

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KESEPIAN DENGAN
MEKANISME KOPING PADA LANSIA DI UNIT
PELAYANAN LANJUT USIA “WENING WARDOYO”
UNGARAN**

SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh :

RINDA AYU DWI APRISKA

22020112130105

**DEPARTEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, 2016**

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Rinda Ayu Dwi Apriska
NIM : 22020112130105
Fakultas/ Jurusan : Kedokteran/ Ilmu Keperawatan
Jenis : Skripsi
Judul : Hubungan antara Tingkat Keseharian dengan Mekanisme Koping pada Lansia di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk:

1. Memberikan hak bebas *royalty* kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan
2. Memberikan hak menyimpan, mengalihmediakan/ mengalihformatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Desember 2016

Yang Menyatakan



Rinda Ayu Dwi Apriska

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Nama : Rinda Ayu Dwi Apriska
Tempat/ tanggal lahir : Temanggung/ 03 Agustus 1994
Alamat Rumah : Jalan Raya Candiroto No. 04, Candiroto, Temanggung,
Jawa Tengah
No Telp : 0857 2966 1125
Email : rindaapriska@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Hubungan antara Tingkat Keseharian dengan Mekanisme Koping di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran” bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila di kemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsure paksaan dari siapapun.

Semarang, Desember 2016



Rinda Ayu Dwi Apriska

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul:

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KESEPIAN DENGAN MEKANISME
KOPING PADA LANSIA DI UNIT PELAYANAN LANJUT USIA
“WENING WARDOYO” UNGARAN**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Rinda Ayu Dwi Apriska

NIM : 22020112130105

Telah disetujui sebagai laporan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk direview

Pembimbing,



Ns. Nurullya Rachma, S.Kep.,M.Kep, Sp.Kep.Kom
NIP. 19770523 200501 2 002

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul:

HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KESEPIAN DENGAN MEKANISME

KOPING PADA LANSIA DI UNIT PELAYANAN LANJUT USIA

“WENING WARDOYO” UNGARAN

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Rinda Ayu Dwi Apriska

NIM : 22020112130105

Telah diuji pada tanggal dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk

mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan

Penguji I



Ns. Elis Hartati, S.Kep.,M.Kep

NIP. 19750212 201012 2 001

Penguji II



Dwi Susilawati, M.Kep.,Sp.Mat

NIP. 19780311 200812 2 001

Penguji III



Ns. Nurullya Rachma, S.Kep.,M.Kep, Sp.Kep.Kom

NIP. 19770523 200501 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, skripsi yang berjudul “Hubungan antara Tingkat Kesenjangan dengan Mekanisme Koping pada Lansia di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran” dapat diselesaikan. Skripsi ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan. Keberhasilan penyusunan skripsi ini tidak lepas dari arahan, bimbingan, bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu peneliti menyampaikan ucapan terima kasih, khususnya kepada:

1. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
2. Ibu Sarah Ulliya, S.Kp., M.Kes., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
3. Ibu Ns. NurullyaRachma, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.Kom, selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan mengarahkan dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Ibu Ns. Elis Hartati, S.Kep., M.Kep dan Ibu Dwi Susilawati, M.Kep.,Sp.Mat selaku dosen penguji skripsi.
5. Seluruh civitas akademik PSIK FK UNDIP yang telah memberikan pelayanan dan fasilitas yang menunjang keberlangsungan proses belajar.
6. Kedua orang tua tercinta Bapak Supriyadi (Alm) dan Siti Reni Widijati, S.Pd., atas curahan kasih sayang dan dukungannya semoga Allah SWT selalu memberikan kebahagiaan untuk keluarga kita semua.

7. Kakak tersayang Rizky Ananing Apritasari, S.Kep.Ners yang selalu memberikan do'a dan motivasi.
8. Sahabat-sahabatku tercinta (Izumi, Uli, Devi, Ayu, Ika, Fita, Glory, Juliade, Ning) yang selalu memberikan dukungan, bantuan dan do'anya.
9. Keluarga Kos 15 tercinta (Sarah, Putri, Bibah, Evi, Fida, Mutia, Intan) yang selalu memberikan dukungan, bantuan, dan do'anya.
10. Teman satu bimbingan Heny, Santi, dan Marsha yang telah membantu selama proses skripsi dan memberikan dukungan.
11. Keluarga Sokolicious (Ondang, Nitta, Mutia, Lilian, Titi, Rian, Ajik, Chozin, Fajri, Kibar) yang selalu memberikan dukungan dan do'anya.
12. Teman-teman angkatan 2012 khususnya A.12.2, PSIK FK UNDIP, terimakasih atas dukungan dan do'anya.
13. Seluruh responden dan pihak panti atas kesediaanya dan berpartisipasi dalam penelitian ini.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang membantu penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dan kelemahan dalam skripsi ini. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Semarang, Maret 2016

Penulis

Rinda Ayu Dwi Apriska

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan	8
D. Manfaat	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori.....	10
1. Lanjut Usia.....	10
a. Definisi Lansia	10
b. Kalsifikasi Lansia	10

c.	Proses Penuaan	10
d.	Perubahan pada Lansia	11
2.	Kesepian.....	15
a.	Definisi Kesepian	15
b.	Tipe Kesepian.....	16
c.	Penyebab Kesepian.....	17
d.	Ciri-ciri Kesepian	18
e.	Dampak Kesepian.....	19
f.	Kesepian di Panti Wredha	20
g.	Penanganan Kesepian.....	20
h.	Skala Tingkat Kesepian.....	21
3.	Mekanisme Koping.....	22
a.	Definisi Mekanisme Koping	22
b.	Jenis Mekanisme Koping	23
c.	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping...	25
B.	Kerangka Teori.....	28

BAB III METODE PENELITIAN

A.	Kerangka Konsep	29
B.	Hipotesis.....	29
C.	Jenis dan Rancangan Penelitian	29
D.	Populasi dan Sampel Penelitian	30
E.	Besar Sampel.....	30
F.	Tempat dan Waktu Penelitian	31

G. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	32
H. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	34
I. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data.....	41
J. Etika Penelitian	44
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Umum Penelitian	47
B. Karakteristik Demografi Lansia.....	47
C. Distribusi Frekuensi Tingkat Kesenian Lansia	48
D. Distribusi Frekuensi Mekanisme Koping Lansia.....	49
E. Hubungan antara Tingkat Kesenian dengan Mekanisme Koping.....	50
BAB V PEMBAHASAN	
A. Tingkat Kesenian Lansia.....	52
B. Mekanisme Koping Lansia	55
C. Hubungan antara Tingkat Kesenian dan Mekanisme Koping Lansia..	57
D. Keterbatasan Penelitian	59
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	60
B. Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA	62
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
3.1	Definisi Operasional	32
3.2	Klasifikasi pertanyaan <i>Brief Cope</i>	36
3.3	Pembagian mekanisme koping <i>Brief Cope</i> berdasarkan klasifikasi	36
4.1	Distribusi Frekuensi Lansia berdasarkan Jenis Kelamin	48
4.2	Distribusi Frekuensi Lansia berdasarkan Usia	48
4.3	Distribusi Frekuensi Lansia berdasarkan Tingkat Kesepian	49
4.4	Distribusi Frekuensi Lansia berdasarkan Mekanisme Koping	49
4.5	Hubungan antara Tingkat Kesepian dengan Mekanisme Koping	50

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka Teori	28
3.1	Kerangka Konsep	29

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Judul Lampiran
1	Surat Permohonan Pengkajian Data Awal
2	Surat Keterangan Pengkajian Data Awal
3	Surat Permohonan Ijin Penelitian
4	Surat Ijin Penelitian Dinas Sosial
5	Surat Keterangan Penelitian
6	Surat <i>Ethical Clearance</i>
7	Lembar Permohonan Menjadi Responden
8	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
9	Lembar Kuesioner A : Identitas Responden
10	Lembar Kuesioner B : <i>UCLA Loneliness Scale Version 3</i>
11	Lembar Kuesioner C : <i>The Brief Cope</i>
12	Kuesioner <i>Screening</i> Status Mental
13	Permohonan Izin Menggunakan Kuesioner <i>UCLA Loneliness Scale Version 3</i>
14	Permohonan Izin Menggunakan Kuesioner <i>UCLA Loneliness Scale Version 3</i> dalam Bahasa Indonesia
15	Permohonan Izin Menggunakan Kuesioner <i>Brief Cope</i>
16	Permohonan Izin Menggunakan Kuesioner <i>Brief Cope</i> dalam Bahasa Indonesia
17	Jadwal Penelitian
18	Jadwal Konsultasi
19	Hasil Penelitian

Jurusan Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro
Desember, 2016

Rinda Ayu Dwi Apriska

Hubungan antara Tingkat Kesepian dengan Mekanisme Koping pada Lansia di
Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran

xiv+ 66 halaman + 8 tabel + 2 gambar + 19 lampiran

ABSTRAK

Masalah psikologis yang sering timbul pada lansia adalah kesepian. Lansia yang tinggal di panti memiliki tingkat kesepian lebih tinggi dibandingkan lansia yang tinggal bersama keluarga. Penyesuaian diri lansia terhadap stressor yang didapatkan berbeda-beda setiap individu, sehingga mekanisme koping setiap individu akan berbeda-beda. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara tingkat kesepian dengan mekanisme koping pada lansia di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran. Jenis penelitian ini kuantitatif non eksperimen dengan pendekatan *cross sectional*, menggunakan kuesioner UCLA Loneliness Scale Version 3 dan Brief Cope. Penelitian ini menggunakan teknik total sampling. Sampel dalam penelitian ini adalah 66 lansia yang tinggal di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran. Analisa bivariat dilakukan dengan uji *Rank Spearman*. Hasil penelitian menunjukkan 26 responden (39,4%) memiliki tingkat kesepian ringan. 46 responden (69,7%) menggunakan jenis koping berfokus pada emosi. Tidak terdapat hubungan antara tingkat kesepian dengan mekanisme koping pada lansia, *p-value* 0,076 dan $\alpha=0,05$. Lansia diharapkan lebih antusias mengikuti kegiatan yang diadakan panti sehingga tidak hanya tinggal di wisma masing-masing. Peneliti selanjutnya diharapkan untuk meneliti faktor lain yang menyebabkan kesepian pada lansia.

