasaran langsung dan tidak langsung. Adapun sasaran yang dimaksud adalah :

- a. Sasaran langsung
 1. Kelompok pra lanjut usia umur 45-54 tahun
 2. Kelompok lanjut usia umur 60-69 tahun

3. Kelompok lanjut usia dengan resiko tinggi umur 70 tahun keatas
- b. Sasaran tidak langsung
 1. Keluarga dimana lansia berada
 2. Masyarakat di lingkungan lansia
 3. Organisasi sosial yang peduli terhadap pembinaan kesehatan lanjut usia
 4. Petugas kesehatan yang melayani kesehatan lansia

2.2.5 Kegiatan Posyandu Lansia

Kegiatan Posyandu Lansia meliputi kegiatan pelayanan kesehatan dan kegiatan lainnya yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan mengatasi permasalahan lansia dalam hal biopsikososial dan ekonomi lansia. Kegiatan pemeriksaan dan pelayan kesehatan fisik dan mental emosional dicatat dan dipantau dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) Lansia untuk mengetahui lebih awal/deteksi dini penyakit atau ancaman kesehatan yang dihadapi lansia tersebut. Adapun jenis kegiatannya menurut Kemenkes (2010:264) meliputi :

- a. Pemeriksaan aktifitas kegiatan sehari-hari, meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan seperti makan, minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar/kecil dan sebagainya
- b. Pemeriksaan status mental emosional dengan menggunakan pedoman metode 2 menit (lihat KMS Lansia)
- c. Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan hasilnya dicatat pada grafik Indeks Masa Tubuh (IMT)
- d. Pengukuran tekanan darah menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit
- e. Pemeriksaan Hemoglobin dengan menggunakan *Talquist*, *Sahli* atau *Cuprisulfat*
- f. Pemeriksaan adanya gula darah dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit gula (*Diabetes Melitus*)
- g. Pemeriksaan adanya zat putih telur (protein) dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal

- h. Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas bilamana ada keluhan atau ditemukan kelainan pada pemeriksaan butir satu sampai tujuh diatas
- i. Penyuluhan bisa dilakukan di dalam maupun di luar kelompok dalam rangka kunjungan rumah dan konseling kesehatan dan gisi sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu dan atau kelompok lanjut usia
- j. Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas bagi anggota kelompok lanjut usia yang tidak datang, dalam rangka kegiatan perawatan kesehatan masyarakat (*Public Health Nursing*)

2.2.6 Sarana dan Prasarana

Untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan Posyandu Lansia maka dibutuhkan sarana dan prasarana penunjang meliputi :

- a. Tempat kegiatan berlangsung, gedung, ruangan atau tempat terbuka
- b. Meja dan kursi
- c. Alat tulis
- d. Buku register bantu
- e. Kit lanjut usia terdiri dari timbangan dewasa, meteran, stetoskop, tensimeter dan thermometer
- f. KMS Lansia
- g. Buku Pedoman Pemeliharaan Kesehatan (BPPK) Lanjut Usia (Kemenkes, 2010:267)

2.2.7 Pelaksana Kegiatan Posyandu

Tenaga pelaksana Posyandu Lansia adalah kader dan tenaga kesehatan. Kader adalah orang dewasa, baik pria maupun wanita yang dipandang sebagai orang yang memiliki kelebihan di masyarakatnya, dapat berupa keberhasilan dalam kegiatan, keluwesan dalam hubungan kemanusiaan, status sosial ekonomi dan lain sebagainya (Kemenkes, 2010:267)

2.2.8 Mekanisme Pelaksanaan Kegiatan

Untuk memberikan pelayanan kesehatan yang prima terhadap lanjut usia di kelompok, mekanisme pelaksanaan kegiatan yang sebaiknya digunakan adalah sistem lima tahapan (5 meja), meliputi :

- a. Tahap pertama : pendaftaran anggota kelompok lanjut usia sebagai pelaksanaan pelayanan
- b. Tahap kedua : pengukuran tekanan darah, pemeriksaan kesehatan dan pemeriksaan status mental
- c. Tahap keempat : pemeriksaan air seni dan kadar darah (laboratorium sederhana)
- d. Tahap kelima : pemberian penyuluhan dan konseling (Kemenkes, 2010:168)

2.2.9 Klasifikasi Posyandu Lansia

Penentuan klasifikasi Posyandu Lansia didasarkan indikator terendah yang terdiri dari Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri menurut Kemenkes (2010:169) sebagai berikut :

- a. Posyandu Lansia Pratama adalah kelompok yang belum mantap, kegiatan terbatas dan tidak rutin setiap bulan dengan frekwensi kurang dari delapan kali setahun. Jumlah kader aktif terbatas serta masih memerlukan dukungan dana pemerintah
- b. Posyandu Lansia Madya adalah kelompok yang telah berkembang dan melaksanakan kegiatan hampir setiap bulan (paling sedikit delapan kali setahun), jumlah kader aktif lebih dari tiga dengan cakupan program 50% serta masih memerlukan dukungan dana pemerintah
- c. Posyandu Lansia Purnama adalah kelompok yang sudah mantap dan melaksanakan kegiatan secara lengkap paling sedikit sepuluh kali dalam setahun, dengan beberapa kegiatan tambahan diluar kesehatan dan cakupan program yang lebih tinggi yaitu 68%
- d. Posyandu Lansia Mandiri adalah kelompok seperti Purnama dengan tambahan kegiatan yang beragam dan telah mampu membiayai kegiatannya dengan dana sendiri

2.2.10 Lokasi Posyandu Lansia

Syarat lokasi/letak yang harus dipenuhi menurut Effendi (1998:98) meliputi :

- a. Berada di tempat yang mudah didatangi oleh masyarakat
- b. Ditentukan oleh masyarakat itu sendiri
- c. Dapat merupakan lokal tersendiri
- d. Bila tidak memungkinkan dapat dilaksanakan di rumah penduduk, balai rakyat, pos RT/RW atau pos lainnya

2.3 Kebutuhan (*Need*) Terhadap Pelayanan Kesehatan

Kebutuhan (*need*) seseorang terhadap pelayanan kesehatan adalah sesuatu yang subyektif, karena merupakan wujud dari masalah-masalah kesehatan yang ada di masyarakat yang tercermin dari gambaran pola penyakit. Dengan demikian, untuk menentukan perkembangan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan dapat mengacu pada perkembangan pola penyakit di masyarakat. Rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit, Polindes, Posyandu, dan lain sebagainya seringkali kesalahan atau penyebabnya dilemparkan kepada faktor jarak antara fasilitas tersebut dengan masyarakat yang terlalu jauh (baik secara fisik maupun sosial), tarif yang tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya. Kita sering sekali melupakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh kebutuhan berdasarkan faktor persepsi (*perceived need*) atau konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit (Notoatmodjo, 2012:119).

Pelayanan kesehatan didirikan berdasarkan asumsi bahwa masyarakat membutuhkannya. Namun kenyataannya masyarakat baru mau mencari pengobatan atau pelayanan kesehatan setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa. Hal ini bukan berarti mereka harus mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan modern (Puskesmas dan sebagainya) tetapi juga ke fasilitas pengobatan tradisional (dukun dan sebagainya) yang kadang-kadang menjadi pilihan masyarakat yang pertama (Depkes RI, 2004:48).

Menurut Andersen et al (1974) dalam Muzaham (2010:117) membagi faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi tiga :

a. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda, yang disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok yaitu :

1. Ciri-ciri demografi, seperti umur, jenis kelamin, dan status perkawinan
2. Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama dan sebagainya
3. Manfaat kesehatan, seperti keyakinan penyembuhan penyakit

b. Karakteristik kemampuan (*Enabling*)

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan, yang dibagi dalam dua golongan yaitu :

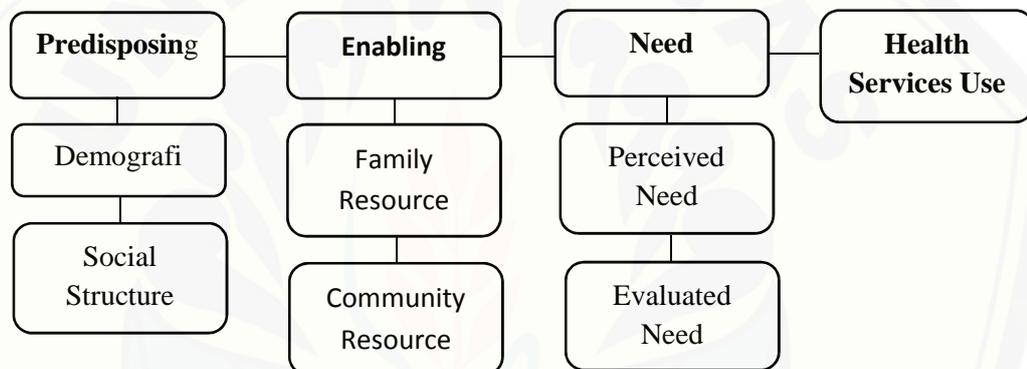
1. Sumber daya keluarga, seperti penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan
2. Sumber daya masyarakat, seperti jumlah sarana pelayanan kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan dan lokasi pemukiman penduduk. Menurut Anderson, semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah

c. Karakteristik kebutuhan (*need*)

