

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep *ADL* (*Activity Daily Living*)

a. Pengertian *ADL*

ADL adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari. *ADL* merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. *ADL* meliputi antara lain: ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat (Hardywinito & Setiabudi, 2005).

Sedangkan menurut Brunner & Suddarth (2002) *ADL* adalah aktifitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari .

ADL adalah keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat (Sugiarto, 2005).

Istilah *ADL* mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telfon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk,

transfer/bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain) (Sugiarto, 2005).

b. Macam-macam *ADL*

- 1) *ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).
- 2) *ADL instrumental*, yaitu *ADL* yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas *ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).
- 3) *ADL vokasional*, yaitu *ADL* yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
- 4) *ADL non vokasional*, yaitu *ADL* yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *ADL*

ADL terdiri dari aspek *motorik* yaitu kombinasi gerakan volunter yang terkoordinasi dan aspek *propioseptif* sebagai umpan balik gerakan yang dilakukan. *ADL* dasar dipengaruhi oleh: ROM sendi, kekuatan otot, tonus otot, *propioseptif*, persepsi visual, kognitif, koordinasi dan keseimbangan (Sugiarto, 2005).

Menurut Hadiwynoto (2005) faktor yang mempengaruhi penurunan *Activities Daily Living* adalah:

- 1) Kondisi fisik misalnya penyakit menahun, gangguan mata dan telinga;
- 2) Kapasitas mental;
- 3) Status mental seperti kesedihan dan depresi;
- 4) Penerimaan terhadap fungsinya anggota tubuh;
- 5) Dukungan anggota keluarga

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawatan Diri pada Lansia

Menurut UU Nomor 13 Tahun 1998 Pasal 1 Ayat 2 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia menyatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Notoatmojo, 2007). Sedangkan dalam bukunya Hardywinoto (2005) mengatakan yang dimaksud dengan kelompok lanjut usia adalah kelompok penduduk yang berusia 60 tahun ke atas. Batasan lanjut usia menurut dokumen perkembangan lanjut usia dalam kehidupan bangsa yang diterbitkan oleh Departemen Sosial dalam rangka perencanaan hari

lanjut usia nasional tanggal 29 Mei 1996 oleh Presiden RI, batas umur lanjut usia adalah 60 tahun atau lebih (Setiabudi, 1999 dalam Setiadi 2005).

Menurut UU Nomor 13 Tahun 1998 Pasal 1 Ayat 2 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia menyatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Notoatmojo, 2007). Sedangkan dalam bukunya Hardywinoto (2005) mengatakan yang dimaksud dengan kelompok lanjut usia adalah kelompok penduduk yang berusia 60 tahun ke atas. Batasan lanjut usia menurut dokumen perkembangan lanjut usia dalam kehidupan bangsa yang diterbitkan oleh Departemen Sosial dalam rangka pencahangan hari lanjut usia nasional tanggal 29 Mei 1996 oleh Presiden RI, batas umur lanjut usia adalah 60 tahun atau lebih (Setiabudi, 1999 dalam Setiadi 2005).

Adanya berbagai permasalahan yang terjadi berupa kemunduran fisik maupun psikis yang berdampak pada terjadinya penurunan produktifitas lansia, maka fungsi keluarga sangat penting sebagai motivator, edukator, dan fasilitator. Upaya yang dapat dilakukan keluarga untuk melaksanakan fungsinya sebagai motivator yaitu dengan memberikan dukungan kepada lansia untuk dapat menjalani sisa hidupnya dengan baik, hal ini juga berfungsi sebagai strategi preventif pada anggota keluarga yang mengalami gangguan atau sakit. Fungsi keluarga sebagai edukator, keluarga dapat memberikan informasi

tentang kesehatan pada lansia, hal ini dapat berfungsi sebagai usaha promotif dari keluarga. Fungsi keluarga sebagai fasilitator keluarga mampu membimbing, membantu, dan mengalokasikan sumber-sumber untuk memenuhi kebutuhan lansia dan upaya ini juga dapat berfungsi sebagai rehabilitatif maupun kuratif (Friedman, 1998 dalam Putra, A.M., dkk., 2011).

Menurut Potter & Perry (2005), sikap seseorang melakukan perawatan *ADL* dipengaruhi oleh sejumlah faktor yaitu:

1) Citra tubuh

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. *ADL* yang baik akan mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu (Stuart dan Sundeen, 1991). Citra tubuh ini dapat seringkali berubah. Citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan *ADL*.

