

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1) Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Dusun Ngabean merupakan salah satu dusun yang berada di Desa Triharjo, Kecamatan Pandak, Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Dusun Ngabean terdiri dari 6 Rukun Tetangga dan 438 Kepala Keluarga, jumlah penduduk yang tinggal di Dusun Ngebean mencapai 1432 jiwa dengan jumlah lansia 233 orang. Perbatasan wilayah Dusun Ngabean meliputi: sebelah utara berbatasan dengan Dusun Yuwono, sebelah selatan berbatasan dengan Dusun Gunturan, sebelah timur berbatasan dengan Dusun Jigudan dan sebelah barat berbatasan dengan sungai Progo.

Fasilitas pendukung kesehatan di Dusun Ngabean yaitu telah terbentuk Posyandu kesehatan yang diadakan setiap tanggal 15 disetiap bulannya. Pelayanan yang diberikan di Posyandu meliputi pemeriksaan kesehatan, tekanan darah, penyuluhan kesehatan. Dalam pelaksanaan posyandu lansia, dimulai dari pukul 09.00 WIB sampai pukul 12.00 WIB yang dibantu oleh beberapa kader posyandu. Jumlah lansia yang hadir mengikuti Posyandu Lansia sebanyak 70 orang. Selain itu juga diadakan senam lansia setiap Hari Rabu pagi pukul 08.00-09.00 WIB dan dusun ini dekat dengan Puskesmas Pandak II. Kegiatan lain yang dilakukan yaitu perkumpulan warga, pengajian, arisan serta gotong royong.

2) Analisa Hasil Penelitian

Subyek penelitian adalah keluarga yang mempunyai lansia dengan gangguan kognitif dan lansia yang mengalami gangguan kognitif. Lansia yang mempunyai umur mulai dari 65 tahun ke atas dengan jumlah subjek penelitian 77 subjek. Dalam penelitian ini keluarga akan diukur tingkat stress keluarga dan lansia akan diukur kualitas perawatan lansia yang akan dicari keeratan hubungan antar variable tersebut. Hubungan tentang tingkat stress

keluarga dan kualitas perawatan lansia akan dijelaskan dalam bentuk distribusi frekuensi berdasarkan variable penelitian.

a. Analisa Univariat

1) Karakteristik Keluarga

Hasil analisa univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik dari subjek penelitian sehingga terkumpul data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh karakteristik keluarga berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan lansia sebagai berikut :

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul (n=77)

Karakteristik keluarga	Frekuensi (n)	Presentase(%)
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	33	42,9
Perempuan	44	57,1
Usia		
Dewasa Muda (20-39)	50	64,9
Dewasa Tua (40-60)	27	35,1
Pendidikan		
SD	10	13,0
SMP	15	19,5
SMA	43	55,8
D3	6	7,8
S1	7	3,9
Pekerjaan		
Petani	18	23,4
Buruh	22	28,6
Pedagang	16	20,8
PNS	12	15,6
Tidak Bekerja	9	11,7
Hubungan Dengan Lnsia		
Anak	48	62,3
Cucu	17	22,1
Menantu	9	11,7
Saudara	3	3,9

Sumber : (Data Pimer 2017)

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dilihat bahwa karakteristik keluarga menurut jenis kelamin yang paling banyak adalah perempuan sebanyak 44 subjek (57,1 %). Usia yang paling banyak adalah usia dewasa muda 20-40 tahun yaitu 50 subjek (64,9 %). Untuk pendidikan keluarga terbanyak adalah lulusan SMA yaitu

43 subjek (55,8 %). Dalam pekerjaan yang paling banyak bekerja sebagai buruh sebanyak 22 subjek (28,6 %) dan untuk hubungan keluarga dengan lansia yang paling banyak adalah anak sebesar 48 subjek (62,3 %).

2) Karakteristik Lansia

Hasil analisa univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik dari subjek penelitian sehingga terkumpul data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh karakteristik lansia berdasarkan jenis kelamin, usia sebagai berikut :

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Lansia di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul (n=77)

Karakteristik Lansia	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	38	49,4
Perempuan	39	50,6
Usia		
Lansia (65-74)	63	81,8
Lansia Tua (75-90)	13	16,9
Lansia Sangat Tua (<90)	1	1,3
SPMSQ		
Gangguan Kognitif Ringan	12	15,6
Gangguan Kognitif Sedang	43	55,8
Gangguan Kognitif Berat	22	28,6

Sumber : (Data Primer 2017)

Berdasarkan table 4.2 dapat dilihat bahwa karakteristik lansia menurut jenis kelamin yang paling banyak adalah perempuan sebanyak 39 subjek (50,6 %). Usia yang paling banyak adalah usia lansia 65-80 tahun yaitu 63 subjek (81,8 %). Sedangkan hasil dari SPSMQ yang paling banyak yaitu sedang dengan 43 subjek (55,8 %).