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Anderson menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan. Menurut Andersen variabel *need* memberi kontribusi sekitar 43% dan merupakan faktor terkuat dalam mempengaruhi pemanfaatan pelayanan

kesehatan. Ia bahkan mengategorikan kebutuhan (*need*) dalam dua hal berdasarkan kesakitan yang terjadi, yaitu:

1. Penilaian Individu (*Perceived Need*), merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan oleh individu, yang merupakan manifestasi dari besarnya rasa ketakutan akan penyakitnya dan hebatnya rasa sakit yang dideritanya
2. Penilaian Klinik (*Evaluated Need*), merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, yang tercermin antara lain dari hasil Pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter



Gambar 2.1 Model Pemanfaatan Kesehatan *The Behavioral of Health Service Use* (Sarafino, 2006:107)

Sedangkan menurut model “Kepercayaan Kesehatan” (*Health Believe Model*) Rosenstock (1982) dalam Sarafino (2006:107), mempercayai bahwa perilaku individu ditentukan oleh motif dan kepercayaannya tanpa memperdulikan apakah motif dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau pandangan orang lain tentang apa yang baik untuk individu tersebut. Model kepercayaan ini mencakup lima unsur utama, yaitu :

- a. *Perceived Susceptibility*/Kerentanan terhadap Penyakit

Keyakinan individu terhadap kerentanan dirinya terhadap komplikasi penyakit. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir bahwa ia akan

mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka. Tiap individu memiliki persepsi yang beragam mengenai kemungkinan dirinya mengalami suatu kondisi yang dapat memperburuk kesehatan. Secara statistik, mereka yang tergolong ekstrim rendah dari *Perceived Susceptibility* menyangkal bahwa dirinya beresiko untuk terkena penyakit. Mereka yang berada dalam kategori sedang mengetahui bahwa ada kemungkinan bagi mereka untuk terkena penyakit. Lebih lanjut, orang-orang yang tergolong ekstrim tinggi *Perceived Susceptibility* merasa adanya ancaman yang nyata bahwa mereka terserang penyakit. Menurut Notoatmodjo (2010:77), bahwa resiko atau kerentanan seseorang merupakan salah satu persepsi yang kuat dalam mendorong orang untuk berperilaku sehat termasuk mendatangi pelayanan kesehatan. Persepsi seseorang tentang kerentanan penyakit atau gejalanya dapat bertambah parah sehingga butuh tindakan pengobatan.

b. *Perceived Seriousness*/Keseriusan Penyakit

Keyakinan yang dimiliki seseorang dengan perasaan akan berat ringannya penyakit yang dapat mempengaruhi keadaan kesehatannya/berat ringannya penyakit yang diderita. Keyakinan ini berkaitan dengan tingkat keseriusan penyakit yang dipersepsikan individu apakah ia akan mengembangkan masalah kesehatan atau membiarkan penyakitnya tidak ditangani. Seseorang mengevaluasi seberapa besar konsekuensi yang ditimbulkan dari penyakit tersebut baik dari konsekuensi medis seperti kematian, cacat dan rasa sakit maupun konsekuensi sosial, seperti efeknya terhadap pekerjaan, kehidupan keluarga dan hubungan sosial. Penting untuk memperhitungkan faktor emosional dan finansial ketika mempertimbangkan tingkat keseriusan penyakit. Menurut Notoatmodjo (2010:77), bahwa tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit terhadap individu tersebut. Persepsi seseorang tentang penyakit dan gejala penyakit dapat berdampak buruk terhadap dirinya sehingga dibutuhkan tindakan pengobatan.

c. *Perceived Threats/Ancaman dari Penyakit*

Makin besar resiko suatu penyakit dan makin besar kemungkinannya bahwa individu itu terserang penyakit tersebut, maka makin dirasakan besar ancamannya. Ancaman ini mendorong individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau penyembuhan penyakit.

d. *Perceived Benefits and Barriers/Manfaat dan Hambatan yang Dirasakan*

Tindakan pencegahan atau pengobatan terhadap penyakit tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan yang ditemukan dalam pengambilan tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Tetapi terkadang ancaman yang terlalu besar malah menimbulkan rasa takut yang justru dapat menghambatnya untuk melakukan tindakan. Menurut Notoatmodjo (2010:78), seseorang akan mengambil tindakan ke pelayanan kesehatan berdasarkan persepsi manfaat yang didapat baik dalam bentuk besar maupun kecil, apabila lansia merasa pada saat sakit dengan dibiarkan saja sudah dapat menyembuhkan penyakitnya maka pencarian pengobatan ke pelayanan kesehatan kurang dirasa memberikan banyak keuntungan atau manfaat. Demikian pula dengan hambatan, individu menilai seberapa besar hambatan yang akan ditemui apabila melakukan suatu tindakan. Pada umumnya manfaat dari tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan suatu tindakan tersebut.

e. *Cues to Action/ Keputusan Memilih Tindakan*

Guna mengurangi ancaman tersebut ditawarkanlah suatu alternatif tindakan oleh petugas kesehatan. Individu akan mempertimbangkan apakah alternatif tindakan itu memang dapat mengurangi ancaman penyakit dan akibatnya yang merugikan. Namun sebaliknya, konsekuensi negatif dari tindakan yang dianjurkan itu seringkali menimbulkan keinginan individu untuk justru menghindari alternatif yang dianjurkan petugas dan memilih alternatif lainnya. Memutuskan untuk menerima atau menolak tindakan yang telah dianjurkan oleh tenaga kesehatan. Faktor ini bisa datang dari dalam diri individu atau dari

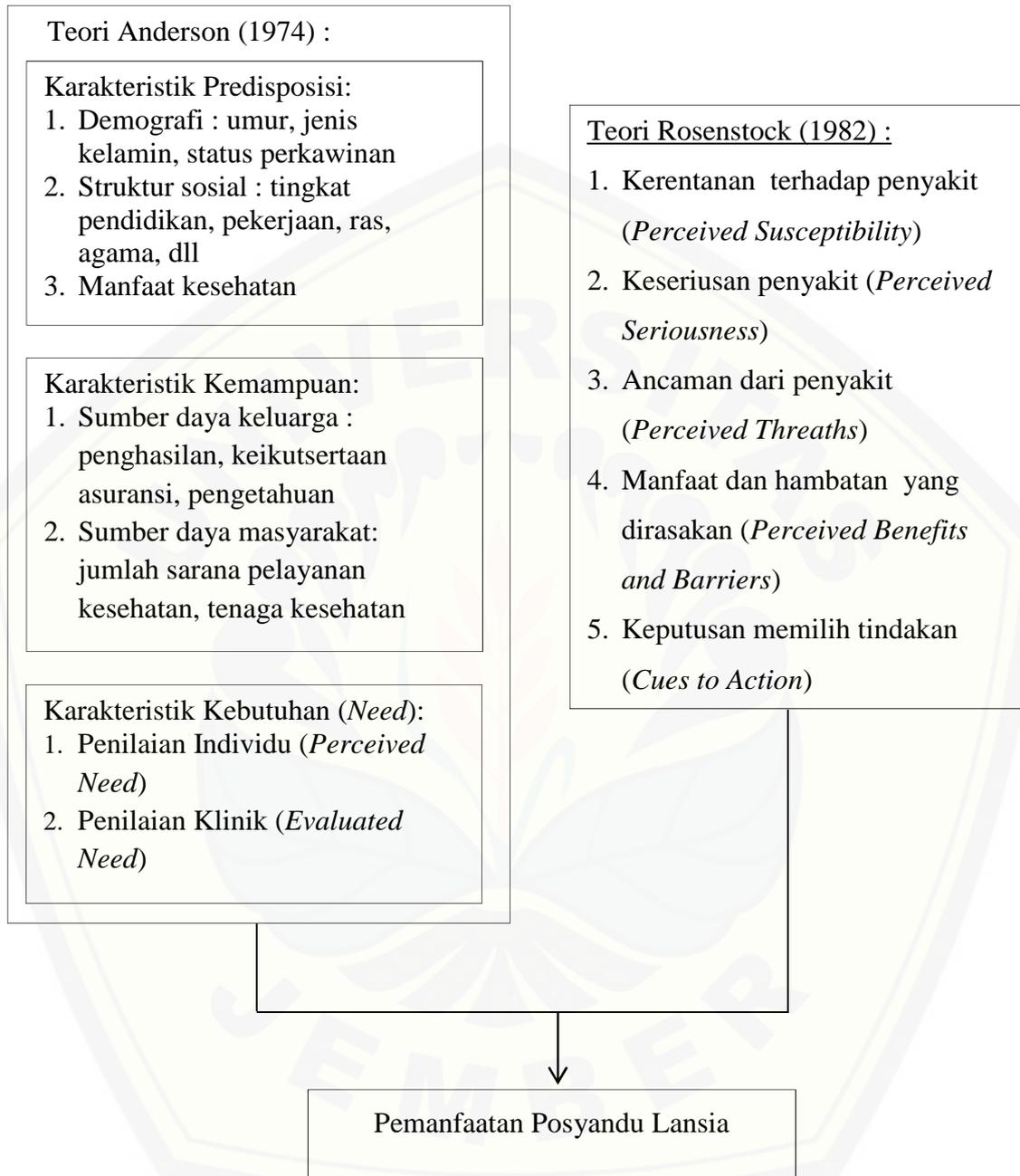
luar individu. Menurut Rosenstock (1982) dalam Alhamda (2015:80), bahwa kombinasi dari persepsi keseriusan (*perceived seriousness*) dan persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) membentuk persepsi ancaman (*perceived threats*) yang menentukan seseorang untuk melakukan perilaku kesehatan.