Kata Kunci : Lansia, Tingkat Kesepian, Mekanisme Koping

Daftar Pustaka : 65 (1996-2016)

Department of Nursing
Faculty of Medicine
Diponegoro University
Desember, 2016

Rinda Ayu Dwi Apriska

The Relationship between Level of Loneliness with Coping Mechanisms of the Elderly in Elderly Care Unit "Wening Wardoyo" Ungaran.

xv+ 66 pages + 8 tables + 2 pictures + 19 appendixs

ABSTRACT

Psychological problems that often arise in the elderly are loneliness. Elderly who live in elderly care unit have higher levels of loneliness than the elderly who live with their families. Self-adjustment of elderly is different one to others because of the various stressor, it was made the coping mechanisms of each individual was different. This study aims to determine the relationship between levels of loneliness with coping mechanisms of the elderly in Elderly Care Unit "Wening Wardoyo" Ungaran. This research using quantitative non-experimental method with cross sectional approach, and using third Version UCLA Loneliness Scale questionnaires and the Brief Cope. This study used total sampling technique. The samples in this study were 66 elderly who live in Elderly Care Unit "Wening Wardoyo" Ungaran. Bivariate analysis performed by the Spearman Rank test. The results of this study showed that 26 respondents (39,4%) had mild levels of loneliness. Emotion focused coping was the type of coping mechanism that 46 respondents (69,7%) used to. Analisis results showing that there was no relationship between the level of loneliness with coping mechanisms in the elderly with p-value 0,076 and $\alpha=0,05$. Elderly suggested to more enthusiastically followed the activities held by the elderly care unit, so the elderly will not only stayed in their room. Further researchers is suggested to examine other factors that cause loneliness in the elderly.

Keywords : Elderly, Level of Loneliness, Coping Mechanism

Bibliography : 65 (1996-2016)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lanjut usia (lansia) merupakan tahap akhir dari seluruh tahap perkembangan pada siklus kehidupan manusia (1). Proses tersebut meliputi proses penuaan sehingga manusia menjadi orang tua atau lansia. Proses penuaan tersebut menyebabkan lansia mengalami beberapa perubahan, seperti perubahan fisik, psikologis, dan sosial(1,2).

Menurut Pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesehatan dikatakan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun(3). *World Health Organization* (WHO) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia biologis menjadi 4 kelompok, yaitu usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60 sampai 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) berusia antara 75 sampai 90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) yaitu lansia yang berusia lebih dari 90 tahun(1).

Jumlah populasi lansia di Indonesia diprediksi akan meningkat lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah Asia dan negara lain setelah tahun 2050 (4). Berdasarkan hasil Susenas tahun 2013, jumlah lansia di Indonesia mencapai 20,04 juta orang atau sekitar 8,05% dari seluruh penduduk Indonesia, dan pada tahun 2014 jumlahnya meningkat menjadi 20,24 juta jiwa atau sekitar 8,03% dari seluruh penduduk Indonesia(5,6). Bappenas

menjelaskan bahwa jumlah penduduk lansia di Indonesia akan meningkat menjadi 29,1 juta pada tahun 2020 dan menjadi 36 juta pada tahun 2025(7).

Salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki jumlah populasi lansia dengan proporsi paling tinggi adalah Jawa Tengah(5). Berdasarkan hasil Susenas tahun 2013 sampai 2015, jumlah penduduk lansia di Jawa Tengah terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2013, jumlah lansia di Jawa Tengah sebesar 3,37 juta jiwa atau sekitar 10,34% dari seluruh penduduk Jawa Tengah dan meningkat menjadi 3,93 juta jiwa atau sekitar 11,68% pada tahun 2015(8,9). Beberapa data tersebut menunjukkan bahwa jumlah lansia di Indonesia termasuk provinsi Jawa Tengah cukup besar dan akan terus mengalami peningkatan setiap tahunnya.

Setiap manusia akan mengalami proses menua atau penuaan. Proses menua ditandai dengan terjadinya berbagai perubahan atau regresi (penurunan fungsi), antara lain perubahan fisik, psikologis, dan sosial(1). Perubahan-perubahan tersebut akan menimbulkan masalah pada lansia. Masalah fisik yang timbul pada lansia antara lain mudah jatuh, mudah lelah, berat badan menurun, dan timbulnya gangguan atau penyakit pada sistem tubuh. Hal tersebut disebabkan oleh penurunan fungsi tubuh pada lansia, seperti penurunan fungsi penglihatan, pendengaran, sistem gerak, dan fungsi tubuh yang lain. Penurunan fungsi tubuh menyebabkan adanya gangguan fungsional pada lansia, seperti pandangan kabur, pendengaran berkurang dan sebagainya, sehingga lansia akan merasa cemas, mudah tersinggung, sedih,

depresi, dan terasing. Selain itu masalah yang timbul akibat perubahan fisik, psikologis, dan sosial pada lansia adalah kesepian(1–3).

Kesepian adalah suatu keadaan dimana seseorang merasa jauh atau tersisih dari suatu lingkungan sosial(10). Kesepian merupakan keluhan yang bersifat subjektif pada orang tua atau lansia (11). Isolasi sosial akibat perubahan fisik pada lansia dapat menimbulkan perasaan kesepian pada lansia (12). Selain itu kesepian merupakan kondisi yang sering mengancam kehidupan para lansia, ketika lansia hidup terpisah dengan keluarganya, kehilangan pasangan hidup, dan ketidakberdayaan untuk hidup mandiri (13).

Kesepian yang terjadi pada lansia dibedakan menjadi kesepian emosional dan kesepian sosial (11). Kesepian emosional dapat disebabkan karena kurangnya hubungan emosional dengan keluarga, sedangkan kesepian sosial dapat terjadi karena lansia tidak memiliki jaringan sosial (11). Kesepian berdampak pada kesehatan fisik dan kesehatan psikologis lansia. Kesepian pada lansia dapat menimbulkan stres sehingga dapat mempengaruhi kerja jantung dan muncul penyakit kardiovaskuler. Stres yang meningkat dapat menyebabkan lansia menjadi gelisah, sedih, depresi dan menarik diri dari lingkungan (12,14).

Prevalensi populasi lansia yang mengalami kesepian di Finlandia cukup tinggi, yaitu sekitar 25% (11). WHO juga menjelaskan bahwa seiring dengan peningkatan jumlah lansia, diperkirakan angka kesepian pada lansia juga mengalami peningkatan, dan 50% lansia kini menderita kesepian (10). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dian Kumalasari di Panti

Wredha Harapan Ibu Ngaliyan pada tahun 2014, 14 orang (46,7%) mengalami kesepian ringan, 5 orang (16,7%) mengalami kesepian sedang, 2 orang (6,7%) mengalami kesepian berat, dan sisanya 9 orang (30%) tidak mengalami kesepian (15). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar lansia mengalami kesepian, dari kesepian ringan hingga kesepian berat.

Tingkat kesepian yang dialami lansia akan berbeda-beda. Tingkat kesepian pada lansia yang tinggal di panti lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang tinggal bersama keluarga. Hal tersebut disebabkan oleh stressor yang diterima lansia di lingkungan panti dan yang tinggal bersama keluarganya berbeda, sehingga mempengaruhi kondisi lansia (13). Lansia yang tinggal bersama keluarga memiliki kondisi fisik yang lebih baik sehingga lansia bisa melakukan berbagai aktifitas dan mendapatkan dukungan dari keluarga atau *support system* yang baik, sedangkan lansia yang tinggal di panti wredha memiliki kondisi fisik yang lemah sehingga tidak dapat bebas melakukan aktifitas dan lansia kehilangan hubungan sosial yang diinginkan dengan orang lain. Hal tersebut berpengaruh pada kondisi psikologis lansia, salah satunya tingkat kesepian pada lansia (13,16).

Upaya untuk mengatasi masalah kesepian pada lansia yaitu dibutuhkannya coping yang baik. Mekanisme coping merupakan pertahanan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi, baik dari dalam diri individu, maupun dari luar diri individu (17). Mekanisme coping adalah salah satu cara yang dilakukan untuk beradaptasi terhadap stress, menyelesaikan suatu

masalah, dan respon terhadap suatu ancaman (17,18). Koping merupakan respon pertahanan seseorang terhadap suatu masalah yang terjadi, apabila koping tersebut tidak efektif maka seseorang tidak bisa mencapai harga dirinya dalam mencapai suatu perilaku (19). Salah satu faktor yang mempengaruhi mekanisme koping pada lansia adalah dukungan keluarga. Lansia yang tinggal di panti kurang mendapatkan dukungan dari keluarga yang mengakibatkan lansia merasa kesepian, berdiam diri, menarik diri dan cepat marah-marah sehingga koping yang dilakukan lansia tidak efektif (3). Terdapat dua strategi koping yang bisa dilakukan oleh lansia, yaitu koping berfokus pada masalah dan koping berfokus pada emosi. Koping berfokus pada masalah yaitu koping yang bertujuan untuk menghilangkan atau memperbaiki keadaan yang menekan, sedangkan koping yang berfokus pada emosi yaitu bertujuan untuk mengatur emosinya supaya merasa lebih baik (20).