2) Praktik sosial

Kelompok-kelompok sosial wadah seorang individu berhubungan dapat mempengaruhi perawatan *ADL*. Perawatan *ADL* lansia dapat berubah dikarenakan situasi kehidupan. Misalnya, lansia yang tinggal di rumah perawatan tidak dapat mempunyai privasi dalam lingkungan yang baru. Mereka tidak mempunyai kemampuan fisik untuk membungkuk keluar masuk bak mandi kecuali kamar mandi telah dibentuk untuk mengakomodasi keterbatasan fisik mereka.

3) Status sosial ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan. Dari segi ekonomi, harus diperhatikan apakah individu dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi, dan kosmetik. Sedangkan dari aspek sosial dilihat apakah penggunaan produk-produk tersebut merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktikkan oleh kelompok sosial individu.

4) Pengetahuan

Pengetahuan akan pentingnya perawatan *ADL* dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi perawatan *ADL*. Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup. Seseorang juga harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri sehingga akan terus meningkatkan perawatan dirinya.

5) Variabel kebudayaan

Kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan *ADL*. Seorang dari latar belakang kebudayaan berbeda memiliki praktik perawatan *ADL* yang berbeda. Keyakinan yang didasari kultur sering menentukan definisi tentang kesehatan dan perawatan diri.

6) Pilihan pribadi

Menurut pilihan dan kebutuhan pribadi, setiap individu memiliki keinginan dan pilihan tentang kapan untuk melakukan perawatan diri dan bagaimana ia melakukannya.

7) Kondisi fisik

Semakin lanjut usia seseorang, maka akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik, yang dapat mengakibatkan penurunan peranan-peranan sosialnya. Hal ini mengakibatkan timbulnya gangguan di dalam mencukupi kebutuhan hidupnya. Sehingga dapat meningkatkan bantuan orang lain.

Menurut Friedman (1998) sebagai unit terkecil dari masyarakat, keluarga memiliki fungsi sebagai berikut : pertama fungsi afektif (*the affective function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga untuk berhubungan dengan orang lain. Kedua, fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Ketiga, fungsi reproduksi (*the reproductive function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga. Keempat, fungsi ekonomi (*the economic function*) adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan

kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Kelima, fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan (*the health care function*) yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan.

e. Cara Pengukuran *ADL*

ADL mencakup kategori yang sangat luas dan dibagi-bagi menjadi sub kategori atau domain seperti berpakaian, makan minum, toileting/higieni pribadi, mandi, berpakaian, transfer, mobilitas, komunikasi, *vokasional*, rekreasi, *instrumental ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).

Pengkajian *ADL* penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Pengukuran kemandirian *ADL* akan lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan sistem skor yang sudah banyak dikemukakan oleh berbagai penulis *ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, berhias. Ada

juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).

Beberapa indeks kemandirian *ADL* diantaranya sebagai berikut:

1) Indeks Barthel

Adalah indeks dengan menggunakan skala ordinal 0 (total dependen) – 100 (total independen), yang terdiri dari 10 item makan, mandi, berhias, berpakaian, control kandung kencing, kontrol anus, toileting, transfer kursi/tempat tidur, mobilitas dan naik tangga. Indeks ini cukup handal, efektif dan sensitif dalam mengukur kemandirian *ADL*. Waktu pelaksanaan hanya membutuhkan kurang dari 10 menit, sangat sesuai untuk skrining, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi. Indeks Barthel merupakan skala *ADL* yang sudah diterima secara luas, kehandalan dan kesahihan sangat baik.

2) Indeks Katz

Penilaian dikotomi dengan urutan *dependensi* yang hierarkis : mandi, berpakaian, toileting, transfer, kontinensi, dan makan. Penilaian dari A (mandiri pada keenam item) sampai G (*dependent* pada keenam item). Indeks Katz memiliki cukup kehandalan dan kesahihan, tetapi dengan kisaran *ADL* yang sangat terbatas (6 item). Waktu pelaksanaan < 10 menit, sangat sesuai untuk skrining, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi. Skala *ADL*

ini sudah diterima secara luas, memiliki cukup kehandalan dan kesahihan, mampu menilai keterampilan dasar, tetapi tidak menilai kemampuan berjalan dan naik tangga.

3) *FIM (Functional Independence Measure)*

Skala ordinal dengan 18 item, 7 level dengan skor berkisar antara 18 - 126; area yang dievaluasi; perawatan diri, kontrol stingfer, transfer, lokomosi, komunikasi, dan kognitif sosial; kehandalan dan kesahihan baik, sensitif dan dapat mendeteksi perubahan kecil dengan 7 level.