Faktor *Health Believe Model* (HBM) berbasis kognitif seperti kepercayaan dan sikap, berkaitan dengan proses berfikir yang terlibat dalam pengambilan keputusan individu dalam menentukan cara sehat individu. Dalam kajian psikologi kesehatan, persepsi individu dalam melakukan atau memilih perilaku sehat dikaji dalam teori *Health Belief Model*. *Health Belief Model* adalah model kepercayaan kesehatan individu dalam menentukan sikap melakukan atau tidak melakukan perilaku kesehatan (Conner, 2005:110). Teori *Health Belief Model* menghipotesiskan terdapat hubungan aksi dengan faktor berikut :

1. Motivasi yang cukup kuat untuk mencapai kondisi yang sehat
2. Kepercayaan bahwa seseorang dapat menderita penyakit serius
3. Kepercayaan bahwa terdapat usaha untuk menghindari penyakit tersebut walaupun hal tersebut berhubungan dengan finansial

Health Belief Model juga dapat menjelaskan tentang perilaku pencegahan pada individu. Hal ini menjelaskan mengapa terdapat individu yang mau mengambil tindakan pencegahan, mengikuti skrinning, dan mengontrol penyakit yang ada. Dari pengertian-pengertian mengenai *Health Belief Model* adalah model yang menspesifikasikan bagaimana individu secara kognitif menunjukkan perilaku sehat maupun usaha untuk menuju sehat atau penyembuhan suatu penyakit. Health belief model ini didasari oleh keyakinan atau kepercayaan individu tentang perilaku sehat maupun pengobatan tertentu yang bisa membuat diri individu tersebut sehat ataupun sembuh dari sakit yang dialaminya

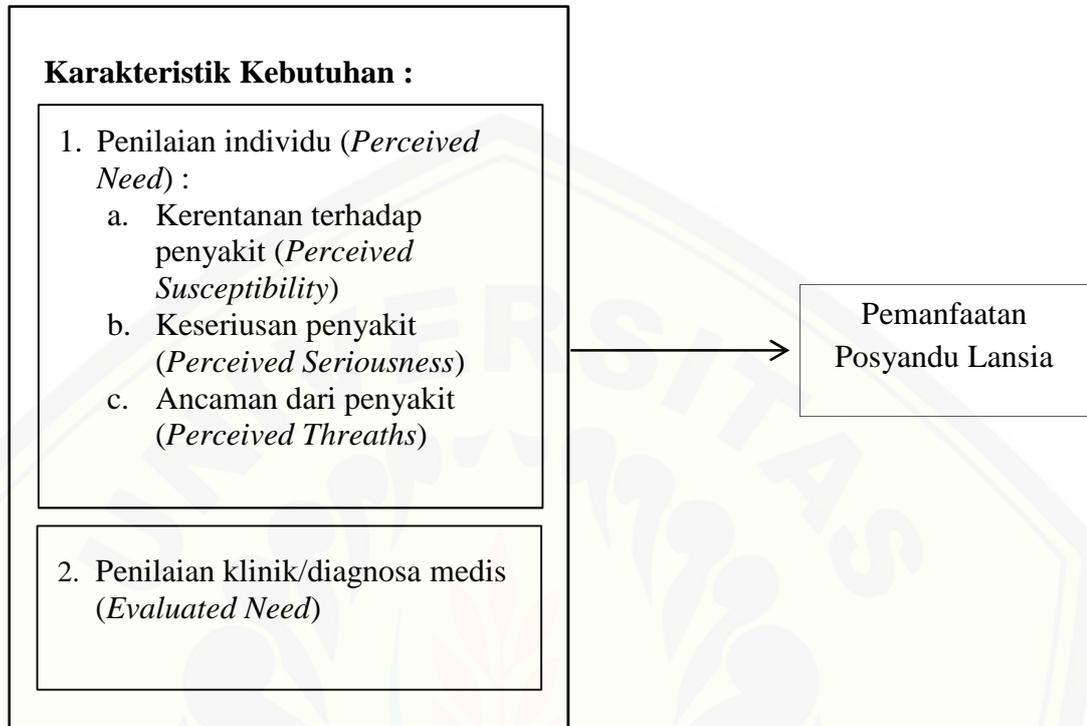
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Modifikasi Teori Anderson (1974), Teori Rosenstock (*Health Believe Model*)
Rosenstock (1982)

2.5 Kerangka Konsep



Keterangan :

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.3 Kerangka Konseptual Penelitian

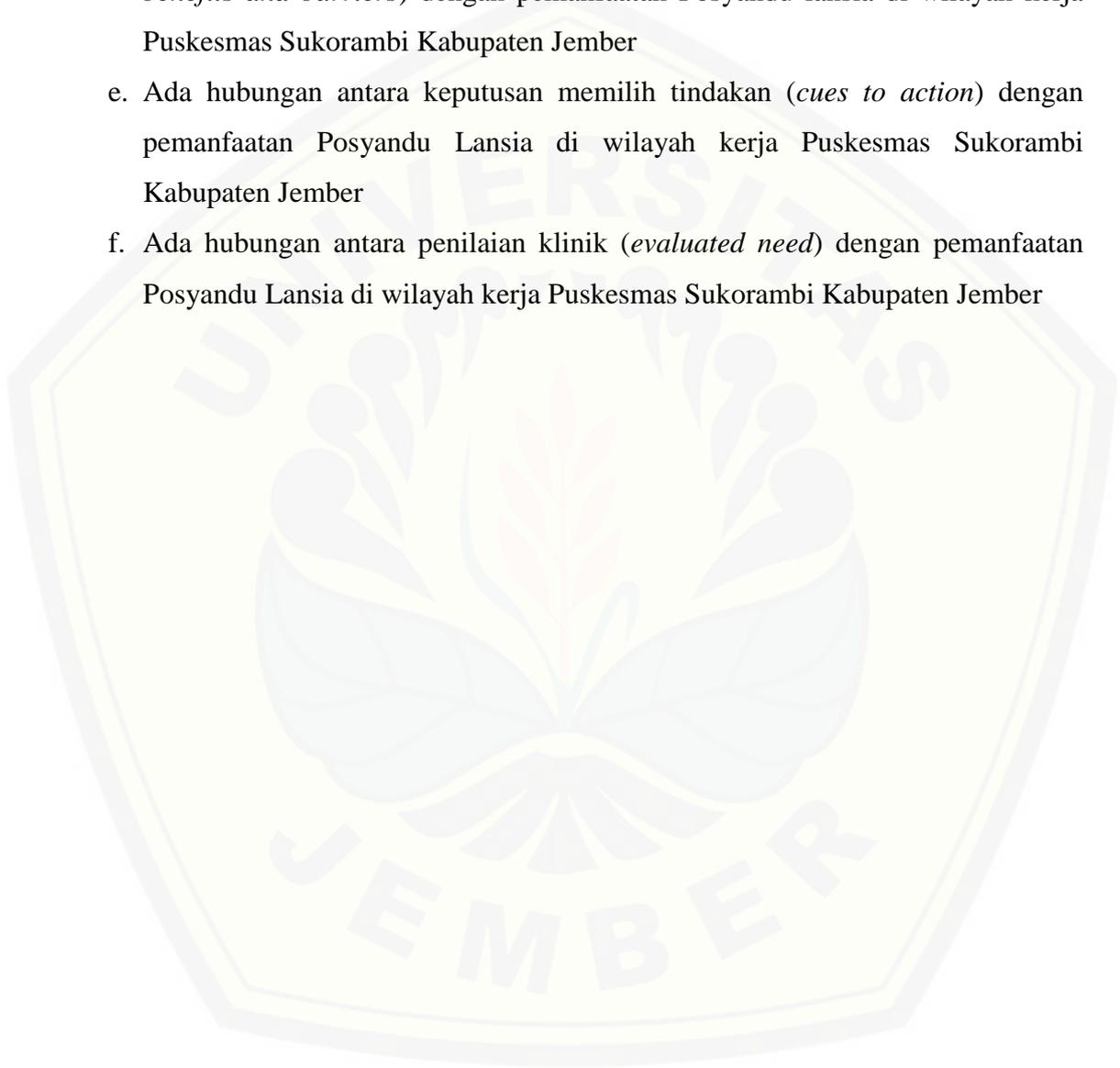
Kerangka konseptual penelitian ini menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi lansia terhadap pemanfaatan Posyandu lansia menurut Andersen (1974) dipengaruhi oleh 3 hal yaitu karakteristik predisposisi (*predisposing*) meliputi data demografi, struktur sosial, dan manfaat kesehatan, karakteristik kemampuan (*enabling*) meliputi sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat, karakteristik kebutuhan (*need*) meliputi penilaian individu (*perceived need*) dan penilaian klinik (*evaluated need*). Tetapi pada penelitian ini karakteristik predisposisi (*predisposing*) dan karakteristik kemampuan (*enabling*) tidak diteliti, variabel yang diteliti yaitu karakteristik kebutuhan (*need*) saja karena berdasarkan studi pendahuluan rendahnya pemanfaatan lebih disebabkan oleh keyakinan dan pemahaman lansia yang kurang akan pentingnya Posyandu lansia. Sedangkan menurut teori kepercayaan kesehatan (*Health Believe Model*) dari Rosenstock (1982), seorang individu mempunyai keyakinan/persepsi untuk melakukan suatu tindakan dipengaruhi oleh lima unsur utama yaitu kerentanan terhadap penyakit (*perceived susceptibility*), keseriusan penyakit (*perceived seriousness*), ancaman dari penyakit (*perceived threats*), manfaat dan hambatan yang dirasakan (*perceived benefits and barriers*) dan keputusan memilih tindakan (*cues to action*). Kelima unsur ini yang menjadi komponen pada penilaian individu (*perceived need*) pada karakteristik kebutuhan (*need*).