Salah satu Panti Wredha di wilayah Kabupaten Semarang yaitu Unit Pelayanan Lanjut Usia Wening Wardoyo. Unit Pelayanan Lanjut Usia Wening Wardoyo merupakan salah satu Panti Wredha yang berada dibawah naungan Dinas Sosial. Terdapat 95 lansia yang berada di Unit Pelayanan Lanjut Usia Wening Wardoyo karena lansia tersebut tidak memiliki keluarga, lansia yang terlantar, ataupun lansia yang dititipkan di Panti Wredha tersebut. Berdasarkan wawancara dengan 10 lansia yang berusia ≥ 60 tahun didapatkan data tujuh lansia mengatakan merasa sedih ketika tidak ada saudara yang datang mengunjunginya. Tujuh lansia mengatakan hanya kenal dengan teman

sewismanya saja. Lima lansia lebih memilih menyendiri di kamar ketika kegiatan wajib dari panti sudah selesai. Lima lansia mengatakan tidak memiliki kegiatan di malam hari karena rata-rata lansia lain memutuskan untuk tidur setelah sholat isya' sehingga lansia tidak memiliki teman bercerita. Pengurus panti pun mengatakan bahwa ketika kegiatan wajib sudah selesai, para lansia memilih untuk tidur. Pengurus panti juga mengatakan beberapa lansia sering marah-marah atau merasa iri ketika melihat lansia lain dijenguk oleh keluarganya. Berdasarkan pengukuran dengan menggunakan *University California of Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale 3* didapatkan hasil tiga lansia tidak mengalami kesepian, empat lansia mengalami kesepian ringan, dua lansia mengalami kesepian sedang dan satu lansia mengalami kesepian berat.

Hasil wawancara dengan 10 lansia di Unit Pelayanan Lanjut Usia Wening Wardoyo menunjukkan bahwa empat lansia mengatakan mudah marah-marah ketika merasa suntuk atau stres. Tiga lansia mengatakan tidak suka berbincang-bincang dengan lansia lain dan lebih memilih untuk menyendiri. Tiga lansia juga mengatakan apabila merasa suntuk atau stress berusaha untuk melupakan masalahnya dan lebih memilih untuk tidur. Ketika pagi hari lansia mengikuti aktifitas yang diadakan pihak Panti Wredha di aula, namun setelah kegiatan tersebut selesai, lansia kembali ke ruangan masing-masing. Pada sore sampai malam hari lansia tidak memiliki aktifitas wajib, sehingga kebanyakan lansia memilih untuk tidur lebih awal.

Penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Dian Kumalasari menunjukkan bahwa 21 dari 30 lansia yang tinggal di panti wredha memiliki tingkat kesepian ringan sampai sedang (15). Lansia yang tinggal di panti wredha juga memiliki tingkat kesepian lebih tinggi dibandingkan lansia yang tinggal di rumah bersama keluarganya (13). Penyesuaian diri lansia terhadap stressor yang didapatkan berbeda-beda setiap masing-masing individu, sehingga mekanisme koping pada lansia akan berbeda-beda. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan antara Tingkat Kesepian dengan Mekanisme Koping di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran.

B. Rumusan Masalah

Setiap manusia akan mengalami proses menua atau penuaan yang ditandai dengan terjadinya berbagai perubahan atau regresi (penurunan fungsi), antara lain perubahan fisik, psikologis, dan sosial (1). Perubahan-perubahan tersebut akan menimbulkan masalah pada lansia, salah satunya adalah kesepian(1–3).Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dian Kumalasari di Panti Wredha Harapan Ibu Ngaliyan pada tahun 2014, 21 dari 30 lansia mengalami kesepian (15). Upaya untuk mengatasi masalah kesepian pada lansia yaitu dibutuhkannya koping yang baik. (17). Salah satu faktor yang mempengaruhi mekanisme koping pada lansia adalah dukungan keluarga. Lansia yang tinggal di panti kurang mendapatkan dukungan dari keluarga yang mengakibatkan lansia merasa kesepian, berdiam diri, menarik

diri dan cepat marah-marah sehingga koping yang dilakukan lansia tidak efektif (3).

Fenomena kesepian terjadi pada lansia di Unit Pelayanan Lanjut Usia Wening Wardoyo. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah diuraikan diatas, peneliti tertarik melakukan penelitian tentang “Hubungan antara Tingkat Kesepian dengan Mekanisme Koping di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat kesepian dengan mekanisme koping pada lansia di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat kesepian pada lansia diUnit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran.
- b. Mengidentifikasi mekanisme koping pada lansia diUnit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran.
- c. Mengetahui hubungan antara tingkat kesepian dengan mekanisme koping pada lansia diUnit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Lembaga (Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo Ungaran”)

Penelitian diharapkan dapat memberikan informasi kepada pihak panti wredha mengenai tingkat kesepian dan mekanisme coping pada lansia yang tinggal di Panti Wredha, sehingga penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan pihak panti untuk mengatasi masalah psikologis bukan hanya fisik dan memberikan kegiatan atau aktifitas yang bermanfaat bagi lansia.

2. Bagi Institusi Pendidikan (Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro)

Hasil dari penelitian ini dapat memberikan informasi tentang hubungan tingkat kesepian dengan mekanisme coping pada lansia, sehingga dapat menjadi dasar mahasiswa untuk memberikan intervensi yang tepat kepada lansia yang tinggal di panti wredha.

3. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar pengetahuan atau acuan bagi peneliti lain untuk melakukan penelitian-penelitian selanjutnya mengenai tingkat kesepian dan mekanisme coping pada lansia.

4. Bagi Peneliti

Ketika melakukan penelitian, peneliti dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan gerontik kepada lansia yang tinggal di panti wredha, dan peneliti mendapatkan pengetahuan serta pengalaman baru dalam pembuatan karya ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Lanjut Usia

a. Definisi Lansia

Lansia dikatakan sebagai tahap akhir dari seluruh tahap perkembangan pada siklus kehidupan manusia. Menurut Pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesehatan dikatakan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (3). Menurut Setianto dalam Effendi (2009) seseorang dapat dikatakan sebagai lansia apabila usianya lebih dari 65 tahun (21). Jadi, dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun.

b. Klasifikasi Lansia

WHO menggolongkan lansia berdasarkan usia biologis menjadi 4 kelompok, yaitu (1):

- 1) Usia pertengahan (*middle age*) : antara usia 45-59 tahun
- 2) Lanjut usia (*elderly*) : antara usia 60-74 tahun
- 3) Lanjut usia tua (*old*) : antara usia 75-90 tahun
- 4) Usia sangat tua (*very old*) : berusia lebih dari 90 tahun

c. Proses Penuaan

Tahap dewasa merupakan tahap tubuh mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu jumlah sel-sel yang ada di

dalam tubuh akan berkurang sehingga mengakibatkan tubuh juga akan mengalami penurunan fungsi secara perlahan-lahan. Proses tersebut merupakan proses penuaan (3). Penuaan atau proses terjadinya tua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi serta memperbaiki kerusakan yang diderita (1,3).

Proses menua merupakan proses yang terus berlanjut secara alamiah yang dimulai sejak lahir pada makhluk hidup. Menua merupakan proses berkurangnya kemampuan tubuh atau daya tahan tubuh dalam menghadapi stressor dari dalam maupun luar tubuh (1). Seiring dengan proses menua tersebut, tubuh akan mengalami berbagai masalah kesehatan atau yang biasa disebut sebagai penyakit degeneratif (3).

d. Perubahan pada Lansia

Pada lansia terjadi proses penuaan yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada lansia, yaitu (1,3):

1) Perubahan Fisik

a) Sistem Indra

Perubahan sistem penglihatan pada lansia salah satunya adalah presbiopi. Lensa kehilangan elastisitas dan kaku, otot penyangga lensa lemah, ketajaman penglihatan dan daya

akomodasi berkurang, respon terhadap sinar menurun, dan lapang pandang menurun.

Pada sistem pendengaran, tulang-tulang pendengaran mengalami kekakuan sehingga menyebabkan kemampuan pendengaran pada telinga dalam menurun, sehingga ketajaman dalam mendengar suara-suara menurun.

Pada sistem integumen, kulit lansia akan menjadi keriput dan kering, elastisitas menurun, vaskularisasi menurun, serta rambut memutih (uban).

b) Sistem Musculoskeletal

Cairan pada tulang lansia akan menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis), bungkuk, persendian membesar, dan menjadi kaku (atrofi otot).

c) Sistem Kardiovaskuler dan Respirasi

Pada sistem kardiovaskuler, katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun, elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

Lansia juga mengalami penurunan fungsi pada sistem respirasi karena otot-otot pernafasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik nafas lebih berat, dan alveoli melebar serta jumlahnya menurun.

d) Sistem Saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia akan mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Penuaan menyebabkan penurunan persepsi sensori dan respon motorik pada susunan saraf pusat.

2) Perubahan Kognitif

a) *Memory* (Daya Ingat)

Pada lansia daya ingat akan mengalami penurunan karena proses encoding (penerimaan terhadap informasi yang didapat) menurun. Ingatan jangka panjang kurang mengalami perubahan, sedangkan ingatan jangka pendek atau seketika 0-10 menit akan memburuk.

b) Kemampuan Pemahaman

Kemampuan pemahaman pada lansia mengalami penurunan. Hal ini dipengaruhi oleh konsentrasi dan fungsi pendengaran lansia yang mengalami penurunan.

3) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial meliputi perubahan psikologis pada lansia yaitu *short term memory*, frustrasi, kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi, dan kecemasan (3).

Selain itu, perubahan psikososial pada lansia yaitu(1):

a) Perubahan Aspek Kepribadian

Adanya penurunan fungsi kognitif dan psikomotor pada lansia akan menimbulkan perubahan kepribadian pada lansia. Menurut Kuntjoro dalam Azizah (2011), kepribadian lanjut usia dibedakan menjadi 6 tipe kepribadian yaitu tipe kepribadian konstruktif, mandiri, tipe kepribadian tergantung, bermusuhan, defensive, dan tipe kepribadian kritik diri.

b) Perubahan dalam Peran Sosial di Masyarakat

Akibat berkurangnya kemampuan fungsi beberapa sistem pada lansia, seperti badan menjadi bungkuk, pendengaran berkurang, penglihatan kabur, hal tersebut sering menimbulkan keterasingan. Jika keterasingan terjadi, lansia akan menolak berkomunikasi dengan orang lain dan timbul perilaku regresi, seperti mudah menangis dan mengurung diri. Hal tersebut dapat menyebabkan lansia mengalami kesepian.

c) Perubahan Minat

Lansia juga mengalami perubahan dalam minat. Minat terhadap diri makin bertambah, minat terhadap penampilan semakin berkurang, minat berkurang terhadap kejadian di

lingkungannya, dan minat pada kebutuhan rekreasi juga berkurang.