Waktu pelaksanaan < 20 menit, sangat sesuai untuk skrining, penilaian formal, pemantauan & pemeliharaan terapi serta evaluasi program. FIM merupakan skala *ADL* yang sudah diterima secara luas. Pelatihan untuk petugas pengisi lebih lama karena item banyak.

Berdasarkan perbandingan ketiga Indeks *ADL* di atas, maka dapat dikatakan bahwa Indeks Barthel memiliki kelebihan yang lebih baik dibandingkan dua indeks *ADL* lainnya. Beberapa kelebihan Indeks Barthel, diantaranya: cukup handal, sah, dan sensitif, pelaksanaannya mudah, cepat (dalam waktu kurang dari 10 menit), dari pengamatan langsung atau dari catatan medik penderita, lingkungannya cukup mewakili *ADL* dasar dan mobilitas *ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil

dalam kategori *ADL* dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).

f. Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Lansia

Perubahan patofisiologis pada korteks serebri mengakibatkan lansia mengalami defisit perawatan diri. Sehingga perlu diupayakan penyusunan aktivitas sehari-hari yang lebih sederhana dan singkat yang dapat menimbulkan kepuasan bagi lansia dalam melakukannya (Smeltzer, 2001). Nursalam (2009) mengatakan bahwa klasifikasi tingkat kemampuan perawatan diri (tingkat ketergantungan klien) berdasarkan teori Orem terdiri dari butuh sedikit bantuan (*minimal care*), butuh bantuan sebagian dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri (*partial care*), dan butuh bantuan penuh dalam memenuhi perawatan diri (*total care*). Berdasarkan indeks *Activity Daily Living (ADL)* Barthel, tingkat ketergantungan klien terdiri dari mandiri, ketergantungan ringan, ketergantungan sedang, ketergantungan berat, dan ketergantungan total.

Tabel 1
Indeks ADL Barthel

No	Aktivitas	Kemampuan	Skor
1	Transfer (tidur ke duduk)	Mandiri	3
		Dibantu 1 orang	2
		Dibantu 2 orang	1
		Tidak Mampu	0
2	Mobilisasi (berjalan)	Mandiri	3
		Dibantu 1 orang/walker	2
		Dengan kursi roda	1
		Tergantung orang lain	0

No	Aktivitas	Kemampuan	Skor
3	Penggunaan toilet (pergi ke/dari WC. melepas/mengenakan celana, menyeka, menyiram)	Mandiri	1
		Perlu pertolongan orang lain	0
4	Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Mandiri	1
		Perlu pertolongan orang lain	0
5	Mengontrol BAB	Kontinen teratur	2
		Kadang-kadang inkontinen	1
		Inkontinen	0
6	Mengontrol BAK	Kontinen teratur	2
		Kadang-kadang inkontinen	1
		Inkontinen	0
7	Mandi	Mandiri	1
		Tergantung orang lain	0
8	Berpakaian (mengenakan baju)	Mandiri	2
		Sebagian dibantu	1
		Tergantung orang lain	0
Makan		Mandiri	2
		Perlu pertolongan	1
		Tergantung pertolongan orang lain	0
10	Naik turun tangga	Mandiri	2
		Perlu pertolongan	1
		Tidak mampu	0
Skor Total			19

Nilai ADL = 19 : Mandiri
 15- 18 : Ketergantungan ringan
 10- 14 : Ketergantungan Sedang
 5- 9 : Ketergantungan Berat
 0- 4 : Ketergantungan total

g. Peran Keluarga dalam Pemberian ADL

- 1) Secara spesifik, dengan adanya pengetahuan yang baik yang dimiliki keluarga berpengaruh pada sikap yang akan dilakukan dalam melakukan perilaku perawatan pada Lansia, sehingga berpengaruh pula pada kemandirian Lansia itu sendiri. Menurut Rachman (2003) yang dimaksud pengetahuan adalah hasil dari kegiatan mengetahui. Mengetahui artinya mempunyai gambaran dalam pikirannya tentang sesuatu. Pada dasarnya manusia mengetahui dengan dua cara sehingga dalam otaknya ada bayangan yaitu mengetahui indera dan mengetahui lewat akalinya.
- 2) Tahap-tahap Kehidupan Keluarga dan Perkembangan
Tahap-tahap kehidupan keluarga menurut Duvall dan Miller (Friedman, 1998) adalah sebagai berikut:
 - a) Tahap I: Pasangan Baru (Keluarga Baru)
Dimulai saat individu laki-laki (suami) dan perempuan (istri) membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah.
 - b) Tahap II : Kelahiran Anak Pertama (*Child Bearing*)
Tahap kelahiran anak pertama, keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 3 bulan.