2.6 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian (Sugiyono, 2010:64). Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- a. Ada hubungan antara kerentanan terhadap penyakit (*perceived susceptibility*) dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
- b. Ada hubungan antara keseriusan penyakit (*perceived seriousness*) dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember

- c. Ada hubungan antara ancaman dari penyakit (*perceived threats*) dengan pemanfaatan Posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
- d. Ada hubungan antara manfaat dan hambatan yang dirasakan (*perceived benefits and barriers*) dengan pemanfaatan Posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
- e. Ada hubungan antara keputusan memilih tindakan (*cues to action*) dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
- f. Ada hubungan antara penilaian klinik (*evaluated need*) dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik. Berdasarkan waktu penelitiannya, penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*. Rancangan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan (Notoadmodjo, 2010:26).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di lima desa di Kecamatan Sukorambi yaitu Desa Sukorambi, Dukuh Mencek, Jubung, Karangpring, Klungkung

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari-Maret 2017. Kegiatan ini dimulai dengan penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, sampai penyusunan laporan.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoadmodjo, 2010:115). Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah lansia yang ada di lima desa di Kecamatan Sukorambi yaitu sebanyak 12.301 orang.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2010:115). Penentuan besar sampel dilakukan dengan menggunakan rumus Lameshow berikut ini:

$$n = \frac{N \cdot Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

$$\frac{12301 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{0,1^2(12301 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}$$

$$n = 95,4 \quad n = 96$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

p = estimasi proporsi populasi (0,5)

q = 1-p

d = kesalahan yang dapat ditolerir, sebesar 10% (0,1)

Z = tingkat kepercayaan sebesar 95% (1,96)

N = jumlah populasi

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan *simple random sampling* sehingga setiap unit dasar (individu) memiliki kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel (Budiarto, 2004:38). Penentuan jumlah sampel untuk setiap desa berdasarkan proporsi digunakan rumus sebagai berikut :

$$nh = \frac{Nh}{N} \times n$$

Keterangan :

nh = besarnya sampel untuk sub populasi

Nh = total masing-masing sub populasi

N = total populasi secara keseluruhan

n = besar sampel

Tabel 3.1 Distribusi Besar Sampel Menurut Desa

No	Desa	Nh	N	n	$nh = \frac{Nh}{N} \times n$
1	Sukorambi	1746	12301	96	14
2	Dukuh Mencek	3627			28
3	Jubung	2206			17
4	Karangpring	1933			15
5	Klungkung	2789			22
Total					96

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel merupakan sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu (Notoatmodjo, 2010:103). Adapun variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*). Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian ini adalah faktor penilaian individu (*perceived need*) meliputi kerentanan terhadap penyakit (*perceived susceptibility*), keseriusan penyakit (*perceived seriousness*), ancaman dari penyakit (*perceived threats*), manfaat dan hambatan yang dirasakan (*perceived benefits and barriers*), keputusan memilih tindakan (*cues to action*) dan penilaian klinik/diagnosa medis (*evaluated need*). Sedangkan variabel terikat (*dependent*) dalam penelitian ini adalah pemanfaatan Posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010:112). Definisi operasional dari variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kategori Penilaian
Variabel bebas (<i>independent</i>)					
1.	Penilaian individu (<i>perceived need</i>)	Suatu proses berpikir yang berlangsung pada diri lansia dalam hal mengambil suatu keputusan yang didasarkan pada keadaan/kondisi kesehatan dan pengalaman yang pernah dialami lansia tersebut			

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara pengumpulan Data	Skala Data	Kategori Peilaian
a.	Kerentanan terhadap penyakit (<i>perceived susceptibility</i>)	Keyakinan dalam diri lansia bahwa dirinya mempunyai resiko atau kemungkinan untuk terserang/ menderita suatu penyakit beserta komplikasi yang timbul dan dapat memperburuk kondisi kesehatannya	Wawancara menggunakan kuesioner	Nominal	<p>Diukur melalui enam pertanyaan dengan penilaian:</p> <p>a. Ya = 1 b. Tidak = 0</p> <p>Skor penilaiannya :</p> <p>a. Maksimal : $1 \times 6 = 6$ b. Minimal : $0 \times 6 = 0$</p> <p>Selanjutnya dari range 0 – 6 dikelompokkan menjadi 2 kategori. Panjang kelas interval pada masing- masing kategori :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang : $\text{max} - \text{min} = 6 - 0 = 6$ - Banyak kelas = 2 - Panjang kelas : $\text{rentang} / \text{banyak kelas} = 6 / 2 = 3$ <p>Skor untuk kategorinya:</p> <p>a. Tidak rentan terhadap penyakit = 0 – 3 b. Rentan terhadap penyakit = 4 – 6</p>
b.	keseriusan penyakit (<i>perceived seriousness</i>)	Keyakinan dalam diri lansia mengenai tingkat berat ringannya penyakit yang sedang diderita oleh lansia yang dapat mempengaruhi keadaan kesehatannya dan mempengaruhi lansia untuk mengembangkan masalah kesehatannya atau membiarkannya atau penyakitnya tidak ditangani	Wawancara menggunakan kuesioner	Nominal	<p>Diukur melalui empat pertanyaan dengan penilaian:</p> <p>a. Ya = 1 b. Tidak = 0</p> <p>Skor penilaiannya :</p> <p>a. Maksimal : $1 \times 4 = 4$ b. Minimal : $0 \times 4 = 0$</p> <p>Selanjutnya dari range 0 – 4 dikelompokkan menjadi 2 kategori. Panjang kelas interval pada masing- masing kategori :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang : $\text{max} - \text{min} = 4 - 0 = 4$ - Banyak kelas = 2 - Panjang kelas : $\text{rentang} / \text{banyak kelas} = 4 / 2 = 2$ <p>Skor untuk kategorinya:</p> <p>a. Penyakit ringan = 0-2 b. Penyakit berat = 3-4</p>

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kategori Penilaian
c.	Ancaman dari penyakit (<i>perceived threats</i>)	Besar kecilnya resiko dari penyakit yang diderita lansia dan dirasakan dapat memperburuk kondisi kesehatannya serta mendorong lansia untuk melakukan tindakan pencegahan/ penyembuhan atau tidak	Wawancara menggunakan kuesioner	Nominal	<p>Diukur melalui empat pertanyaan dengan penilaian:</p> <p>a. Ya = 1 b. Tidak = 0</p> <p>Skor penilaiannya :</p> <p>a. Maksimal : $1 \times 4 = 4$ b. Minimal : $0 \times 4 = 0$</p> <p>Selanjutnya dari range 0 – 4 dikelompokkan menjadi 2 kategori. Panjang kelas interval pada masing- masing kategori :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang : $\text{max} - \text{min} = 4 - 0 = 4$ - Banyak kelas = 2 - Panjang kelas : $\text{rentang} / \text{banyak kelas} = 4 / 2 = 3$ <p>Skor untuk kategorinya:</p> <p>a. Ancaman rendah = 0 – 2 b. Ancaman tinggi = 3 – 4</p>
d.	Manfaat dan hambatan (<i>perceived benefits and barriers</i>)	Segala sesuatu yang dirasakan oleh lansia dari adanya Posyandu lansia, bisa berupa positif yang akan memberikan keuntungan bagi lansia atau berupa negatif yang akan mendorongnya untuk menolak memanfaatkan Posyandu lansia	Wawancara menggunakan kuesioner	Nominal	<p>Diukur melalui enam pertanyaan dengan penilaian:</p> <p>a. Ya = 1 b. Tidak = 0</p> <p>Skor penilaiannya :</p> <p>a. Maksimal : $1 \times 6 = 6$ b. Minimal : $0 \times 6 = 0$</p> <p>Selanjutnya dari range 0 – 6 dikelompokkan menjadi 2 kategori. Panjang kelas interval pada masing- masing kategori :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang : $\text{max} - \text{min} = 6 - 0 = 6$ - Banyak kelas = 2 - Panjang kelas : $\text{rentang} / \text{banyak kelas} = 6 / 2 = 3$ <p>Skor untuk kategorinya:</p> <p>a. Persepsi negatif = 0 – 3 b. Persepsi positif = 4 – 6</p>