2. Kesepian

a. Definisi Kesepian

Kesepian adalah perasaan terasing, tersisihkan, terencil dengan orang lain. Kesepian akan muncul jika seseorang merasa tersisih dari kelompoknya, tidak diperhatikan oleh orang-orang disekitarnya, terisolasi dari lingkungan, dan tidak ada seseorang yang bisa dijadikan tempat berbagi rasa dan pengalaman (22). Kesepian merupakan suatu keadaan dimana seseorang merasa jauh atau tersisih dari lingkungan sosial yang berdampak pada gangguan kesehatan yang kompleks (10). Kesepian merupakan kondisi yang sering mengancam kehidupan para lansia, ketika anggota keluarga hidup terpisah dari mereka, kehilangan pasangan hidup, kehilangan teman sebaya, dan ketidakberdayaan untuk hidup mandiri (23).

Dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa kesepian adalah dimana seseorang merasa terasing dari lingkungan sosial, tersisihkan dari kelompoknya, tidak diperhatikan oleh orang-orang sekitarnya, dan merupakan kondisi yang mengancam hidup lansia serta berdampak pada gangguan kesehatan yang kompleks.

b. Tipe Kesepian

Sears et al membedakan dua tipe kesepian berdasarkan hilangnya ketetapan sosial tertentu yang dialami oleh seseorang, yaitu (24,25) :

1) Kesepian emosional

Kesepian emosional adalah perasaan kesepian yang disebabkan karena kehilangan sosok terdekat yang selalu memberikan rasa cinta dan kasih sayang terhadap individu, contohnya adalah kehilangan pasangan hidup. Selain itu kesepian emosional timbul dari tidak adanya figur kasih sayang yang intim, seperti yang biasa diberikan oleh orang tua kepada anaknya atau yang biasa diberikan saudaranya kepada individu.

2) Kesepian sosial

Kesepian sosial terjadi karena isolasi dan disebabkan oleh kurangnya integrasi dalam suatu komunikasi dan kedekatan sosial. Contohnya kesepian ini dialami oleh individu yang harus mengalami relokasi atau berpindah ke tempat baru atau tempat lain yang asing bagi dirinya.

Young dalam Weiten & Loyd membedakan kesepian menjadi tiga tipe berdasarkan durasi kesepian yang dialaminya, yaitu (26):

- 1) *Transient loneliness*, yaitu perasaan kesepian yang durasi waktunya singkat dan muncul sesekali, banyak dialami individu yang memiliki kehidupan sosial cukup layak. Misalnya ketika

mendengar sebuah lagu yang mengingatkan pada seseorang yang dicintai yang telah hilang.

- 2) *Transitional loneliness*, yaitu ketika individu yang sebelumnya sudah merasa puas dengan kehidupan sosialnya menjadi kesepian setelah adanya gangguan jaringan sosialnya. Misalnya meninggalnya orang yang dicintai, bercerai, atau pindah ke tempat yang baru.
 - 3) *Chronic loneliness*, yaitu kondisi ketika individu merasa tidak dapat memiliki kepuasan dalam jaringan sosial yang dimilikinya setelah jangka waktu tertentu. *Chronic loneliness* menghabiskan waktu yang panjang dan tidak dapat dihubungkan dengan stressor yang spesifik.
- c. Penyebab Kesepian

Penyebab kesepian sering diawali karena rasa malu dan terlalu takut untuk melakukan hal-hal yang tidak biasa dilakukan (27). Selain itu, dukungan sosial memiliki hubungan yang erat dengan perasaan kesepian, sehingga kurangnya dukungan sosial juga merupakan salah satu penyebab kesepian pada lansia. Kurangnya dukungan sosial pada lansia antara lain ketiadaan teman dekat, kehilangan pasangan hidup, jaringan dukungan sosial yang terbatas dan rendahnya kualitas hubungan dengan orang lain (27–29). Penyebab lainnya adalah proses penuaan, kondisi penyakit, ketidakmampuan dalam melakukan pemenuhan *activity daily*

living(ADL), tidak memiliki saudara atau sanak keluarga, ditinggalkan oleh anak, lingkungan tempat tinggal yang baru serta hubungan yang tidak harmonis dengan orang terdekat. Dapat disimpulkan penyebab kesepian adalah ketidakadekuatan hubungan baik interpersonal maupun sosial yang bermakna (28–30).

Menurut Martin dan Osborn dalam Rahmi (2015) penyebab umum terjadinya kesepian ada 3 faktor, yaitu (10):

1) Faktor psikologis

Harga diri rendah pada lansia disertai dengan munculnya perasaan-perasaan negatif seperti perasaan takut, cemas, dan berpusat pada diri sendiri.

2) Faktor kebudayaan dan situasional

Terjadinya perubahan dalam tata cara hidup dan kultur budaya dimana keluarga yang seharusnya merawat para lansia kini banyak yang lebih memilih untuk menitipkan lansia ke panti dengan alasan sibuk dan tidak mampu merawat lansia.

3) Faktor spiritual

Kekosongan spiritual pada lansia, terutama lansia yang sudah tidak banyak beraktifitas, seringkali berakibat kesepian.

d. Ciri-ciri Kesepian

Orang yang kesepian mempunyai masalah dalam memandang eksistensi dirinya, seperti merasa tidak berguna atau tidak berharga, merasa gagal dan bosan dalam menjalani hidup, merasa terpuruk,

merasa sendiri atau terasing, merasa tidak ada yang mengerti, merasa tidak diperhatikan dan dicintai, serta perasaan negatif lainnya(13,31). Selain perasaan negatif tersebut, ciri-ciri lansia yang mengalami kesepian adalah kurangnya hubungan yang bermakna dengan orang lain (10).

e. Dampak Kesepian

Kesepian pada lansia dipandang hal yang unik karena berdampak pada gangguan kesehatan yang kompleks (10). Meskipun kesepian pada lansia dianggap sebagai hal normal, namun kesepian dapat mengakibatkan munculnya berbagai masalah masalah kesehatan fisik dan psikologis mulai dari depresi, gangguan tidur, stress, keinginan bunuh diri, dan sistem kekebalan tubuh menurun (13,32,33).

Adapun dampak dari kesepian menurut Robinson dalam Oktaria (2009) yaitu (34):

- 1) Lansia akan mengalami rendah diri
- 2) Tidak ingin terlibat pada kegiatan sosial
- 3) Mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan
- 4) Takut bertemu orang lain dan menghindari situasi baru
- 5) Mempunyai persepsi negatif tentang diri sendiri
- 6) Merasakan keterasingan, kesendirian, dan perasaan tidak bahagia terhadap lingkungan sekitar

f. Kesepian di Panti Wredha

Kesepian pada lansia lebih banyak terjadi pada lansia yang tinggal di panti wredha. Berpisah dengan keluarga atau khususnya berpisah dengan anak-anak, ketika keluarga tidak mampu untuk merawat lansia, hal tersebut membuat para lansia pada akhirnya harus tinggal di panti wredha. Keadaan tersebut dapat menimbulkan perasaan hampa pada diri lansia dan membuat lansia semakin merasa kesepian (32). Selain itu kehilangan pasangan hidup, teman sebaya, tidak memiliki hubungan sosial, secara bertahap keadaan tersebut juga menambah perasaan kesepian pada lansia (23). Kondisi fisik lansia di panti lebih lemah daripada lansia yang tinggal di rumah, karena lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga mendapat dukungan sosial dari keluarga dan dapat melakukan kegiatan sesuai keinginan lansia dengan bebas sehingga kondisi fisik lansia yang tinggal di rumah lebih baik daripada lansia yang tinggal di panti. Lansia yang tinggal di panti tidak dapat menggunakan sarana dan prasarana panti dengan bebas, kurangnya aktifitas lansia di panti yang membuat waktu luang bertambah banyak, kondisi tersebut juga semakin memicu timbulnya rasa kesepian pada lansia (13).

g. Penanganan Kesepian

Cara untuk mengatasi kesepian pada lansia dapat dilakukan oleh diri sendiri atau oleh orang lain. Beberapa hal yang bisa dilakukan lansia dalam menghadapi kesepian oleh diri sendiri adalah bersikap

ramah, mengunjungi teman sebaya, melakukan kegiatan atau kesibukan yang bermanfaat, berpartisipasi dalam kegiatan masyarakat, dan membina hubungan baru dengan orang lain(30,33,35).

Upaya lain yang dapat dilakukan dalam menghadapi kesepian antara lain (35):

- 1) Berusaha membuat dirinya bermanfaat bagi orang lain
- 2) Memperhatikan dan menghibur orang yang mengalami kesusahan
- 3) Bagi lansia yang sudah tidak dapat pergi kemana-mana, upaya ini dapat dilakukan melalui berhubungan dengan orang lain melalui telepon
- 4) Membuka diri untuk bergaul
- 5) Melaksanakan ibadah menurut agama yang dianutnya dengan tekun
- 6) Menciptakan kegiatan/kesibukan yang bermanfaat bagi dirinya, keluarga dan masyarakat sesuai dengan kemampuan yang dimiliki

h. Skala Tingkat Kesepian

Tingkat kesepian pada seseorang dapat diukur dengan menggunakan *University California of Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale* yang disusun oleh Daniel W. Russel. Beliau telah melakukan beberapa revisi pada skala tersebut sehingga saat ini

menjadi *University California of Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale Version 3*. Russel melakukan dua kali revisi yang bertujuan untuk memberikan skor pada pertanyaan positif menjadi keterbalikan dari pertanyaan negatif kemudian revisi yang kedua bertujuan untuk menyederhanakan beberapa pertanyaan supaya responden akan lebih mudah untuk memahami pertanyaan tersebut. Terdapat 20 pertanyaan dalam *UCLA Loneliness Scale Version 3* yang terdiri dari 11 pertanyaan yang bersifat negatif atau menunjukkan kesepian dan 9 pertanyaan yang bersifat positif atau tidak menunjukkan kesepian (36). Skor untuk setiap pertanyaan adalah untuk pertanyaan negatif tidak pernah (1), jarang(2), sering(3), selalu(4), dan untuk pertanyaan positif memiliki skor sebaliknya untuk setiap poin(10,36). Tingkat kesepian kemudian dapat dikategorikan berdasarkan jumlah skor dari seluruh pertanyaan sebagai berikut (10):

- 1) Nilai 20-34 = tidak kesepian
- 2) Nilai 35-49 = kesepian rendah
- 3) Nilai 50-64 = kesepian sedang
- 4) Nilai 65-80 = kesepian berat

3. Mekanisme Koping

a. Definisi Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah salah satu cara yang dilakukan untuk beradaptasi terhadap stress, menyelesaikan suatu masalah, dan

respon terhadap suatu ancaman (17,18). Koping merupakan respon pertahanan seseorang terhadap suatu masalah yang terjadi, apabila koping tersebut tidak efektif maka seseorang tidak bisa mencapai harga dirinya dalam mencapai suatu perilaku (19). Koping atau penanganan masalah adalah pemikiran/perilaku yang bertujuan untuk mengurangi stress akibat situasi yang membahayakan atau mengancam individu (20).