3) Tingkat Stress Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diketahui frekuensi tingkat stress keluarga di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul adalah sebagai berikut :

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Stress Keluarga di Dusun NgabeanTriharjo Pandak Bantul (n=77)

Tingkat Stres Keluarga	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Ringan	12	15,6
Sedang	43	55,8
Berat	22	28,6
Total	77	100

Sumber : (Data Primer 2017)

Berdasarkan tabel 4.3 dapat disimpulkan bahwa tingkat stress keluarga dalam merawat lansia dengan gangguan kognitif yaitu stress ringan sebanyak 12 subjek (15,6%), stress sedang sebanyak 43 subjek (55,8%) dan untuk keluarga yang mengalami stress berat sebanyak 22 subjek (28,6%).

4) Gambaran Tingkat Stres Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diketahui frekuensi gambaran tingkat stress keluarga di Dusun ngabean triharjo pandak bantul adalah sebagai berikut berdasarkan sub bab :

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Gambaran Kuesioner Tingkat Stress Keluarga di Dusun NgabeanTriharjo Pandak Bantul (n=77)

Tingkat Stres Keluarga	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Masalah Keperawatan		
Ringan	36	46,8
Sedang	35	45,5
Berat	6	7,8
Masalah Keluarga		
Ringan	36	46,8
Sedang	38	49,4
Berat	3	3,9
Masalah Ekonomi		
Ringan	44	57,1
Sedang	27	35,1
Berat	6	7,8
Total	77	100

Sumber : (Data Primer 2017)

Berdasarkan tabel 4.4 dapat disimpulkan bahwa gambaran tingkat stress keluarga dalam merawat lansia dengan gangguan kognitif dalam masalah keperawatan ringan sebanyak 36 subjek (46,8%). Untuk tingkat stress dalam masalah keluarga yang terbanyak adalah sedang 38 subjek (49,4%) dan tingkat

stress dalam masalah ekonomi ringan yang paling banyak sebesar 44 subjek (57,1%).

5) Kualitas Perawatan Lansia

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diketahui frekuensi kualitas perawatan lansia di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul sebagai berikut :

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Kualitas Perawatan Lansia di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul (n=77)

Kualitas Perawatan Lansia	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Kurang	7	9,1
Cukup	41	53,2
Baik	29	37,7
Total	77	100

Sumber : (Data Primer 2017)

Berdasarkan tabel 4.5 dapat disimpulkan bahwa kualitas perawatan lansia cukup sebanyak 41 subjek (53,2%), melakukan kualitas perawatan baik sebanyak 29 subjek (37,7%) dan kurang sebanyak 7 subjek (9,1%).

6) Gambaran Kualitas Perawatan Lansia

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diketahui frekuensi gambaran kualitas perawatan lansia di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul sebagai berikut berdasarkan sub bab :

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Gambaran Kuesioner Kualitas Perawatan Lansia di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul (n=77)

Kualitas Perawatan Lansia	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Perawatan Fisik		
Kurang	6	7,8
Cukup	62	80,5
Baik	9	11,7
Perawatan Spiritual		
Kurang	7	9,1
Cukup	30	39,0
Baik	40	51,9
Perawatan Psikologis		
Kurang	4	5,2
Cukup	41	53,2
Baik	32	41,6
Perawatan Sosial		
Kurang	9	11,7
Cukup	38	49,4
Baik	30	39,0
Total	77	100

Sumber : (Data Primer 2017)

Berdasarkan tabel 4.6 dapat disimpulkan bahwa kualitas perawatan lansia dengan gangguan kognitif menurut perawatan fisik yang paling banyak adalah cukup 62 subjek (80,5%). Dalam perawatan spiritual yang terbesar adalah Baik 40 subjek (51,9%), untuk perawatan psikologis yang paling dominan adalah cukup sebanyak 41 subjek (53,2%), dan untuk perawatan sosial yang paling banyak cukup sebesar 38 subjek (49,4%).

b. Analisa Bivariat

Analisa ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas yaitu tingkat stress keluarga dan variabel terikat kualitas perawatan lansia. Untuk melihat hubungan antara dua variabel tersebut menggunakan uji statistik *Kendall's Tau-b* dan keeratan hubungan menggunakan koefisien korelasi. Hasil tabulasi hubungan tingkat stress keluarga dengan kualitas perawatan lansia dengan gangguan kognitif di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul Yogyakarta disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 4.7 Hubungan Antara Uji Tabulasi Tingkat Stress Keluarga dengan Kualitas Perawatan Lansia dengan Gangguan Kognitif Di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul

Tingkat Stres Keluarga	Kualitas Perawatan Lansia								<i>p-Value</i>	<i>r</i> hitung
	Kurang		Cukup		Baik		Total			
	n	%	N	%	n	%	N	%		
Ringan	5	6,4	6	7,7	1	1,2	12	15,5	0,000	0,573
Sedang	0	0,0	33	42,8	10	12,9	43	55,8		
Berat	1	1,2	3	3,8	18	23,3	22	28,7		
Total	6	7,6	42	54,3	27	37,4	77	100		

Sumber : (Data Primer 2017)

Berdasarkan tabel 4.5 hasil uji statistik menggunakan *kendall's tau-b*, diketahui bahwa nilai *p-value* sebesar 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak sehingga H_a diterima ada hubungan yang signifikan antara tingkat stress keluarga dengan kualitas perawatan lansia dengan gangguan kognitif di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul Yogyakarta. Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini untuk mengetahui keeratan hubungan menggunakan koefisien korelasi adalah 0,573 dengan tingkat keeratan hubungan sedang.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Responden keluarga yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 44 orang (57,1%) lebih banyak dibandingkan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 33 orang (42,9%). Hal tersebut sesuai yang dikemukakan oleh Rosyidu'isbad (2015) bahwa perempuan memiliki umur lebih panjang karena perempuan lebih siap dalam menghadapi masalah daripada laki-laki yang cenderung emosional. Tingkat pendidikan sangat bervariasi dari mulai SD sampai S1. Sebagian besar keluarga berpendidikan SMA sebesar 55,8%. Usia responden yang terbanyak antara 20-40 tahun sebanyak 50 responden (64,9 %). Keluarga memberikan waktunya untuk merawat lansia, memiliki atau tidak memiliki dasar ilmu keperawatan dan tidak dibayar untuk merawat lansia dengan gangguan kognitif (Yulawati, 2013). Pekerjaan yang dilakukan keluarga paling banyak sebagai buruh sebanyak 22 responden (28,6 %). Dalam merawat lansia yang paling banyak dilakukan oleh anaknya sebesar 48 responden (62,3%) yang tinggal serumah dengan lansia dengan gangguan kognitif dan memiliki hubungan keluarga dengan lansia tersebut.

Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa lansia berjenis kelamin laki-laki dan perempuan cukup berimbang. Laki-laki sebanyak 38 responden (49,4%) dan perempuan sebanyak 39 responden (50,6%). Hal ini sesuai dengan penelitian Yulawati (2013) bahwa lansia yang berjenis kelamin perempuan lebih besar dibandingkan laki-laki yaitu sebanyak 78,9 %. Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Rosyidu'isbad (2015) bahwa perempuan memiliki umur lebih panjang karena perempuan lebih siap dalam menghadapi masalah daripada laki-laki yang cenderung emosional. Penelitian ini menunjukkan mayoritas usia responden yang mengalami perubahan status kognitif paling banyak berumur 60-74 tahun sebanyak 63 responden (81,8%). Semakin bertambah umur maka semakin besar gangguan kognitif yang dialami oleh lansia Rosyidu'isbad (2015). Umur yang semakin meningkat mengakibatkan perubahan anatomi, psikososial, spiritual dan mental.

Sehingga dengan sendirinya bisa menyebabkan terjadinya penurunan status kognitif pada seseorang (Nugroho,2012). Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu bahwa jumlah lansia yang mengalami penurunan status kognitif lebih besar pada umur 60-74 tahun yaitu 38 responden (63,5%) (Ramadian,2012).

2. Tingkat Stress Keluarga Dalam Merawat Lansia Dengan Gangguan Kognitif

Stres merupakan keadaan ketegangan yang disebabkan dalam seseorang atau sistem sosial dan dalam situasi yang menimbulkan tekanan (Friedman & Marilyn, 2010). Berdasarkan hasil penelitian analisa univariat tingkat stress keluarga di Dusun Ngabean stress sedang sebanyak 43 subjek (55,8%). Stres ringan merupakan stres yang dihadapi secara individu , misalnya lupa, banyak tidur, kemacetan, dan kritikan. Suazanne & Brenada (2008) mengatakan pada fase ini seseorang mengalami peningkatan kesadaran dan lapang persepsinya.