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kategori Penilaian
e.	Keputusan memilih tindakan (<i>cues to action</i>)	Tindakan yang diambil lansia untuk memutuskan pengobatannya berdasarkan keyakinannya dalam rangka mempertahankan kesehatannya	Wawancara menggunakan kuesioner	Nominal	Diukur melalui empat pertanyaan dengan penilaian: a. Ya = 1 b. Tidak = 0 Skor penilaiannya : a. Maksimal : $1 \times 4 = 4$ b. Minimal : $0 \times 4 = 0$ Selanjutnya dari range 0 – 4 dikelompokkan menjadi 2 kategori. Panjang kelas interval pada masing- masing kategori : - Rentang : $\text{max} - \text{min} = 4 - 0 = 4$ - Banyak kelas = 2 - Panjang kelas : $\text{rentang} / \text{banyak kelas} = 4 / 2 = 3$ Skor untuk kategorinya: a. Keputusan negatif = 0 – 2 b. Keputusan positif = 3 – 4
2.	Penilaian klinik/diagnosa medis (<i>evaluated need</i>)	Kondisi kesehatan atau penyakit lansia yang ditentukan oleh tenaga medis maupun paramedis setelah dilakukan pemeriksaan terlebih dahulu terhadap lansia tersebut	Wawancara menggunakan kuesioner dan studi dokumen	Nominal	Diukur melalui empat pertanyaan dengan penilaian: a. Ya = 1 b. Tidak = 0 Skor penilaiannya : a. Maksimal : $1 \times 4 = 4$ b. Minimal : $0 \times 4 = 0$ Selanjutnya dari range 0 – 4 dikelompokkan menjadi 2 kategori. Panjang kelas interval pada masing- masing kategori : - Rentang : $\text{max} - \text{min} = 4 - 0 = 4$ - Banyak kelas = 2 - Panjang kelas : $\text{rentang} / \text{banyak kelas} = 4 / 2 = 3$ Skor untuk kategorinya: a. Sehat = 0 – 2 b. Sakit = 3 – 4

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kategori Penilaian
Variabel terikat (<i>dependent</i>)					
1.	Pemanfaatan Posyandu lansia	Kunjungan yang dilakukan lansia ke tempat pelayanan kesehatan terpadu khusus lansia untuk memeriksakan kesehatannya	Wawancara menggunakan kuesioner	Nominal	Diukur melalui enam pertanyaan dengan penilaian: a. Ya = 1 b. Tidak = 0 Skor penilaiannya : a. Maksimal : $1 \times 6 = 6$ b. Minimal : $0 \times 6 = 0$ Selanjutnya dari range 0 – 6 dikelompokkan menjadi 2 kategori. Panjang kelas interval pada masing- masing kategori : - Rentang : $\text{max} - \text{min} = 6 - 0 = 6$ - Banyak kelas = 2 - Panjang kelas : $\text{rentang} / \text{banyak kelas} = 6 / 2 = 3$ Skor untuk kategorinya: a. Pemanfaatan rendah = 0-3 b. Pemanfaatan tinggi = 4-6

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama. Data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan dapat berupa hasil kumpulan wawancara yang dilakukan oleh peneliti (Sugiyono, 2014:225). Data primer pada penelitian ini adalah data yang didapat dari hasil wawancara pada responden menggunakan lembar kuesioner.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen (Sugiyono, 2014:225). Data sekunder pada penelitian ini didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Sukorambi berupa data jumlah lansia dan kunjungan lansia.

3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Data pada penelitian ini akan dikumpulkan dengan cara sebagai berikut :

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, yang digunakan oleh peneliti untuk mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2010:139). Pada penelitian ini wawancara dilakukan pada semua responden.

b. Observasi

Observasi disebut juga dengan pengamatan, meliputi kegiatan pemantauan perhatian terhadap suatu objek dengan menggunakan seluruh alat indera. Jadi, observasi adalah pengamatan langsung (Arikunto, 2006:29). Kegiatan observasi pada penelitian ini meliputi melakukan pencatatan secara sistematis kejadian-kejadian, perilaku, obyek-obyek yang dilihat dan hal-hal lain yang diperlukan dalam mendukung penelitian yang sedang dilakukan

c. Studi dokumen

Menurut Hasan (2002: 87), studi dokumen adalah teknik pengumpulan data melalui pencarian dan penemuan bukti-bukti yang tidak langsung ditujukan pada subjek penelitian, namun melalui dokumen. Pada penelitian ini studi dokumen dilakukan untuk membuktikan diagnosa penyakit lansia dengan cara melihat pada buku catatan pemeriksaan kesehatan lansia ke pelayanan kesehatan.

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat bantu yang digunakan untuk membantu peneliti memperoleh data yang dibutuhkan. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup dan alat tulis. Kuesioner adalah alat pengumpulan data yang dipakai di dalam wawancara yang berisi daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang dimana interviewer

tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda. Kuesioner tertutup mempunyai keuntungan mudah mengarahkan jawaban responden dan juga mudah untuk diolah (Notoadmodjo, 2010:152)

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi :

a. *Editing*

Editing adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti mengumpulkan data di lapangan atau sebelum pengolahan data. Pada penelitian ini, data yang telah dikumpulkan dari kuesioner atau lembar observasi lalu dilakukan pengecekan kembali dan dilakukan perbaikan isian formulir atau kuesioner.

b. *Coding*

Pemberian kode dilakukan pada setiap atribut pertanyaan dari variabel yang diteliti pada penelitian ini setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan *coding* untuk mempermudah waktu mengadakan tabulasi dan analisis.

c. *Scoring*

Kegiatan ini dilakukan pada kuesioner penelitian ini untuk memberikan skor atau nilai dari jawaban dengan nilai tertinggi sampai nilai terendah dari kuesioner yang diajukan kepada para responden.

d. *Tabulating*

Tabulating pada penelitian ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam program komputer sesuai dengan variabel yang diteliti.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dapat dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga, yakni penyajian dalam bentuk teks (*textular*), penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik (Notoadmdjo, 2010: 188). Penyajian data harus sederhana dan jelas agar

orang lain dapat memahami apa yang disajikan dengan mudah. Data yang diperoleh dari hasil penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel dan diberikan penjelasan dalam bentuk narasi (*textular*) untuk memberikan gambaran tentang hasil tabel tersebut.

3.7.3 Analisis Data

Data akan diolah dan dianalisa dengan teknik-teknik tertentu. Analisa data dilakukan untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan uji statistik *Chi Square* dengan tingkat kesalahan 5%. Dalam melakukan analisis ini menggunakan bantuan program SPSS.

3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

3.8.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skor total kuesioner tersebut. Teknik korelasi yang dipakai adalah teknik "*Product Moment*" (Notoadmodjo, 2010:164). Responden untuk uji validitas pada penelitian ini sebanyak 20 orang. Hasil uji validitas pertanyaan dalam kuesioner ini menggunakan bantuan program SPSS.

3.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoadmodjo, 2010:168). Uji reliabilitas dilakukan agar instrumen tersebut reliabel artinya instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan data yang sama. Pengujian reliabilitas kuesioner pada penelitian ini menggunakan program komputer SPSS dengan menggunakan model *cronbach alpha*.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan antara kebutuhan (*need*) lansia dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

- a. Pada penilaian individu (*perceived need*) sebagian besar responden tidak rentan terhadap penyakit yaitu sebanyak 80 responden (83,3%), mayoritas responden termasuk dalam kriteria penyakit ringan yaitu sebanyak 79 responden (82,3%), sebagian besar responden memiliki ancaman rendah dari penyakitnya yaitu sebanyak 82 responden (85,4%), pada manfaat dan hambatan mayoritas responden mempunyai persepsi negatif yaitu sebanyak 76 responden (79,2%) dan pada keputusan memilih tindakan responden sebagian besar mempunyai keputusan negatif yaitu sebesar 79 responden (82,3%).
- b. Pada penilaian klinik (*evaluated need*) mayoritas responden berada dalam kondisi sehat yaitu sebesar 68 responden (70,8%).
- c. Sebagian besar responden tidak merasa mempunyai kebutuhan (*need*) dengan Posyandu Lansia yaitu sebesar 79 responden (82,3%).
- d. Terdapat hubungan antara penilaian individu/*perceived need* meliputi kerentanan terhadap penyakit/ *perceived susceptibility* ($p=0,000$), keseriusan penyakit/ *perceived seriousness* ($p=0,000$), ancaman dari penyakit/ *perceived threats* ($p=0,000$), manfaat dan hambatan/ *perceived benefits and barriers* ($p=0,000$), keputusan memilih tindakan/ *cues to action* ($p=0,000$).
- e. Terdapat hubungan antara penilaian klinik (*evaluated need*) dengan pemanfaatan Posyandu Lansia ($p=0,000$).