Dari beberapa definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa mekanisme koping adalah salah satu upaya/respon pertahanan seseorang untuk meringankan stress akibat situasi yang mengancam atau cara seseorang untuk menyelesaikan suatu masalah yang dihadapinya.

b. Jenis Mekanisme Koping

Menurut Lazarus dan Folkman dalam Papalia (2011) terdapat dua jenis mekanisme koping, yaitu (20):

1) Koping berfokus pada masalah (*Problem Focused Coping*)

Koping berfokus pada masalah bertujuan untuk menghilangkan suatu masalah, dan memperbaiki keadaan yang menekan individu. Koping tersebut akan digunakan ketika terjadi perubahan yang tidak diinginkan oleh individu tersebut..

Jenis-jenis koping yang berfokus pada masalah, yaitu (37):

a) Keaktifan diri

Suatu upaya untuk menghilangkan penyebab stress dengan usaha yang optimal dengan cara bertindak langsung.

b) Kontrol diri

Individu mengontrol dirinya untuk tidak tergesa-gesa dalam bertindak dan membatasi dirinya untuk tidak banyak terlibat dalam suatu masalah.

c) Perencanaan

Memikirkan bagaimana cara untuk mengatasi penyebab stress, dengan cara membuat strategi terlebih dahulu dan memikirkan langkah yang perlu dilakukan untuk mengatasi penyebab stress tersebut.

d) Isolasi

Individu berusaha menarik diri dari lingkungan dan melupakan masalah yang sedang dihadapinya.

e) Mencari dukungan sosial

Individu akan mencari individu lain untuk memberikan nasehat ataupun untuk membantu individu tersebut menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

2) Koping berfokus pada emosi (*Emotion Focused Coping*)

Koping berfokus pada emosi bertujuan untuk mengatur respon emosi agar tidak memberikan pengaruh buruk pada fisik dan psikologisnya. Koping ini akan digunakan ketika seseorang

berfikir bahwa hanya sedikit atau bahkan tidak ada yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah.

Jenis-jenis mekanisme koping yang berpusat pada emosi yaitu (37):

a) Penyangkalan (*denial*)

Suatu tindakan penolakan atau penyangkalan terhadap suatu masalah yang dihadapi.

b) Penerimaan diri

Keadaan dimana individu berada dalam situasi penuh tekanan sehingga individu tersebut harus mengatasi masalah tersebut.

c) Religius

Cara yang dilakukan individu untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi dengan cara keagamaan supaya individu tersebut merasa lebih tenang.

d) Proyeksi

Keadaan dimana individu menyalahkan individu lain atas masalah yang dihadapinya.

e) *Displacement*

Reaksi emosi individu terhadap masalah yang dihadapi kemudian diarahkan kepada orang lain.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi mekanisme koping pada lansia antara lain jenis kelamin, tingkat spiritualitas, dukungan sosial, dan tingkat pendidikan(37,38).

1) Jenis Kelamin

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa sebagian besar responden perempuan menggunakan mekanisme koping maladaptif daripada responden laki-laki (37). Hal tersebut dikarenakan pada umumnya laki-laki akan berusaha untuk tetap tampak tegar dan menutupi rasa sakit yang dialaminya (39). Yeh et al (2009) mengatakan bahwa jenis kelamin sangat berpengaruh pada individu dalam menanggapi penyakit, stress, dan penggunaan koping dalam mengatasi masalah kesehatan (40).

2) Tingkat Spiritualitas

Berdoa kepada Tuhan merupakan salah satu strategi koping yang berfokus pada masalah (41). Seseorang yang rutin beribadah dengan yang tidak rutin beribadah akan memiliki strategi koping yang berbeda dalam menghadapi suatu permasalahan (37).

3) Dukungan Sosial

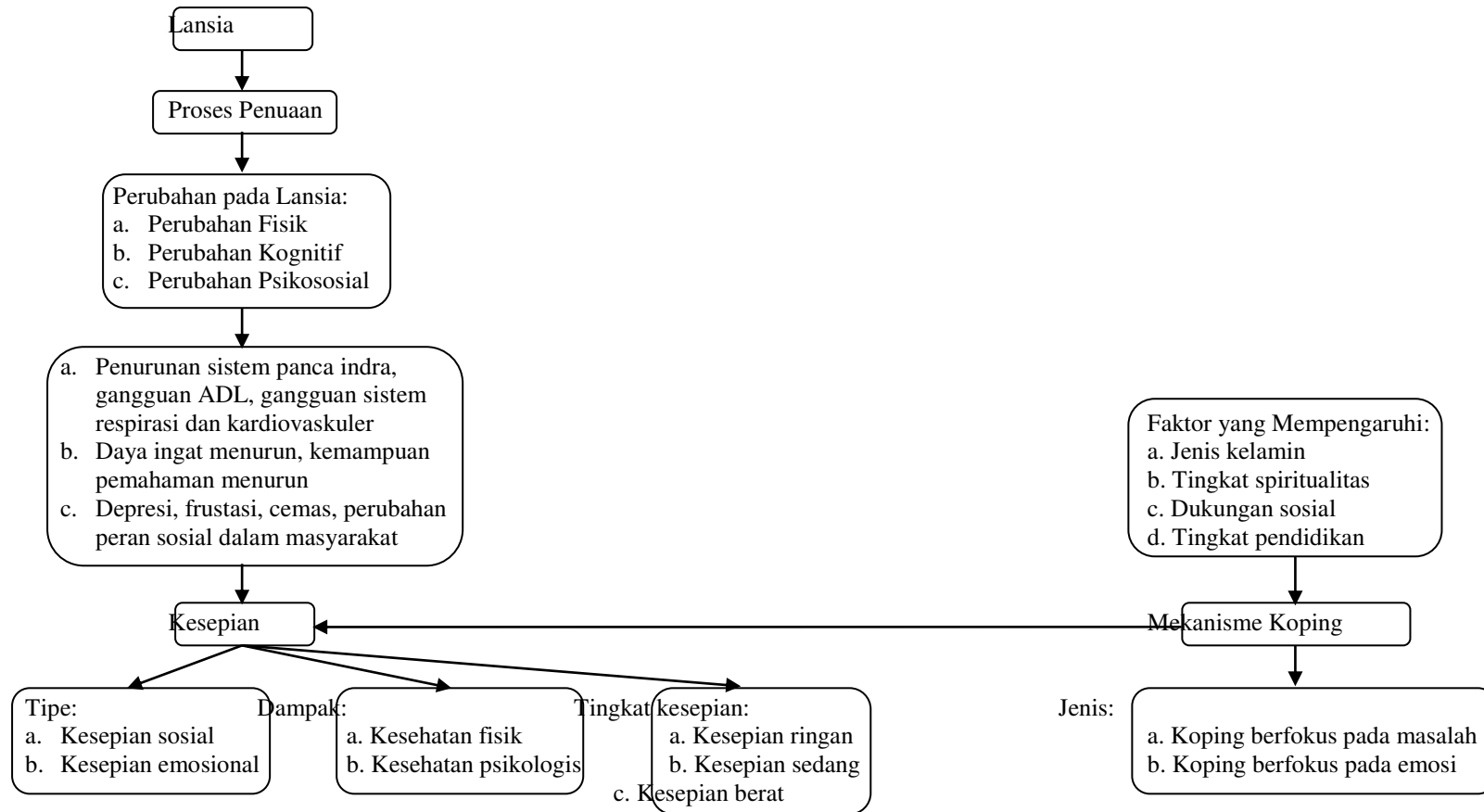
Dukungan sosial baik dari keluarga maupun teman-teman yang didapatkan lansia dalam menghadapi suatu masalah dapat mempengaruhi lansia dalam menggunakan koping, karena

keluarga dan teman-teman merupakan *support system* bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya (19,37).

4) Tingkat Pendidikan

Menurut Siswanto bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, toleransi dan pengontrolannya dalam menghadapi suatu masalah akan semakin baik (42).

B. Kerangka Teori

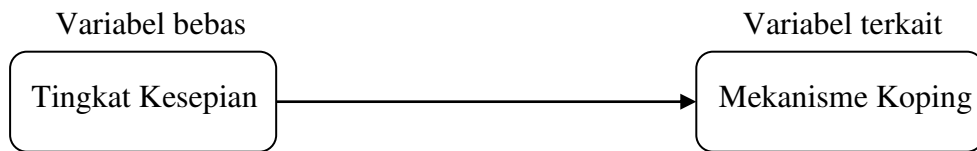


Gambar 2.1 Kerangka Teori (1,3,10,20,24,38)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

B. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap permasalahan yang diajukan, yang kebenaran jawaban ini akan dibuktikan secara empirik dengan penelitian yang akan dilakukan (43). Hipotesis dari penelitian ini adalah terdapat hubungan antara tingkat kesepian dengan mekanisme koping pada lansia di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran. Hasil uji korelasi menunjukkan $p\text{-value} > 0,05$ sehingga hipotesis ditolak.

C. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif non eksperimen dengan menggunakan rancangan penelitian korelasional. Penelitian korelasional bertujuan untuk mengkaji atau mengetahui hubungan korelatif antar variabel (44). Variabel yang dikaji dalam penelitian ini adalah tingkat kesepian dan mekanisme koping. Penelitian ini menggunakan pendekatan cross sectional.

Pendekatan cross sectional adalah variabel independen dan variabel dependen dinilai hanya satu kali saja dan tidak ada *follow up*(44).

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan yang menjadi sasaran penelitian (44). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang tinggal di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran. Jumlah lansia yang tinggal di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran pada bulan Juni 2016 adalah 95 orang.

2. Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling(44). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik sampling yaitu total sampling. Total sampling adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara menetapkan semua anggota populasi sebagai sampel dalam penelitian (45).

E. Besar Sampel

Pada penelitian ini menggunakan teknik sampling yaitu total sampling, dimana semua anggota populasi menjadi sampel dalam penelitian. Besar sampel dalam penelitian ini yaitu 66 orang. Responden penelitian yaitu lansia yang tinggal di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran

yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan adalah sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (44). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Lansia yang tinggal di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” berusia lebih dari 60 tahun
- b. Lansia yang bersedia menjadi responden
- c. Lansia yang dapat berkomunikasi dengan baik

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi Kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (44). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Lansia yang mengalami gangguan kognitif berat
- b. Tidak berada di tempat selama periode penelitian

F. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” dengan alamat Jalan Kutilang No. 24 Ungaran, Kabupaten Semarang. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada Bulan Oktober 2016. Pelaksanaan penelitian dimulai dari pengambilan data awal menggunakan kuesioner.

G. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

1. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu objek yang mempunyai variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (45). Variabel pada penelitian ini adalah :

a. Variabel *Independent* (Variabel Bebas)

Variabel *independent* atau variabel bebas adalah variabel yang menyebabkan perubahan terhadap variabel lain (46). Variabel *independent* pada penelitian ini adalah tingkat kesepian.

b. Variabel *Dependent* (Variabel Terikat)

Variabel *dependent* atau variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat dari perubahan variabel lain (46). Variabel *dependent* pada penelitian ini adalah mekanisme koping.

2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Definisi operasional adalah definisi terhadap variabel berdasarkan konsep namun bersifat operasional, agar variabel tersebut dapat diukur serta dapat diuji oleh peneliti (46).

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
1	Variabel Independent : Tingkat kesepian	Tingkat kesepian adalah tinggi rendahnya keadaan psikologis lansia ketika lansia merasa kesepian atau terasing	Kuesioner UCLA Loneliness Scale Version 3 yang terdiri dari 20 pertanyaan dengan menggunakan skala likert.	Hasil pengukuran dari 20 pertanyaan yaitu : Tidak kesepian : 20-34 Kesepian ringan : 35-49 Kesepian sedang : 50-64 Kesepian berat :	Ordinal

			Skor dari 65-80 jawaban responden, yaitu : untuk pertanyaan negatif : tidak pernah = 1 jarang = 2 kadang-kadang = 3 selalu = 4		
			untuk pertanyaan positif : tidak pernah = 4 jarang = 3 kadang-kadang = 2 selalu = 1		
2	Variabel Dependent : Mekanisme Koping	Mekanisme koping adalah cara mengatasi stress atau masalah yang dihadapi pada lansia yang mengalami kesepian	Kuesioner Brief Cope terdiri dari 28 pertanyaan dengan menggunakan skala likert. Skor dari jawaban responden, yaitu : Saya tidak pernah melakukannya = 1 Saya terkadang melakukannya = 2 Saya sering melakukannya = 3 Saya sangat sering melakukannya = 4	Hasil dari 28 pertanyaan yang terdiri dari 14 klasifikasi dapat menunjukkan jenis mekanisme koping yang digunakan oleh lansia dengan nilai rata-rata setiap klasifikasi, nilai minimal 2 dan nilai maksimal 8 pada masing-masing klasifikasi. Klasifikasi : <i>Problem Focused Coping</i> : <i>active coping, planning, using instrumental support, self distraction, behavioral disengagement.</i> <i>Emotion Focused Coping</i> : <i>religion, positive reframing, acceptance, humor,</i>	Interval

*using emotional
support, denial,
venting, alcohol/drug
use, self blame.*

H. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian

a. Kuesioner A

Kuesioner A adalah data demografi responden yang berisi tanggal pengambilan data, nomor responden dan identitas responden yang terdiri dari nama responden (inisial), jenis kelamin, serta usia.

b. Kuesioner B

Kuesioner B adalah kuesioner *University California of Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale Version 3*, merupakan kuesioner untuk mengukur tingkat kesepian pada lansia. Pada kuesioner ini terdapat 20 pertanyaan yang terdiri dari 11 pertanyaan yang bersifat negatif atau menunjukkan kesepian dan 9 pertanyaan yang bersifat positif atau tidak menunjukkan kesepian. Pertanyaan negatif tersebut yaitu pertanyaan nomor 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, dan 18 sedangkan pertanyaan positif tersebut yaitu nomor 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, dan 20.

Skor untuk pertanyaan negatif yaitu, tidak pernah = 1, jarang = 2, sering = 3, selalu = 4, dan untuk pertanyaan positif memiliki skor sebaliknya yaitu tidak pernah = 4, jarang = 3, sering = 2, selalu = 1.

Tingkat kesepian kemudian dapat dikategorikan berdasarkan jumlah skor dari seluruh pertanyaan sebagai berikut :

- 1) Nilai 20-34 = tidak kesepian
- 2) Nilai 35-49 = kesepian rendah
- 3) Nilai 50-64 = kesepian sedang
- 4) Nilai 65-80 = kesepian berat

Kuesioner *UCLA Loneliness Scale Version 3* merupakan instrumen yang telah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Hasil pengukuran masing-masing dimensi pertanyaan berada diatas 0,5. Hasil pengukuran semua pertanyaan menunjukkan nilai cronbach alfa $> 0,2$ sehingga instrumen ini reliabel (15). Kuesioner *UCLA Loneliness Scale Version 3* dalam bahasa Jawa juga telah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Uji validitas dilakukan oleh Vina Fitriana mahasiswa Universitas Gadjah Mada di PSTW Budhi Dharma dan di Dusun Jowah, Sidoluhur, Sleman dengan hasil validitas untuk nilai korelasi setiap pertanyaan dengan rentang nilai 0,302-0,747 (lansia di Pantii) dan rentang nilai 0,313-0,783 (lansia yang tinggal bersama keluarga). Hasil uji reliabilitas dengan nilai cronbach alfa 0,891 (lansia di Pantii) dan 0,894 (lansia yang tinggal bersama keluarga) sehingga instrumen ini reliable (47).

c. Kuesioner C

Kuesioner C adalah *Brief Cope*, merupakan kuesioner untuk mengetahui jenis mekanisme koping yang digunakan oleh lansia. Terdapat 28 pertanyaan dalam kuesioner tersebut, yang terdiri dari 14 klasifikasi, yaitu:

Tabel 3.2
Klasifikasi pertanyaan *Brief Cope*

Nomor pertanyaan	Klasifikasi	
1 dan 19	<i>self-distraction</i>	koping dengan cara mengalihkan masalah
2 dan 7	<i>active coping</i>	koping dengan cara mengambil keputusan dengan melakukan tindakan untuk mengurangi stress
3 dan 8	<i>Denial</i>	koping dengan cara menolak stressnya
4 dan 11	<i>alcohol/drug</i>	cara menghilangkan stress dengan menggunakan alkohol/obat
5 dan 15	<i>use of strategi emotion support</i>	koping dengan cara memperoleh dukungan emosional atau moral dari orang lain
6 dan 16	<i>behavioral disengagement</i>	koping dengan cara menyerah pada masalah yang dihadapi
9 dan 21	<i>venting of emotion</i>	koping dengan cara mengungkapkan ekspresi perasaan
10 dan 23	<i>use of instrumental support</i>	koping dengan cara mencari bantuan dan saran dari orang lain untuk mengurangi stress
12 dan 17	<i>positif reframing</i>	koping dengan cara mengambil sisi positif dari masalah yang dihadapi
14 dan 25	<i>planning</i>	koping dengan cara memikirkan masalahnya
18 dan 28	<i>Humor</i>	koping dengan cara membuat lelucon
20 dan 24	<i>acceptance</i>	koping dengan cara menerima keadaan yang sedang dialaminya
22 dan 27	<i>religious</i>	koping dengan cara mendekatkan diri kepada Tuhan
13 dan 26	<i>self blame</i>	koping dengan cara menyalahkan diri sendiri

Tabel 3.3
Pembagian mekanisme koping *Brief Cope* berdasarkan klasifikasi

Adaptif	Maladaptif
<i>Problem Focused - Active coping</i>	<i>- Behavioral disengagement</i>

Coping	- <i>Planning</i>	
	- <i>Using instrumenal support</i>	
	- <i>Self distraction</i>	
Emotion Focused Coping	- <i>Religion</i>	- <i>Using emotional support</i>
	- <i>Positive reframing</i>	- <i>Denial</i>
	- <i>Acceptance</i>	- <i>Venting</i>
	- <i>Humor</i>	- <i>Alcohol/drug use</i>
		- <i>Self blame</i>

2. Uji Validitas dan Reliabilitas

a. Uji Validitas

Validitas adalah kesesuaian dan ketepatan data atau keadaan yang terdapat di lapangan tempat penelitian dengan data yang dilaporkan oleh peneliti. Uji validitas bertujuan untuk menguji instrumen penelitian agar mendapatkan data yang valid (48). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan dua instrumen, salah satu instrumen tersebut adalah kuesioner *Brief Cope*.