Stres sedang merupakan stres yang terjadi lebih lama, dari beberapa jam sampai hari ini. Ditandai dengan keawaspadaan, indra penglihatan dan pendengaran menjadi lebih tajam, peningkatan ketegangan dalam batas toleransi, dan mampu mengatasi situasi yang dapat dipengaruhi dirinya. Stres berat merupakan stres kronis yang terjadi beberapa minggu sampai tahun. Semakin sering dan lama situasi stres, semakin tinggi resiko kesehatan yang ditimbulkan (Wiebe & Wiliams 1992 dalam Potter & Perry, 2005). Hal tersebut terjadi karena coping individu pada tahap ini tidak adaptif, tidak mampu melakukan control aktifitas fisik dalam jangka waktu yang lama, dan sulit focus pada suatu hal terutama dalam memecahkan masalah.

Keluarga mengalami stres cenderung bertindak kearah yang mengurangi stres, keluarga disfungsi cenderung menggunakan strategi defensif habitual dan cenderung tidak menghapuskan atau menghilangkan dan melemahkan stresor (Ebstein et.al., 1993; Whait, 1974 dalam Friedman, 2010). KCSS merupakan skala yang mengutamakan sebuah keluarga pengasuh untuk memungkinkan mengekspresikan tingkat stress yang dirasakan. KCSS merupakan skala yang dirancang untuk masyarakat yang

tinggal bersama sebagai pengasuh awam atau keluarga, bukan staf perawatan yang terlatih. Pengasuh atau caregiver adalah individu yang menyediakan perawatan sehari-hari di rumah, biasanya pasangan atau kerabat lainnya. (Hopkins. R. W & Klilik L.A. 2015).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Psikali A., Galanakis M., Varvogili L., Darviri C, dengan judul *Kingston Caregiver Stres Scale Greek Validation Caregiver sample*, pada Juli 2015. Fungsi keluarga sebagai keperawatan kesehatan kesanggupan keluarga untuk melakukan pemeliharaan kesehatan dilihat dari 5 tugas kesehatan keluarga yaitu : Keluarga mengenal masalah kesehatan, Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan, Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, Memodifikasi lingkungan, menciptakan dan mempertahankan suasana rumah yang sehat, Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat

3. Gambaran Tingkat Stres Keluarga Per Sub Bab Kuesioner di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul

a) Masalah Keperawatan

Kesanggupan keluarga untuk melakukan pemeliharaan kesehatan dilihat dari tugas kesehatan keluarga yaitu : mengenal masalah kesehatan, mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan, mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, menciptakan lingkungan dan mempertahankan suasana rumah yang sehat dan mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat (Friedman, 2010). Keluarga merupakan individu yang berperan penting dalam memenuhi kebutuhan psikologis, kebutuhan kasih sayang, serta yang dapat memberikan ketenangan dan kedamaian individu yang satu dengan yang lain yang saling berkaitan karena suatu ikatan, oleh karena itu peran dan fungsi keluarga sangat penting dalam perkembangan keluarga.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat stress dalam masalah keperawatan yang dialami keluarga yang paling dominan adalah Sedang 35 responden (45,5%). Dalam hal ini lansia membutuhkan penanganan yang menyeluruh dan melibatkan lingkungan seperti orang terdekatnya yaitu keluarga (Nugroho, 2012). Keluarga bertanggung jawab atas kegiatan sehari-hari yang tidak dapat dijalankan oleh lansia dengan gangguan kognitif. Sebagian besar pekerjaan sebagai buruh sehingga tidak cukup waktu untuk merawat satu lansia yang mengalami gangguan kognitif. Sehingga suatu keluarga bisa membagi peran untuk merawat lansia secara adil, agar tidak menimbulkan suatu kecemburuan satu anggota keluarga dengan anggota lainnya dalam merawat lansia (Andhi,2017).

b) Masalah Keluarga

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan seluruh keluarga seperti kebutuhan makan, minum, pakaian, dan tempat tinggal, Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga. (Friedman, 2010). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat stress dalam masalah keluarga yang dialami sebesar sedang 38 responden (49,4%). Kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi, dalam menangani masalah kesehatan dasar dalam keluarga. Keluarga juga berperan dalam pengambilan keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan para anggota keluarga. keluarga harus memberikan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit untuk meningkatkan produktifitas keluarga dalam meningkatkan mutu hidupnya.