5.2 Saran

Berdasarkan hasil pembahasan diatas, saran yang dapat diberikan berdasarkan kesimpulan-kesimpulan dalam penelitian ini antara lain:

- a. Petugas kesehatan yang ada di wilayah Puskesmas Sukorambi perlu membuat kegiatan kunjungan ke rumah lansia untuk melakukan upaya promosi kesehatan agar mereka memanfaatkan Posyandu Lansia. Memaksimalkan kader lansia yang ada di wilayahnya agar bersama-sama mengenalkan manfaat dari pelayanan yang ada di Posyandu Lansia.
- b. Mengadakan program skrinning penyakit pada lansia yang ada di wilayah Puskesmas Sukorambi dimana kegiatan tersebut merupakan salah satu upaya untuk menemukan masalah kesehatan/penyakit pada lansia dan memberikan solusi agar memeriksakan kesehatannya secara rutin ke Posyandu Lansia terdekat.
- c. Mengadakan pembinaan pada lansia melalui kelas lansia secara berkesinambungan untuk menumbuhkan niat atau kesadaran lansia agar mau memanfaatkan Posyandu. Pembinaan tidak cukup hanya dilakukan sekali tapi dievaluasi secara terus menerus sampai kunjungan lansia meningkat.
- d. Kerjasama lintas sektor mulai dari tokoh masyarakat, kecamatan, kelurahan dan Puskesmas dalam mempromosikan Posyandu Lansia dan peningkatan pengetahuan pada lansia dan keluarga akan manfaat Posyandu Lansia melalui setiap kesempatan yang melibatkan masyarakat seperti MMD, arisan, pengajian, PKK dan lain-lain
- e. Petugas kesehatan bersama kader melakukan pendekatan melalui keluarga sehat dengan cara meningkatkan peran serta keluarga sebagai motivator kuat bagi lansia dalam mengambil keputusan pada masalah kesehatan yang dialaminya melalui kegiatan seperti misalnya senam lansia atau kegiatan kreatif lainnya.
- f. Posyandu Lansia hendaknya lebih menciptakan kegiatan-kegiatan bervariasi dan menyenangkan seperti makan bersama, rekreasi, ketrampilan, dan lain-lain yang diperuntukkan bagi lansia demi peningkatan cakupan kunjungan lansia dan Puskesmas Sukorambi hendaknya lebih mengupayakan lagi untuk menjadi

Puskesmas santun lansia dengan program “Fast Track” yaitu mengutamakan pelayanan pada lansia pada saat melakukan pelayanan umum sehingga lansia merasa lebih mendapat perhatian oleh tenaga kesehatan.



DAFTAR PUSTAKA

- Alhamda. 2015. *Buku Ajar Sosiologi Kesehatan*. Jakarta : Deepublish.
- Andham. 2013. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Ibu dalam Mencari Pengobatan Pneumoni. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Arikunto. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik, Edisi Revisi VI*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Aulia. 2016. Perilaku Deteksi Dini Kanker Leher Rahim Metode IVA Pada Wanita Usia Subur di Puskesmas Padang Pasir. *Skripsi*. Padang: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Andalas.
- BPS. 2015. *Angka Harapan Hidup Penduduk Negara (tahun), 1995-2015*. <https://www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1517>. [4 Desember 2014].
- Conner. 2005. *Predicting Health Behaviour (Second Edition Revition)*. England: Open University Press.
- Depkes RI. 2012. *Buku Panduan Bagi Kader Posbindu Lansia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Effendi. 1998. *Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat*. Jakarta:EGC.
- Hardywinoto. 2005. *Panduan Gerontologi Tinjauan Dari Berbagai Aspek*. Jakarta: Gramedia Puataka Utama.
- Hasan. 2002. *Metode Penelitian Kualitatif: Aplikasi Praktis Pembuatan Proposal dan Laporan Penelitian*. Malang: UMM Press.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. 1995. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta : Balai Pustaka.
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman Pengelolaan Kegiatan Kesehatan di Kelompok Lanjut Usia*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.

- Khaerudin. 2012. Determinan Pemanfaatan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012. *Tesis*. Jakarta: Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- Komnas Lansia. 2010. *Buku Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lansia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kurnia. 2012. Faktor-faktor yang Melatarbelakangi Pasien Patah Tulang Berobat ke Pengobatan Tradisional di Sumedang Jawa Barat. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Mangoenprasodjo. 2005. *Mengisi Hari Tua Dengan Bahagia*. Yogyakarta: Pradipta.
- Manurung. 2008. Hubungan Perceived dan Evaluated Need Perawatan Karies Gigi dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Gigi pada Masyarakat di Kota Pematang Siantar. *Tesis*. Medan: Pasca Sarjana USU.
- Maryam. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta : Salemba Medika.
- Muzaham. 2010. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. Jakarta : UI Press.
- Nasution. M.N. 2005. *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management)*. Bogor; Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo. S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. S. 2012. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, 2000. *Keperawatan Gerontik Edisi 2*. Jakarta : EGC.
- Nurkusuma. 2001. *Posyandu Lanjut Usia di Wilayah Puskesmas*. Yogyakarta: CV. Alfabeta

Prawiro. 2012. *Usia Harapan Hidup Bertambah Panjang*. Jakarta : Gemari.

Ramola. 2006. Analisis Kebutuhan (Need) Masyarakat Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Bhakti Medan. *Skripsi*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat USU.

Sarafino. 2006. *Health Psychology : Biopsychosocial Interactions*. 5 Edition. USA: John Wiley & Sons.

Soeweno. 2010. *Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia*. Jakarta : Patra.

Sudaryanto. 2012. Persepsi Lansia terhadap Kegiatan Pembinaan Kesehatan Lansia di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Prambanan I Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat UGM.

Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung : PT. Alfabeta.

Sunaryo. 2015. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Andi Offset.

Tjiptoherijanto. 2008. *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : EGC.

Trisnawan. 2013. Determinan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. *Skripsi*. Jakarta: FKIK Syarf Hidayatullah.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998. *Kesejahteraan Lanjut Usia*, 30 Nopember 1998. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 190.

Yenita. 2011. Faktor Determinan Perilaku Pemilihan Tenaga Penolong Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Desa Baru Kabupaten Pasaman Barat. *Skripsi*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat USU.

Zarniyeti. 2010. Gambaran Pemanfaatan Posyandu Lansia di Wilayah Kota Pematang Siantar Medan. *Skripsi*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat USU.

LAMPIRAN A. SURAT IJIN PENGAMBILAN DATA DARI BAKESBANGPOL



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
 T E M P A T

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/2057/314/2016
 Tentang
PENGAMBILAN DATA

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 13 Desember 2016 Nomor : 4774/UN25.1.12/SP/2016 perihal Ijin Pengambilan Data

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Destriana Anggraeni 142110101211
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data untuk penyusunan Skripsi tentang data terkait lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember.
 Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 Tanggal : 14-12-2016 s/d 14-01-2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 14-12-2016
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Wakil-Kajian Strategis & Politik

 Drs. SLAMET WATIKO, M.Si.
 Perbisa
 NIP. 19630212 198606 1004

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FK M Universitas Jember;
 2. Ybs.

LAMPIRAN B. SURAT IJIN PENGAMBILAN DATA DARI DINAS KESEHATAN

 <p>PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER DINAS KESEHATAN Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id</p>	
Jember, 21 Desember 2016	
Nomor : 440 / 52299 / 414 / 2016	Kepada :
Sifat : Penting	Yth. Sdr. Plt. Kepala Puskesmas Sukorambi
Lampiran : -	di -
Perihal : Ijin Pengambilan Data	JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2057/314/2016, Tanggal 14 Desember 2016, Perihal Ijin Pengambilan Data, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Destriana Anggraeni
 NIM : 142110101211
 Alamat : Jl. Kalimantan 1/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
 Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data Untuk Penyusunan Skripsi Tentang Data Terkait Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
 Waktu Pelaksanaan : 21 Desember 2016 s/d 21 Januari 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Pengambilan Data ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

An. Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
SEKRETARIS


DAMANI HURI SE, MM
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19590916 198503 1 009

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat

LAMPIRAN C. SURAT IJIN PENGAMBILAN DATA DARI PUSKESMAS SUKORAMBI

	PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER DINAS KESEHATAN UPT. PUSKESMAS SUKORAMBI <i>Alamat : Jl. Mujalitr No. 02 ☎ (0331) 483966 Sukorambi</i> <i>Kode Pos : 68151</i>
<i>Sukorambi, 9 Mei 2017</i>	
Nomor : 440/172/311.25/2017	Kepada :
Sifat : Biasa	Yth. Sdr. Dekan Fakultas Kesehatan
Lampiran : ---	Masyarakat Universitas Jember
Perihal : <u>Ijin Pengambilan Data</u>	di -
	<u>JEMBER</u>
<p>Menindaklanjuti surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Nomor : 440/52299/414/2017 tanggal 21 Desember 2016 perihal Ijin Pengambilan Data atas nama :</p>	
Nama :	Destriana Anggraeni
NiM :	142110101211
Fakultas :	Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan :	Mengadakan Pengambilan Data Untuk Penyusunan Skripsi Tentang Data Terkait Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
Waktu pelaksanaan :	21 Desember 2016 s/d 21 Januari 2017
<p>Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan untuk memberikan data-data yang diperlukan dengan catatan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan	
<p>Demikian surat ijin ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.-</p>	
<p>Pt. Kepala UPT. Puskesmas Sukorambi</p>   dr. BIMANDA RIZKI NURHIDAYAT NIP. 19880908 201412 1 001	

LAMPIRAN D. SURAT IJIN PENELITIAN DARI BAKESBANGPOL



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -

TEMPAT

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/97/314/2017

Tentang

PENELITIAN

- Dasar :
1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan :
- Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 16 Januari 2017 Nomor : 221/UN25.1.12/SP/2017 perihal Ijin Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Destriana Anggraeni 142110101211
- Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
- Alamat : Jl. Kalimantan 1/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
- Keperluan : Mengadakan Penelitian Mandiri dengan judul :
 "Hubungan Antara Kebutuhan (Need) Lansia Dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember".
- Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
- Waktu Kegiatan : Januari 2017 s/d Maret 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 18-01-2017

AN. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Sekretaris


 Drs. MOH. HARYIM, M.Si
 Pembina Tingkat I
 NIP. 195902131982111001

- Tembusan :
- Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
 2. Ybs.