Kuesioner *Brief Cope* adalah instrumen penelitian baku dan telah digunakan oleh beberapa peneliti. Kuesioner *Brief Cope* dalam bahasa Indonesia sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, dan didapatkan hasil nilai cronbach alfa 0,694 sehingga kuesioner ini reliabel (49). Walaupun kuesioner *Brief Cope* ini sudah valid dan reliabel, peneliti melakukan uji validitas dan uji reliabilitas kembali karena responden dalam penelitian sebelumnya adalah karyawan pabrik dan responden dalam penelitian ini adalah lansia yang tinggal di Panti Wredha. Uji validitas yang dilakukan dalam penelitian ini dengan cara *construct validity*. *Construct validity* adalah ketepatan pengukuran dalam menilai ciri atau keadaan subjek

yang diukur, sesuai dengan teori atau hipotesis yang melatarbelakanginya (43). Peneliti melakukan *construct validity* kepada 30 responden di Panti Wredha Harapan Ibu.

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan rumus *Pearson Product Moment*, yaitu (50):

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{\{n \sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Keterangan :

r_{xy} = koefisien korelasi

n = jumlah responden uji coba

x = skor tiap item

y = skor seluruh item responden uji coba

Instrumen dikatakan valid apabila hasil perhitungan r_{xy} (r_{hitung}) yang dibandingkan dengan besarnya r_{tabel} pada α 5% dengan jumlah n (jumlah data), hasilnya lebih besar ($r_{hitung} > r_{tabel}$) (50). Nilai r_{tabel} adalah 0,361 ($n=30$).

Hasil uji validitas yang telah dilakukan pada hari Selasa, 16 Agustus pada 30 responden dengan rumus *Pearson Product Moment* didapatkan hasil dari kuesioner *Brief Cope* yang terdiri dari 28 pertanyaan semuanya dinyatakan valid dengan r_{hitung} (0,366 – 0,826) $\geq r_{tabel}$ (0,361).

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat presisi suatu alat ukur atau apabila alat ukur dilakukan pengukuran secara berulang akan menghasilkan nilai yang sama (46,48). Uji reliabilitas dalam penelitian ini dengan *internal consistency*, yaitu dilakukan dengan cara mencobakan instrumen sekali saja kemudian data yang diperoleh dianalisis dengan teknik tertentu (45). Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan *Alpha Chronbach's* yaitu (51):

$$r_{11} = \frac{k}{k-1} \times \left\{ 1 - \frac{\sum S_i}{S_t} \right\}$$

Keterangan :

r_{11} = Nilai reliabilitas

$\sum S_i$ = Jumlah varians skor tiap-tiap item

S_t = Varians total

k = Jumlah item

Instrumen dinyatakan reliabel apabila hasil atau nilai *Alpha Chronbach's* $\geq 0,6$ (konstanta) (51).

Hasil pengujian reliabilitas telah dilakukan dan didapatkan nilai $\alpha = 0,746$ untuk kuesioner *Brief Cope*. Nilai *alpha* tersebut lebih besar dari nilai konstanta (0,6) sehingga kuesioner dinyatakan reliabel.

3. Cara Pengumpulan Data

Langkah-langkah pengumpulan data yang akan dilakukan dalam penelitian ini, yaitu :

- a. Peneliti mengajukan permohonan izin dari Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP untuk melakukan penelitian di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran.
- b. Peneliti mengajukan permohonan izin dari Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah untuk melakukan penelitian di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran kemudian mengurus perizinan ke pihak Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran dengan menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian.
- c. Setelah mendapatkan izin, peneliti melakukan studi pendahuluan di Unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungaran untuk mendapatkan data awal.
- d. Peneliti bersama pihak panti mengidentifikasi lansia yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi untuk ditetapkan sebagai responden. Kegiatan tersebut meliputi *screening* untuk mengetahui status mental lansia dengan kuesioner *Short Portable Measure Status Mental Questionnaire* (SPSMQ). Hasil *screening* menunjukkan bahwa 66 orang dari 95 orang lansia memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.
- e. Peneliti melakukan informed consent yaitu menjelaskan tentang penelitian kepada para lansia, dan meminta lansia untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden dalam penelitian ini, namun beberapa lansia yang setuju menjadi responden tidak dapat menuliskan tanda tangannya secara mandiri.

- f. Peneliti membacakan pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner kemudian responden menjawab pertanyaan tersebut sesuai dengan keadaan sebenarnya
- g. Peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk menanyakan hal yang tidak dimengerti. Beberapa lansia tidak dapat mengerti pertanyaan pada kuesioner yang dibacakan satu kali, sehingga peneliti membacakan kembali dan menjelaskan dengan baik sehingga lansia dapat mengerti pertanyaan pada kuesioner tersebut.
- h. Pengambilan data dalam penelitian ini, peneliti dibantu oleh enumerator yang berada dalam bidang yang sama dengan peneliti. Sebelumnya peneliti telah menjelaskan kepada enumerator mengenai penelitian ini serta cara pengisian kuesioner.
- i. Setelah seluruh data memenuhi sampel, data dikumpulkan menjadi satu dan selanjutnya dilakukan pengolahan data

I. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data adalah suatu proses untuk memperoleh data ringkasan berdasarkan kelompok dari data yang sudah dikumpulkan (52). Pengolahan data bertujuan untuk mengubah data yang telah dikumpulkan menjadi informasi yang digunakan dalam pengujian hipotesis (53).

Langkah-langkah dalam pengolahan data meliputi :

a. *Editing*

Proses *editing* adalah memeriksa data yang telah dikumpulkan baik berupa daftar pertanyaan, kartu atau buku register. Proses *editing* meliputi menjumlah dan melakukan koreksi (54). Peneliti menghitung kembali jumlah lembaran daftar pertanyaan setelah semua kuesioner terisi untuk mengetahui apakah sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan dan peneliti memeriksa kembali apakah semua pertanyaan telah diisi.

b. *Coding*

Coding adalah upaya memberi kode-kode tertentu pada jawaban responden (53). Pemberian kode tersebut bertujuan untuk memudahkan dalam pengolahan data (54). Pemberian kode dilakukan untuk kuesioner B dan kuesioner C. Kuesioner B adalah kuesioner *University California of Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale Version 3* untuk mengukur tingkat kesepian. Pemberian kode untuk pertanyaan negatif yaitu tidak pernah = 1, jarang = 2, sering = 3, selalu = 4, dan untuk pertanyaan positif memiliki kode sebaliknya yaitutidak pernah = 4, jarang = 3, sering = 2, selalu = 1. Kemudian untuk kuesioner C yaitu *Brief Cope* untuk mengetahui mekanisme koping. Pemberian kode pada kuesioner tersebut yaitu tidak pernah = 1, kadang-kadang = 2, sering = 3, dan sangat sering = 4.

c. *Entry Data*

Entry data merupakan kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam database computer dan selanjutnya membuat distribusi frekuensi sederhana (55). Peneliti memindahkan atau memasukkan data yang telah diberi kode ke dalam program computer dengan menggunakan program aplikasi pada komputer.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjabarkan secara deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing, serta karakteristik variabel yang diteliti, baik variabel bebas maupun variabel terikat (56). Analisa data dalam penelitian ini adalah dengan mengidentifikasi tingkat kesepian pada lansia dan mekanisme koping pada lansia yang mengalami kesepian.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis untuk mengetahui korelasi antara dua variabel (57). Analisis bivariat dalam penelitian ini berfungsi untuk mengetahui hubungan antara tingkat kesepian dengan mekanisme koping pada lansia. Dalam penelitian ini, uji korelasi awal yang dilakukan adalah uji *Chi Square*. Namun setelah dilakukan *crosstab* pada data hasil penelitian, syarat dari uji *Chi Square* tidak memenuhi karena tabel berbentuk 2x4 dan terdapat 2 sel (25%) yang memiliki nilai angka harapan kurang dari 5. Syarat uji *Chi Square* yaitu tabel berbentuk 2x2 dan jumlah sel dengan

angka harapan kurang dari 5 tidak lebih dari 20% (48). Oleh karena itu, uji korelasi yang dilakukan adalah menggunakan uji *Rank Spearman*. Uji *Rank Spearman* dilakukan dengan cara merangking hasil observasi pada dua variabel yang diukur dan menentukan tingkat hubungan antara variabel-variabel tersebut. Uji *Rank Spearman* ditentukan dengan rumus (58):

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum di^2}{n(n^2 - 1)}$$

Keterangan:

r_s = nilai korelasi *rankspearman*

di = selisih ranking data ke i

n = jumlah sampel

t = jumlah data yang sama

J. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti berpedoman pada prinsip etik dalam penelitian, yaitu :

1. Otonomi

Otonomi merupakan hak untuk memilih apakah seseorang disertakan atau tidak dalam suatu penelitian dengan memberi persetujuannya atau tidak dalam *informed consent* (53). Peneliti menggunakan *informed consent* dalam penelitian ini yang berisi surat permohonan menjadi responden dan surat pernyataan persetujuan untuk menjadi responden.

2. *Beneficence*

Peneliti berupaya dalam penelitian ini mengandung prinsip kebaikan dan guna mendapatkan suatu metode serta konsep yang baru untuk kebaikan responden (53). Penelitian ini memberikan manfaat kepada responden untuk mengetahui mekanisme koping yang dilakukan oleh responden yang mengalami kesepian.

3. *Nonmaleficence*

Penelitian ini memiliki resiko terjadinya kerugian fisik dan psikis terhadap subjek penelitian karena populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah manusia. Penelitian yang dilakukan sebaiknya tidak mengandung unsur bahaya atau merugikan responden (53). Penelitian ini dilakukan dengan pengisian kuesioner sehingga tidak merugikan atau membahayakan responden.

4. *Confidentiality*

Peneliti wajib merahasiakan data-data yang sudah dikumpulkan. Kerahasiaan ini dapat dilakukan dengan menjawab pertanyaan tanpa nama dan sangat dianjurkan responden tidak menyebutkan identitasnya (53). Penelitian ini menerapkan prinsip *confidentiality* dengan cara responden hanya menuliskan inisial namanya.

5. *Veracity*

Penelitian yang dilakukan sebaiknya dijelaskan secara jujur tentang manfaatnya, efeknya, dan apa yang didapat jika responden dilibatkan dalam penelitian tersebut. Hal tersebut harus dilakukan karena responden mempunyai hak untuk mengetahui segala informasi tentang penelitian

tersebut (53). Peneliti memberikan informasi terkait penelitian secara jujur kepada responden sebelum penelitian dilakukan.