Keluarga juga harus menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga kedalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus menerus. Membina sikap dan tingkah laku saling menyayangi antar anggota keluarga. Dan juga membina rasa, sikap, dan praktik hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih

sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera (Bailon & Maglaya, 1978). Masalah yang sering muncul dalam hal ini kecemburuan antar anggota keluarga dalam merawat lansia. Biasanya anggota keluarga sering merasa tidak adil dalam merawat lansia yang dapat menimbulkan suatu konflik dalam keluarga tersebut sehingga dapat menimbulkan suatu perdebatan dalam keluarga tersebut.

c) Masalah Ekonomi

Dalam melakukan kegiatan ekonomi baik diluar maupun didalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga. Keluarga berperan mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga. Selain itu keluarga juga mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua diluar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan secara serasi, selaras dan seimbang. Keluarga juga berperan dalam membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera (Depkes, 2016).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat stress dalam masalah ekonomi sebesar ringan 44 responden (57,1%), Perilaku, kebutuhan, dan kepribadian tiap anggota keluarga yang mempunyai pengaruh dan berinteraksi dengan anggota keluarga lainnya, kadang menimbulkan gesekan. Konflik interpersonal dapat timbul sebagai akibat dari masalah keuangan (Nasir & Muhit, 2011). Dalam hal ini orang yang sibuk bekerja akan cenderung lebih memintingkan pekerjaannya dari pada merawat lansia, sehingga mereka lebih cenderung membayar orang lain untuk merawat lansia tersebut.

4. Kualitas Perawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Kognitif

Keluarga merupakan support system utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Kualitas merupakan baik atau buruk perawatan yang telah diberikan keluarga dalam merawat lansia dalam

kehidupan sehari-hari. Keluarga memiliki peran dalam perawatan lansia antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi serta memberikan motivasi dan memfasilitasi spiritual bagi lansia (Sofia,2015).

Lansia yang mengalami penurunan daya ingat/kehilangan memori akan memperlihatkan tingkah laku yang sulit untuk dimengerti. Untuk menjamin keamanan dan mempertahankan harga diri klien maka perlu dilakukan perawatan dengan pendekatan fisik untuk lansia yang masih aktif dapat diberikan bimbingan mengenai kebersihan mulut dan gigi, kebersihan kulit dan badan, kebersihan rambut dan kuku, kebersihan tempat tidur, makan makanan yang bergizi,cara memakan obat (Nugroho,2012).

Keluarga harus bisa memberikan ketenangan dan kepuasan batin dalam hubungan lansia dengantuhan atau agama yang dianutnya. Keluarga bisa memberikan kesempatan pada lansia untuk melaksanakan ibadahnya atau secara langsung memberikan bimbingan rohani dengan menganjurkan melaksanakan ibadahnya seperti membaca kitab atau membantu lansia dalam menunaikan kewajiban terhadap agama yang dianutnya. Berilah ketentraman hati dan pujian yang dapat meningkatkan harga diri dan memperkuat perilaku positifnya. Usahakan agar lingkungan tetap aman dan tenteram serta ciptakan lingkungan yang sederhana, tenang, dan damai(Nugroho,2012).

Hal ini sesuai dengan pernyataan Leuckenotte (1996) dalam Widiastuti (2015) menyebutkan bahwa respon yang ditunjukkan oleh keluarga dalam merawat lansia dipengaruhi oleh cara merawat keluarga dalam memberikan kualitas perawatan kepada lansia. Keluarga memandang memberikan perawatan kepada lansia merupakan suatu kewajiban, kebanggaan dan meningkatkan kepuasan lansia. Selain pemenuhan kebutuhan primer, lansia juga memerlukan kebutuhan sekunder.

Untuk itu keluarga harus menciptakan suasana yang aman, tidak gaduh, membiarkan mereka melakukan kegiatan dalam batas kemampuan dan hobi yang dimilikinya. Keluarga harus dapat membangun semangat dan

kreasi lansia dalam memecahkan dan mengurangi rasa putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik dan kelainan yang di deritanya. Hal ini perlu dilakukan karena perubahan psikologi terjadi bersama semakin lanjutnya usia (Nugroho, 2012).

Pasien gangguan kognitif mudah menjadi bingung karena suara, bunyi/warna yang berlainan, berada dalam lingkungan yang menakutkan, dan perasaan yang berlebihan. Semua ini dapat membuat marah dan cemas. Mengadakan diskusi, tukar pikiran dan bercerita merupakan salah satu upaya keluarga dalam pendekatan sosial. Memberi kesempatan untuk berkumpul bersama dengan sesama lansia berarti menciptakan sosialisasi mereka. Keluarga memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada para lansia untuk mengadakan komunikasi dan melakukan rekreasi. Hasil penelitian di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul kualitas perawatan lansia cukup sebanyak 41 subjek (53,2%).