LAMPIRAN E. SURAT IJIN PENELITIAN DARI DINAS KESEHATAN



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikajember@yahoo.co.id

Jember, 23 Januari 2017

Nomor : 440 / 2017 / 414 / 2017
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
 Yth. Sdr. Plt. Kepala Puskesmas Sukorambi
 di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/97/314/2016, Tanggal 18 Januari 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Destriana Anggraeni
 NIM : 142110101211
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang Hubungan antara Kebutuhan (Need) Lansia dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember
 Waktu Pelaksanaan : 23 Januari 2017 s/d 23 Maret 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

h.h. Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
SEKRETARIS


DAMANI HURI, SE, MM
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19590916-198503 1 009

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat

LAMPIRAN F. SURAT IJIN PENELITIAN DARI PUSKESMAS SUKORAMBI

	PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER DINAS KESEHATAN UPT. PUSKESMAS SUKORAMBI <i>Alamat : Jl. Mujahid No. 02 (0331) 483966 Sukorambi</i> <i>Kode Pos : 68151</i>	
	Sukorambi, 9 Mei 2017	
Nomor	: 440/176/311.25/2017	Kepada:
Sifat	: Biasa	Yth. Sdr. Dekan Fakultas Kesehatan
Lampiran	: ---	Masyarakat Universitas Jember
Perihal	: <u>Ijin Penelitian</u>	di -
		<u>JEMBER</u>
<p>Menindaklanjuti surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Nomor : 440/3224/414/2017 tanggal 23 Januari 2017 perihal Ijin Penelitian atas nama :</p>		
Nama	: Destriana Anggraeni	
NIM	: 142110101211	
Fakultas	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember	
Keperluan	: Melaksanakan Penelitian Tentang Hubungan antara Kebutuhan (Need) Lansia dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember	
Waktu pelaksanaan	: 23 Januari 2017 s/d 23 Maret 2017	
<p>Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan untuk memberikan data-data yang diperlukan dengan catatan :</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian 2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan 		
<p>Demikian surat ijin ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.-</p>		
<p>Pit. Kepala UPT. Puskesmas Sukorambi</p> 		
 dr. BIMANDA RIZKI NURHIDAYAT NIP. 19880908 201412 1 001		

Lampiran G. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Tlp. (0331) 337878, 322995 Fax
(0331) 322995 Jember (68121)

LEMBAR PERSETUJUAN**(*INFORMED CONSENT*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Pekerjaan :

Bersedia untuk menjadi subyek penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Destriana Anggraeni

Judul Penelitian : Hubungan antara kebutuhan (*need*) lansia dengan pemanfaatan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada responden. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum saya mengerti dan saya telah mendapatkan jawaban atas kuesioner yang jelas dan benar oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk menjadi responden dalam penelitian dan akan menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Jember, 2017

Responden

(.....)

Lampiran H. Kuesioner Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Tlp. (0331) 337878, 322995 Fax
(0331) 322995 Jember (68121)

**Hubungan antara Kebutuhan (*Need*) dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia
di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorambi Kabupaten Jember**

Nama responden :

Umur :

Alamat :

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang tersedia dan menurut anda sesuai dengan keadaan yang sebenarnya !

A. Penilaian pribadi (*perceived need*)

Kerentanan terhadap penyakit (*perceived susceptibility*)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah orang tua bapak/ibu mempunyai riwayat penyakit degeneratif seperti kencing manis, jantung, hipertensi, kanker, dll ?		
2.	Apakah dengan riwayat keluarga tersebut menurut bapak/ibu bisa mempunyai penyakit yang sama seperti yang diderita oleh keluarga?		
3.	Apakah menurut bapak/ibu di usia seperti sekarang ini bisa terserang berbagai macam penyakit?		
4.	Apakah menurut bapak/ibu gaya hidup dan pola makan selama ini dapat menentukan kondisi kesehatan bapak/ibu saat ini ?		

5.	Apakah menurut bapak/ibu kondisi kesehatan bapak/ibu saat ini sangat rentan terhadap bahaya komplikasi penyakit?		
6.	Apakah bapak/ibu merasa khawatir akan kondisi kesehatan bapak/ibu saat ini?		

Keseriusan penyakit (*perceived seriousness*)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
7	Apakah Bapak/Ibu saat ini merasa sedang menderita suatu penyakit?		
8	Apakah menurut Bapak/Ibu penyakit tersebut adalah penyakit yang berbahaya?		
9	Apakah menurut Bapak/Ibu penyakit tersebut membutuhkan pengobatan dan pemeriksaan rutin?		
10	Apakah menurut Bapak/Ibu penting untuk memeriksakan diri secara teratur meskipun dalam kondisi sehat?		

Ancaman dari penyakit (*perceived threats*)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
11	Apakah Bapak/Ibu saat ini tidak bisa menjalankan aktifitas sehari-hari tanpa ada gangguan kesehatan secara fisik dan mental?		
12	Apakah kondisi kesehatan Bapak/Ibu saat ini mengancam jiwa?		

13	Apakah ancaman tersebut berupa kecacatan sampai kematian, menular ke orang lain, siksaan sehingga tidak bisa menjalankan aktifitas sehari-hari dan menghambat pekerjaan?		
14	Apakah dengan kondisi kesehatan seperti ini Bapak/Ibu akan segera memeriksakan kesehatan Bapak/Ibu ke pelayanan kesehatan?		

Manfaat dan hambatan yang dirasakan (*perceived benefit and barriers*)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
15	Apakah Bapak/Ibu memeriksakan kondisi kesehatan secara rutin?		
16	Apakah Bapak/Ibu pernah datang ke Posyandu lansia di wilayah ini?		
17	Apakah Bapak/Ibu mengetahui/pernah mendapatkan sosialisasi terkait program apa saja yang ada di Posyandu Lansia?		
18	Apakah menurut Bapak/Ibu Posyandu lansia mempunyai manfaat seperti dapat memeriksa kesehatan secara rutin, deteksi dini penyakit, peningkatan pengetahuan tentang kesehatan lansia, dll ?		
19	Apakah tidak ada hambatan dari dalam diri yang dirasakan oleh Bapak/Ibu untuk datang ke Posyandu lansia, seperti rasa malu, tidak nyaman, masalah pribadi, dll?		
20	Apakah menurut Bapak/Ibu hambatan untuk datang ke		

	Posyandu Lansia berupa rasa malu, tidak percaya diri, takut akan hasil pemeriksaan, faktor kebiasaan, kesibukan, dll?		
--	---	--	--

Keputusan memilih tindakan (*cues to action*)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
21	Apakah Bapak/Ibu bila memeriksakan kesehatan di posyandu lansia?		
22	Apakah keluarga mendukung terhadap kesehatan Bapak/Ibu?		
23	Apakah perlu pertimbangan keluarga dalam setiap keputusan Bapak/ibu terhadap kesehatan anda?		
24	Apakah diagnosa medis dari petugas kesehatan sangat mempengaruhi Bapak/Ibu dalam memutuskan pemeriksaan kesehatan yang akan dilakukan?		

B. Penilaian klinik (*evaluated need*)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah sebelumnya Bapak/Ibu pernah melakukan pemeriksaan kesehatan ke petugas medis/paramedis?		
2	Apakah Bapak/Ibu dalam waktu 6 bulan terakhir ini sedang menderita suatu penyakit?		
3	Apakah diagnosa penyakit Bapak/Ibu dari petugas medis atau paramedis?		

4	Apakah menurut petugas medis/nonparamedis penyakit Bapak/Ibu memerlukan pemeriksaan rutin?		
---	--	--	--

C. Pemanfaatan Posyandu Lansia

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah bapak/ibu sering memanfaatkan Posyandu lansia yang ada di wilayah ini?		
2	Apakah Bapak/Ibu mengunjungi Posyandu Lansia minimal 8 – 10 kali dalam setahun?		
3	Apakah menurut Bapak/Ibu Posyandu lansia mempunyai peran yang penting untuk kesehatan lansia?		
4	Apakah bila terjadi gangguan kesehatan, Bapak/Ibu akan memanfaatkan Posyandu lansia?		
5	Apakah bapak/ibu akan memeriksakan secara rutin kesehatan bapak/ibu ke Posyandu lansia?		
6	Apakah Bapak/Ibu lebih memilih memeriksakan kesehatan ke Posyandu lansia daripada pelayanan kesehatan lainnya?		