6. *Justice*

Peneliti sebaiknya memperlakukan semua responden dengan adil tanpa membeda-bedakan responden yang satu dengan yang lainnya (53). Peneliti dalam penelitian ini memperlakukan setiap responden sama dan adil tanpa membeda-bedakan responden yang satu dengan yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azizah LM. Keperawatan lanjut usia. 1st ed. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2011.
2. Nugroho W. Komunikasi dalam keperawatan gerontik. Jakarta: EGC; 2009.
3. Maryam SR, Ekasari MF, Rosidawati, Al E. Mengenal usia lanjut dan perawatannya. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
4. RI K. Gambaran kesehatan lanjut usia di indonesia. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI; 2013.
5. Statistik BP. Statistik penduduk lanjut usia 2013. 2014.
6. RI K. Menkes: Lansia yang sehat, lansia yang jauh dari demensia. 2016. Diakses dari <http://www.depkes.go.id/article/view/16031000003/menkes-lansia-yang-sehat-lansia-yang-jauh-dari-demensia.html> pada tanggal 22 Maret 2016
7. RI K. Sehat dan aktif di usia lanjut. 2012. Diakses dari <http://www.depkes.go.id/article/view/2143/sehat-dan-aktif-di-usia-lanjut.html> pada tanggal 22 Maret 2016
8. Tengah BPSPJ. Statistik sosial dan kependudukan Jawa Tengah : Hasil Susenas 2013. 2014.
9. Tengah BPSPJ. Statistik sosial dan kependudukan Jawa Tengah : Hasil Susenas 2015. 2016.
10. Rahmi. Gambaran tingkat kesepian pada lansia di Panti Tresna Werdha Pandaan. Seminar Psikologi Kemanusiaan. 2015;257–61.
11. Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Lehtonen, A., Viitanen, M. Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Elsevier Ireland Ltd; 2015;61(2):254–60.
12. Crewdson., Crewdson, J. The effect of loneliness in the elderly population: a review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*. 2016;1.
13. Damayanti, Y., Sukmono, AC. Perbedaan tingkat kesepian lansia yang tinggal di panti werdha dan di rumah bersama keluarga. *E-jurnal*. 2013;1–10.
14. Cherry K. Loneliness: causes, effects and treatments for loneliness. 2015. Diakses

dari <http://psychology.about.com/od/psychotherapy/a/loneliness.htm> pada tanggal 4 April 2016

15. Kumalasari D. Hubungan antara tingkat kecerdasan spiritual. Universitas Diponegoro; 2014.
16. Luo, Y., Hawkley, L., Waite, L., Cacioppo, J. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Science & Medicine*. Elsevier Ltd; 2012;74(6):907–14.
17. Budi Artini, MNR. Mekanisme koping lansia dalam menghadapi masa pensiun. *Ejournal Keperawatan*. 2014;3(2).
18. Taluta, YP., Hamel, RS. Hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pada penderita diabetes melitus type ii di poliklinik penyakit dalam rumah sakit daerah Tobelo Halmahera Utara. *Ejournal Keperawatan*. 2014;2(1):1–9.
19. Halawa, A., Safi'i, I. Perbandingan mekanisme koping lansia terhadap proses penuaan antara yang tinggal di panti werda Usia Undaan Wetan dengan yang tinggal pada keluarga di kelurahan Lakarsantri Surabaya. *E-journal of Nursing Science*. 2014;3(2):12–20.
20. Papalia, DE., Olds, SW., Feldman, RD. Human development (psikologi perkembangan). 9th ed. Jakarta: Kencana; 2011.
21. Effendi, F., Makhfudli. Keperawatan kesehatan komunitas teori dan praktik dalam keperawatan. Jakarta: Jagakarsa; 2009.
22. Suadirman, SP. Psikologi usia lanjut. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2011.
23. Gunarsa, SD. Dari anak sampai usia lanjut: bunga rampai psikologi perkembangan. Jakarta: BPK Gunung Mulia; 2009.
24. Sears, DO., Jonathan, LF., L. Anne, P. Psikologi sosial jilid 1. 5th ed. Jakarta: Erlangga; 2006.
25. Luanaigh, CO., Lawlor, B. Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;23:1213–21.
26. Weiten, W., Lloyd, M. Psychology applied to modern life: adjustment in the 21st century. 8th ed. Canada: Thomson Wadsworth; 2006.
27. Anggota IKAPI. Whole brain training for social intelligent: menggunakan seluruh otak supaya lepas dari kesepian dan pola pikir primitif. Jakarta: PT Gramedia; 2010.

28. Esther, JM., Jochanan. Loneliness, social, networks, and mortality: 18 years of follow-up. *Journal Aging and Human Development*. 2011;72(3):243–63.
29. Hawkley, LC., Cacioppo, JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanism. *Journal the Society of Behavioral Medicine*. 2010;40:218–27.
30. Indriana, Y. Gerontologi: memahami kehidupan usia lanjut. Semarang: Penerbit Universitas Diponegoro; 2008.
31. Wardani, DP. Kesepian pada middle age (masa dewasa pertengahan) yang melajang. Univeristas Muhammadiyah Purwokerto; 2015.
32. Maryatun, S., Herawati, D. Pengaruh pendekatan spiritual terhadap tingkat kesepian kelurahan timbangan kecamatan indralaya utara. Universitas Sriwijaya. 2012;1(19):21–7.
33. Amalia, AD. Kesepian dan isolasi sosial yang dialami lanjut usia: tinjauan dari perspektif sosiologis. 2015;18(02):203–10. Diakses dari puslit.kemosos.go.id pada tanggal 4 April 2016
34. Oktaria, R. Kesepian pada pria usia lanjut yang melajang. Universitas Gunadarma; 2009.
35. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Pembinaan mental emosional lansia. 2012.
36. Russel DW. UCLA loneliness scale (version 3): reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assesment*. 1996;66(1):20–40.
37. Utami, AA. Analisis perbedaan mekanisme koping berdasarkan karakteristik lansia yang mengalami penurunan fungsi gerak di Desa Moncobalang, Kecamatan Barombong, Kabupaten Gowa tahun 2014. Universitas Hasanuddin; 2014.
38. Tamher, S., Noorkasiani. Kesehatan usia lanjut dengan pendekatan asuhan keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
39. Stanley, M. Buku ajar keperawatan gerontik (gerontological nursing: a health promotion or protection approach). Jakarta: EGC; 2007.
40. Yeh, SCJ., Huang, CH., Chou, HC., Wan, TTH. Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. *Sex Roles: A Journal of Research*. 2009;60:44–56.
41. Folkman, S., Moskowitz, TJ. Coping: pitfalls and promise. *Journal of Personality Social Pshycology*. 2004;55:745–68.

42. Siswanto. Kesehatan mental, konsep, cakupan, dan perkembangannya. Yogyakarta: CV Andi Offset; 2007.
43. Pratiknya, AW. Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran & kesehatan. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada; 2003.
44. Nursalam. Konsep & penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian. Jakarta: Salemba Medika; 2003.
45. Sugiyono. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan r&d. Bandung: Alfabeta; 2010.
46. Swarjana, IK. Metodologi penelitian kesehatan (edisi revisi). Yogyakarta: CV Andi Offset; 2015.
47. Fitriana, V. Hubungan antara tingkat kesepian dengan tingkat insomnia pada lanjut usia di Desa Srimulyo Kecamatan Piyungan Bantul Yogyakarta. Universitas Gajah Mada; 2013.
48. Lapau, B. Metode penelitian kesehatan: metode ilmiah penulisan skripsi, tesis, dan disertasi. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia; 2012.
49. Purwiyati. Gambaran strategi coping pada karyawan bagian manufacturing PT Coca Cola Bottling Indonesia Semarang. Universitas Diponegoro; 2015.
50. Notoatmodjo, S. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
51. Singarimbun, M., Sofian, E. Metode penelitian survey. Jakarta: PT Pustaka LP3ES Indonesia; 2006.
52. Supranto, J. Statistik teori dan aplikasi. 6th ed. Jakarta: Erlangga; 2000.
53. Wasis. Pedoman riset praktis untuk profesi perawat. Jakarta: EGC; 2006.
54. Budiarto, E. Biostatistika untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat. Jakarta: EGC; 2001.
55. Sarwono, J. Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2006.
56. Sumantri, A. Metodologi penelitian kesehatan. 1st ed. Jakarta: Kencana; 2011.
57. Saryono. Metodologi penelitian kesehatan. Yogyakarta: Mitra Cendikia; 2009.

58. Dempsey, PA., Dempsey, AD. Riset keperawatan: buku ajar dan latihan. 4th ed. Jakarta: EGC; 2002.
59. Juniarti, N., Eka, RS., Damayanti, A. Gambaran jenis dan tingkat kesepian pada lansia di balai panti sosial Tresna Wedha Pakutandang Ciparay Bandung tahun 2008. Universitas Padjajaran; 2008.
60. Basuki, W. Faktor-faktor penyebab kesepian terhadap tingkat depresi pada lansia penghuni panti. *eJournal Psikologi*. 2015;4(1):713–30.
61. Sari, DE. Faktor-faktor yang berhubungan dengan koping lansia terhadap masa pensiun di kelurahan yosomulyo metro pusat tahun 2010. 2015; Diakses dari ejournal.radenintan.ac.id pada tanggal 5 November 2016
62. Wade, C., Tavris, C. Psikologi. 9th ed. Jakarta: Erlangga; 2008.
63. Suyanta., Ekowarni, E. Pengalaman emosi dan mekanisme koping lansia yang mengalami penyakit kronis. *Jurnal Psikologi*. 2012;39(2):208–21.
64. Septianingsih, DS., Na'imah, T. Kesepian pada lanjut usia: studi tentang bentuk, faktor pencetus dan strategi koping. *Jurnal Psikologi Undip*. 2012;11(2):1–9.
65. Affandi, I. Kecemasan dalam menghadapi kematian pada lansia. 2008. Diakses dari <http://www.duniakesehatan/kecemasan-dalam-menghadapi-kematian.html> pada tanggal 5 November 2016