Gangguan kognitif lansia di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul Yogyakarta terbanyak adalah kategori penurunan status kognitif sedang sebanyak 43 responden (55,8%). Pada penelitian ini, terdapat beberapa aspek yang terdapat dalam kuesioner SPMSQ. Selain itu lansia mengalami kesulitan dalam mengingat hari, umur, dan kemampuan menghitung. Mereka mengatakan jarang untuk menstimulus kemampuan kognitif mereka, karena mereka menganggap jika mengalami lupa atau kepikunan disebabkan umur yang sudah tua.

Menjadi tua merupakan proses dari tumbuh kembang yang dialami seluruh manusia secara alami. Pada lansia akan mengalami proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan. Sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi. Salah satu gangguan pada mental lansia adalah masalah pada status kognitif lansia. Status kognitif adalah kemampuan mental seseorang yang meliputi orientasi, riwayat pribadi, memori jangka panjang dan kemampuan matematis (Artinawati, 2014).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2016 menyatakan bahwa setiap warga Negara Indonesia usia 60 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar minimal satu kali dalam kurun waktu satu tahun. Salah satu lingkup skrining merupakan deteksi gangguan mental emosional dan perilaku, termasuk kepikunan atau gangguan kognitif (Depkes, 2013).

5. Gambaran Kualitas Perawatan Lansia Per Sub Bab Kuesioner di Dusun Ngabean Triharjo Pandak Bantul

a) Perawatan Fisik

Lansia yang mengalami penurunan daya ingat/kehilangan memori akan memperlihatkan tingkah laku yang sulit untuk dimengerti. Untuk menjamin keamanan dan mempertahankan harga diri klien maka perlu dilakukan perawatan dengan pendekatan fisik untuk lansia yang masih aktif dapat diberikan bimbingan mengenai kebersihan mulut dan gigi, kebersihan kulit dan badan, kebersihan rambut dan kuku, kebersihan tempat tidur, makan makanan yang bergizi, cara meminum obat (Nugroho,2012).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas perawatan fisik pada lansia sebesar cukup 62 responden (80,5%).Perawatan yang memperhatikan kesehatan obyektif, kebutuhan, kejadian-kejadian yang dialami pasien lanjut usia semasa hidupnya, perubahan fisik pada organ tubuh, tingkat kesehatan yang masih bisa dicapai dan dikembangkan, dan penyakit yang dapat dicegah atau ditekan progresivitasnya. Pasien lanjut usia yang masih aktif, yang keadaan fisiknya masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sehingga untuk kebutuhan sehari-hari masih mampu melakukan sendiri. Pasien lanjut usia yang pasif atau tidak dapat bangun, yang keadaan fisiknya mengalami kelumpuhan atau sakit. perawat harus mengetahui dasar perawatan pasien lanjut usia ini terutama tentang hal-hal yang berhubungan dengan keberhasilan perorangan untuk mempertahankan kesehatannya.

b) Perawatan spiritual

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas perawatan spiritual pada lansia sebesar baik sebanyak 40 responden (51,9%). Keluarga harus bisa memberikan ketenangan dan kepuasan batin dalam hubungan lansia dengan Tuhan atau agama yang dianutnya. Sehubungan dengan pendekatan spiritual bagi pasien lanjut usia yang menghadapi kematian, Ramadian, 2012 mengemukakan bahwa maut seringkali menggugah rasa takut. Rasa takut semacam ini didasari oleh berbagai macam faktor, seperti ketidakpastian akan pengalaman selanjutnya, adanya rasa sakit atau penderitaan yang sering menyertainya, kegelisahan untuk tidak berkumpul lagi dengan keluarga atau lingkungan sekitarnya.

Keluarga bisa memberikan kesempatan pada lansia untuk melaksanakan ibadahnya atau secara langsung memberikan bimbingan rohani dengan menganjurkan melaksanakan ibadahnya seperti membaca kitab atau membantu lansia dalam menunaikan kewajiban terhadap agama yang dianutnya. Berilah ketentraman hati dan pujian yang dapat meningkatkan harga diri dan memperkuat perilaku positifnya. Usahakan agar lingkungan tetap aman dan tenteram serta ciptakan lingkungan yang sederhana, tenang, dan damai (Sofia, 2015).

c) Perawatan Psikologis

Dalam hal ini lansia membutuhkan rasa aman dan cinta kasih dari lingkungannya. Untuk itu keluarga harus menciptakan suasana yang aman, tidak gaduh, membiarkan mereka melakukan kegiatan dalam batas kemampuan dan hobi yang dimilikinya. Keluarga harus dapat membangun semangat dan kreasi lansia dalam memecahkan dan mengurangi rasa putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik dan kelainan yang di deritanya (Azizah, 2011).