LAMPIRAN I. DATA RESPONDEN

NO	RESP	KERENTANAN	BERAT RINGANNYA PENYAKIT	ANCAMAN PENYAKIT	MANFAAT DAN HAMBATAN	KEPUTUSAN TINDAKAN	PENILAIAN KLINIK	PEMANFAATAN POSYANDU
1	JUM	tidak rentan	ringan	rendah	Negatif	Positif	sakit	tinggi
2	KAS	tidak rentan	berat	Tinggi	Positif	Positif	sakit	tinggi
3	MUN	tidak rentan	ringan	rendah	Negatif	Negatif	sehat	rendah
4	SIT	tidak rentan	berat	rendah	Positif	Positif	sakit	tinggi
5	SUP	tidak rentan	ringan	rendah	Negatif	Negatif	sehat	rendah
6	FIT	Rentan	ringan	rendah	Negatif	Negatif	sehat	rendah
7	HAT	tidak rentan	ringan	rendah	Negatif	Negatif	sehat	rendah
8	SIY	tidak rentan	ringan	rendah	Positif	Positif	sakit	tinggi
9	KHO	tidak rentan	berat	rendah	Positif	Positif	sakit	tinggi
10	SUH	tidak rentan	berat	rendah	Positif	Negatif	sakit	rendah
11	KHR	tidak rentan	ringan	rendah	Negatif	Negatif	sakit	tinggi
12	ARS	Rentan	ringan	rendah	Negatif	negatif	sehat	rendah
13	IKA	tidak rentan	ringan	rendah	Negatif	negatif	sakit	rendah
14	BAB	tidak rentan	ringan	rendah	Negatif	negatif	sehat	rendah
15	MIS	tidak rentan	berat	Tinggi	Negatif	negatif	sehat	rendah
16	SAM	tidak rentan	berat	Tinggi	Negatif	negatif	sakit	rendah
17	SAI	Rentan	ringan	rendah	Positif	negatif	sakit	rendah
18	TUR	tidak rentan	ringan	rendah	Negatif	negatif	sehat	rendah
19	NAS	tidak rentan	ringan	Tinggi	Negatif	negatif	sakit	rendah
20	YUM	Rentan	ringan	rendah	Positif	negatif	sakit	tinggi
21	SAI	tidak rentan	ringan	rendah	Positif	positif	sakit	tinggi
22	PAR	tidak rentan	ringan	rendah	Negatif	negatif	sehat	rendah

23	SUT	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
24	MAR	tidak rentan	ringan	Tinggi	negatif	negatif	sakit	rendah
25	WAT	tidak rentan	ringan	rendah	positif	negatif	sehat	rendah
26	JUL	tidak rentan	berat	rendah	negatif	positif	sakit	tinggi
27	SAT	Rentan	ringan	rendah	positif	positif	sakit	tinggi
28	ROM	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
29	MUN	tidak rentan	berat	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
30	KAI	Rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
31	JAM	tidak rentan	ringan	rendah	positif	negatif	sehat	rendah
32	LUL	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
33	DAN	tidak rentan	ringan	Tinggi	negatif	negatif	sakit	rendah
34	SIR	tidak rentan	ringan	Tinggi	negatif	positif	sakit	rendah
35	SUI	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	positif	sakit	rendah
36	SUK	tidak rentan	berat	rendah	negatif	negatif	sakit	rendah
37	PUR	Rentan	berat	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
38	SAK	Rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
39	JAN	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
40	PAI	tidak rentan	ringan	rendah	positif	negatif	sakit	rendah
41	SUP	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
42	YAS	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
43	RUK	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
44	SUD	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
45	WIW	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
46	END	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
47	ABD	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
48	DUR	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
49	DUS	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah

50	WAT	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
51	TAT	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
52	ANG	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
53	ANI	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
54	MIS	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
55	SUT	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
56	SEN	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
57	REB	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
58	JUM	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
59	NOT	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
60	SUK	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
61	DID	tidak rentan	berat	Tinggi	negatif	negatif	sehat	rendah
62	DAR	Rentan	berat	Tinggi	positif	positif	sakit	tinggi
63	MIN	Rentan	ringan	rendah	positif	positif	sakit	tinggi
64	QHO	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
65	TOM	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
66	SRI	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
67	LAI	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
68	BEB	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
69	PON	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
70	GAT	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
71	IMA	tidak rentan	berat	Tinggi	negatif	negatif	sehat	rendah
72	MAD	Rentan	ringan	rendah	positif	positif	sakit	tinggi
73	NUR	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
74	LIL	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
75	ERN	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
76	SUP	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah

77	ZAI	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
78	NAH	tidak rentan	berat	Tinggi	negatif	negatif	sehat	rendah
79	JUP	Rentan	berat	Tinggi	positif	positif	sakit	Tinggi
80	ASH	Rentan	ringan	rendah	positif	positif	sakit	Tinggi
81	ISK	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
82	HAR	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
83	ABI	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
84	KHU	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
85	KUS	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
86	ASE	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
87	ATM	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
88	ZAK	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
89	HER	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
90	TON	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
91	WAK	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
92	ERW	Rentan	berat	Tinggi	positif	positif	sakit	Tinggi
93	TAM	Rentan	berat	Tinggi	positif	positif	sakit	Tinggi
94	MUN	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
95	JAI	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah
96	PIT	tidak rentan	ringan	rendah	negatif	negatif	sehat	rendah

LAMPIRAN J. HASIL UJI STATISTIK

kerentanan * pemanfaatan posyandu

Crosstab

			pemanfaatan posyandu		Total
			pemanfaatan rendah	pemanfaatan tinggi	
kerentanan	tidak rentan	Count	73	7	80
		Expected Count	65.8	14.2	80.0
	rentan	Count	6	10	16
		Expected Count	13.2	2.8	16.0
Total		Count	79	17	96
		Expected Count	79.0	17.0	96.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	26.434 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	22.874	1	.000		
Likelihood Ratio	21.008	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	26.159	1	.000		
N of Valid Cases ^a	96				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,83.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kerentanan (tidak rentan / rentan)	17.381	4.856	62.205
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan rendah	2.433	1.288	4.597
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan tinggi	.140	.063	.313
N of Valid Cases	96		

keseriusan penyakit * pemanfaatan posyandu

Crosstab

			pemanfaatan posyandu		Total
			pemanfaatan rendah	pemanfaatan tinggi	
berat-ringan	penyakit ringan	Count	73	6	79
		Expected Count	65.0	14.0	79.0
	penyakit berat	Count	6	11	17
		Expected Count	14.0	3.0	17.0
Total		Count	79	17	96
		Expected Count	79.0	17.0	96.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	31.312 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	27.515	1	.000		
Likelihood Ratio	25.114	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	30.986	1	.000		
N of Valid Cases ^b	96				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,01.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for berat-ring ringan (penyakit ringan / penyakit berat)	22.306	6.097	81.604
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan rendah	2.618	1.371	4.999
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan tinggi	.117	.050	.273
N of Valid Cases	96		

ancaman penyakit * pemanfaatan posyandu**Crosstab**

			pemanfaatan posyandu		Total
			pemanfaatan rendah	pemanfaatan tinggi	
ancaman penyakit	ancaman rendah	Count	74	8	82
		Expected Count	67.5	14.5	82.0
	ancaman tinggi	Count	5	9	14
		Expected Count	11.5	2.5	14.0
Total		Count	79	17	96
		Expected Count	79.0	17.0	96.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24.401 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	20.802	1	.000		
Likelihood Ratio	18.974	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	24.147	1	.000		
N of Valid Cases ^a	96				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,48.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ancaman penyakit (ancaman rendah / ancaman tinggi)	16.650	4.474	61.970
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan rendah	2.527	1.247	5.121
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan tinggi	.152	.071	.326
N of Valid Cases	96		

manfaat dana hambatan * pemanfaatan posyandu**Crosstab**

			pemanfaatan posyandu		Total
			pemanfaatan rendah	pemanfaatan tinggi	
manfaat dana hambatan	persepsi negatif	Count	74	2	76
		Expected Count	62.5	13.5	76.0
	persepsi positif	Count	5	15	20
		Expected Count	16.5	3.5	20.0
Total		Count	79	17	96
		Expected Count	79.0	17.0	96.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	56.903 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	52.045	1	.000		
Likelihood Ratio	48.662	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	56.310	1	.000		
N of Valid Cases ^a	96				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,54.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for manfaat dana hambatan (persepsi negatif / persepsi positif)	111.000	19.655	626.860
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan rendah	3.895	1.821	8.328
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan tinggi	.035	.009	.141
N of Valid Cases	96		

keputusan tindakan * pemanfaatan posyandu**Crosstab**

			pemanfaatan posyandu		Total
			pemanfaatan rendah	pemanfaatan tinggi	
keputusan tindakan	keputusan negatif	Count	77	2	79
		Expected Count	65.0	14.0	79.0
	keputusan positif	Count	2	15	17
		Expected Count	14.0	3.0	17.0
Total		Count	79	17	96
		Expected Count	79.0	17.0	96.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	70.513 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	64.755	1	.000		
Likelihood Ratio	58.684	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	69.779	1	.000		
N of Valid Cases ^a	96				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,01.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for keputusan tindakan (keputusan negatif / keputusan positif)	288.750	37.676	2212.966
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan rendah	8.285	2.253	30.470
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan tinggi	.029	.007	.114
N of Valid Cases	96		

penilaian klinik * pemanfaatan posyandu**Crosstab**

			pemanfaatan posyandu		Total
			pemanfaatan rendah	pemanfaatan tinggi	
penilaian klinik	sehat	Count	68	0	68
		Expected Count	56.0	12.0	68.0
	sakit	Count	11	17	28
		Expected Count	23.0	5.0	28.0
Total		Count	79	17	96
		Expected Count	79.0	17.0	96.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	50.170 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	46.090	1	.000		
Likelihood Ratio	52.132	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	49.647	1	.000		
N of Valid Cases ^a	96				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,96.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort pemanfaatan posyandu = pemanfaatan rendah	2.545	1.606	4.034
N of Valid Cases	96		

LAMPIRAN K. DOKUMENTASI



Pengambilan data di Desa Sukorambi



Pengambilan data di Desa Dukuh Mencek



Pengambilan data di Desa Jubung



Pengambilan data di Desa Karangpring



Pengambilan data di Desa Klungkung