Hal ini perlu dilakukan karena perubahan psikologi terjadi bersama semakin lanjutnya usia. Perubahan ini meliputi menurunnya daya ingat untuk peristiwa yang baru terjadi, berkurangnya kegairahan atau

keinginan, peningkatan kewaspadaan, perubahan pola tidur dengan suatu kecenderungan untuk tiduran di waktu siang. Keluarga harus sabar mendengarkan cerita dari masa lampau yang membosankan, jangan menertawakan atau memarahi lansia bila lupa atau melakukan kesalahan (Maryam,2008). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas perawatan psikologis pada lansia sebesar cukup 41 responden (53,2%).

Keluarga harus mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan adukatif pada lansia, keluarga dapat berperan sebagai supporter, interpreter terhadap segala sesuatu yang asing, sebagai penampung rahasia yang pribadi dan sebagai sahabat yang akrab. keluarga hendaknya memiliki kesabaran dan ketelitian dalam memberikan kesempatan dan waktu yang cukup banyak untuk menerima berbagai bentuk keluhan agar para lanjut usia merasa puas. Bila keluarga ingin mengubah tingkah laku dan pandangan mereka terhadap kesehatan, maka bisa melakukannya secara perlahan dan bertahap, keluarga harus dapat mendukung mental mereka kearah pemuasan pribadi sehingga seluruh pengalaman yang dilaluinya tidak menambah beban, bila perlu diusahakan agar dimasa lanjut usia ini mereka dapat merasa puas dan bahagia (Potter & Pery, 2010).

d) Perawatan Sosial

Klien dengan gangguan kognitif mudah menjadi bingung karena suara, bunyi/warna yang berlainan, berada dalam lingkungan yang menakutkan, dan perasaan yang berlebihan. Hal ini dapat membuat lansia menjadi marah dan cemas. Keluarga sebaiknya mengadakan diskusi, tukar fikiran dan bercerita merupakan salah satu upaya keluarga dalam pendekatan sosial. Memberi kesempatan untuk berkumpul bersama dengan sesama lansia berarti menciptakan sosialisasi mereka. Keluarga memberikan kesempatan yang seluas – luasnya kepada para lansia untuk mengadakan komunikasi dan melakukan rekreasi, misalnya jalan pagi, nonton televisi atau hiburan lain (Nugroho,2012).

Dengan demikian lansia perlu dirangsang untuk mengetahui dunia luar, seperti menonton televisi, mendengarkan radio atau membaca surat kabar dan majalah. Dalam memelihara kelangsungan kegiatan sosial menjamin pasien mempunyai kontak langsung dengan orang lain dan hal ini akan memberinya perasaan senang dan bahagia (Sofia,2015). Hasil penelitian ini menunjukan bahwa kualitas perawatan sosial pada lansia sebesar cukup 38 responden (49,4%). Memberi kesempatan untuk berkumpul bersama dengan sesama lansia berarti menciptakan sosialisasi mereka. Pendekatan sosial ini merupakan suatu pegangan bagi perawat bahwa orang yang dihadapinya adalah mahluk sosial yang membutuhkan orang lain. Dalam pelaksanaannya perawat dapat menciptakan hubungan sosial antara lanjut usia dan lanjut usia maupun lanjut usia dan perawat sendiri (Sulistiyorini,2010).

6. Hubungan Tingkat Stress Keluarga dengan Kualitas Perawatan Lansia dengan Gangguan Kognitif

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Dusun Ngabean Triharjo Pandak menunjukkan bahwa tingkat stress keluarga dalam merawat lansia dengan gangguan kognitif yaitu stress ringan sebanyak 12 subjek (15,6%), stress sedang sebanyak 43 subjek (55,8%) dan untuk keluarga yang mengalami stress berat sebanyak 22 subjek (28,6%) dan kualitas perawatan lansia cukup sebanyak 41 subjek (53,2%), melakukan kualitas perawatan baik sebanyak 29 subjek (37,7%) dan kurang sebanyak 7 subjek (9,1%).

Hasil uji statistik menggunakan *kendall's tau-b*, diketahui bahwa nilai *p-value* sebesar 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak sehingga H_a diterima ada hubungan yang signifikan antara tingkat stress keluarga dengan kualitas perawatan lansia dengan gangguan kognitif di Dusun Ngabean Triharo Pandak Bantul Yogyakarta. Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini untuk mengetahui keeratan hubungan menggunakan koefisien korelasi adalah 0,573 dengan tingkat keeratan hubungan sedang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosyidu'isbad (2015) menyebutkan bahwa terdapat pengaruh positif untuk membentuk rasa empati sebagai pondasi dalam melakukan perawatan dengan lansia gangguan kognitif dan ada hubungan yang signifikan. Penelitian ini sejalan dengan Yuliawati (2013) menyebutkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat stress dengan tindak kekerasan pada caregiver demensia. Hubungan antara kedua variable ini menunjukkan arah yang positif. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Widiastuti (2015) menyebutkan bahwa respon keluarga dalam merawat lansia dengan demensia tergambar respon positif sebagai caregiver lansia dan respon negatif sebagai caregiver lansia. Selain itu faktor budaya juga dapat berpengaruh dalam perawatan lansia. Akan tetapi penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Khairunisya (2014) karena tingkat stress yang dinilai lansia sedangkan penelitian ini tingkat stress yang dinilai adalah keluarga.

Menurut Friedman (2010), keluarga dengan fungsi keperawatan, sehat dan ideal dapat memenuhi fungsi-fungsi umum dalam keluarga. Banyaknya persoalan hidup yang dihadapi oleh lansia pada proses menua dapat meningkatnya sensitivitas emosional seseorang, sering merasa tidak berguna, sering marah dan tidak sabaran, merasa kehilangan peran dalam keluarga, mudah tersinggung, dan merasa tidak berdaya. Syafiani (2013) mengemukakan dukungan keluarga merupakan suatu proses yang terjadi sepanjang masa dalam kehidupan sehari-hari. Setiap dukungan keluarga mempunyai prinsip yang berbeda-beda dalam setiap siklus kehidupan. Hal ini akan membuat keluarga dapat berfikir positif dan mampu beradaptasi dengan baik terhadap kualitas perawatan

Eliopoulos (2011) Sebenarnya tidak ada perawatan khusus pada pada alzheimer, dalam perawatan memerlukan evaluasi yang sangat luas sangat penting untuk peran yang lain yang dapat menyebabkan demensia sebelum didiagnosa alzheimer. Sifat demensia yang baik dan buruk dapat berdampak pada keluarga. Sebagian besar perawatan yang diberikan oleh

keluarga dalam lingkup praktik keperawatan. dukungan sosial menunjukkan kepuasan seseorang terhadap persetujuan, penghargaan dan pertolongan oleh seseorang yang berarti. dukungan sosial sebagai petunjuk seseorang untuk percaya bahwa dirinya diperhatikan dan dicintai, dihargai dan memiliki jaringan yang saling memenuhi kewajibannya. Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendirian tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik (sandang, papan, pangan) dan kebutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religiusitas, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain, terlebih saat sedang menghadapi masalah.

Berdasarkan hasil analisa data yang telah dilakukan dalam penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat stress dengan kualitas perawatan lansia dengan gangguan kognitif. Hubungan antar kedua variabel ini menunjukkan arah yang positif. Hal ini sejalan dengan penelitian Yuliawati (2013) ada hubungan yang signifikan yang menunjukkan arah yang positif. Hal ini menunjukkan bahwa semakin mandiri responden secara emosi maka semakin rendah tingkat stresnya. Hurlock (2011) dalam Widiastuti (2015) mengungkapkan bahwa ketergantungan lanjut usia terhadap orang lain akan membuat gerak lansia menjadi terbatas baik secara fisik maupun ekonomi. Keterbatasan-keterbatasan ini membuat lansia kurang dapat menentukan sendiri kehidupannya di hari tua.

Keluarga yang terdiri dari pasangan, anak-anak, cucu-cucu, saudara yang memiliki hubungan darah, memegang peranan besar dalam pemberian dukungan bagi lansia. Jauhari (2003) dalam Riasmini (2013) yang mengatakan bahwa jaringan sosial lansia memiliki porsi yang besar pada anggota keluarga dan sumber dukungan utama bagi lansia adalah anak-anak mereka, terutama anak perempuan. Maka dalam hal ini mereka merasa tergugah hatinya untuk merawat lansia dengan lebih baik lagi. Untuk lansia yang mengalami gangguan kognitif yang berat keluarga ekstra sabar dalam menanganinya sehingga lansia tersebut tetap mendapatkan perhatian, kasih sayang, perawatan

yang baik. Selain itu keluarga harus membagi peran untuk merawat lansia tersebut agar tidak terjadi kecemburuan antar anggota keluarga.

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah lansia yang tidak bisa membaca sehingga kuesioner harus dibacakan dalam pengisiannya, sehingga membutuhkan waktu yang cukup lama dalam pengisian kuesioner. Selain itu dalam pengisian kuesioner kualitas perawatan lansia ada keluarga yang menunggui lansia tersebut sehingga lansia tidak bisa menjawab kuesioner tersebut sepenuh hati. Peneliti tidak melakukan observasi terhadap keadaan lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

PEPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YUNINGSO
YOGYAKARTA