c) Tahap III : Keluarga dengan Anak Pra Sekolah

Tahap keluarga dengan anak pra sekolah dimulai saat kelahiran anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun.

d) Tahap IV: Keluarga dengan Anak Sekolah

Keluarga dengan anak sekolah dimulai saat anak masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun.

e) Tahap V : Keluarga dengan Anak Remaja

Keluarga dengan anak remaja dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir 6 – 7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya.

f) Tahap VI : Keluarga dengan anak dewasa (perlepasan)

Keluarga dengan anak dewasa (perlepasan) dimulai pada saat anak yang pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah.

g) Tahap VII : Keluarga dengan Usia Pertengahan

Keluarga usia pertengahan dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pension dan salah satu pasangan meninggal.

h) Tahap VIII : Keluarga Usia Lanjut

Keluarga usia lanjut, perkembangan keluarga ini dimulai saat salah satu dari pasangan pension, berlanjut sampai pada salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal.

3) Tugas Perkembangan

Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan, mempertahankan keakraban suami dan istri serta saling merawat, mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat, melakukan *Life Review*.

4) Tugas-tugas Pokok Keluarga

Ada delapan tugas pokok keluarga adalah sebagai berikut:

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

2. Pengetahuan

a. Pengertian

Menurut Rachman (2003) yang dimaksud pengetahuan adalah hasil dari kegiatan mengetahui. Mengetahui artinya mempunyai gambaran dalam pikirannya tentang sesuatu.

Menurut Notoatmojo (2007) pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), (2002) dalam Sukmadinata (2005) menyebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut:

1) Faktor internal

a) Jasmani

Faktor jasmani diantaranya adalah keadaan indera seseorang.

b) Rohani

Faktor rohani diantaranya adalah kesehatan psikis, intelektual, psikomotor serta kondisi efektif atau kognitif individu.

2) Faktor eksternal

a) Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon yang akan datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberi respon yang akan datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberi respon yang

lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berpikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut.

b) Paparan media masa

Melalui berbagai media cetak maupun elektronik berbagai informasi dapat diterima oleh masyarakat sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media masa (TV, radio, majalah, pamflet, dan lain-lain) akan memperoleh informasi dari media. Berarti paparan media massa mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang.

c) Ekonomi

Keluarga dalam memenuhi kebutuhan primer maupun sekunder, keluarga dengan status ekonomi lebih baik, lebih mudah tercukupi dibanding dengan keluarga dengan status ekonomi rendah. Hal ini akan mempengaruhi kebutuhan akan informasi yang termasuk kebutuhan sekunder.

d) Hubungan sosial

Manusia adalah makhluk sosial, dimana dalam kehidupan saling berinteraksi antara satu dengan yang lain. Individu yang dapat berinteraksi kontinyu akan lebih terpapar informasi. Sementara faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikasi untuk menerima pesan menurut model komunikasi media.

e) Pengalaman

Pengalaman individu tentang berbagai hal bisa diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangan misalnya sering mengikuti kegiatan yang mendidik, seperti seminar, penyuluhan. Organisasi dapat memperluas jangkauan pengalaman karena dari berbagai kegiatan tersebut, informasi tentang satu hal dapat diperoleh.

3. Konsep Perilaku

a. Pengertian

Perilaku manusia adalah refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, persepsi, minat, keinginan dan sikap. Hal-hal yang mempengaruhi perilaku seseorang sebagian terletak dalam diri individu sendiri yang disebut juga faktor internal sebagian lagi terletak di luar dirinya atau disebut dengan faktor eksternal yaitu faktor lingkungan (Notoatmodjo, 1997).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan

Menurut L.W.Green, didalam Notoatmodjo (2003) faktor penyebab masalah kesehatan adalah faktor perilaku dan faktor non perilaku. Faktor perilaku khususnya perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 (tiga) faktor, yaitu:

1) Faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factors*)

Adalah faktor yang terwujud dalam kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan juga variasi demografi, seperti: status ekonomi, umur, jenis

kelamin dan susunan keluarga. Faktor ini lebih bersifat dari dalam diri individu tersebut.

2) Faktor-faktor pemungkin (*Enabling factors*)

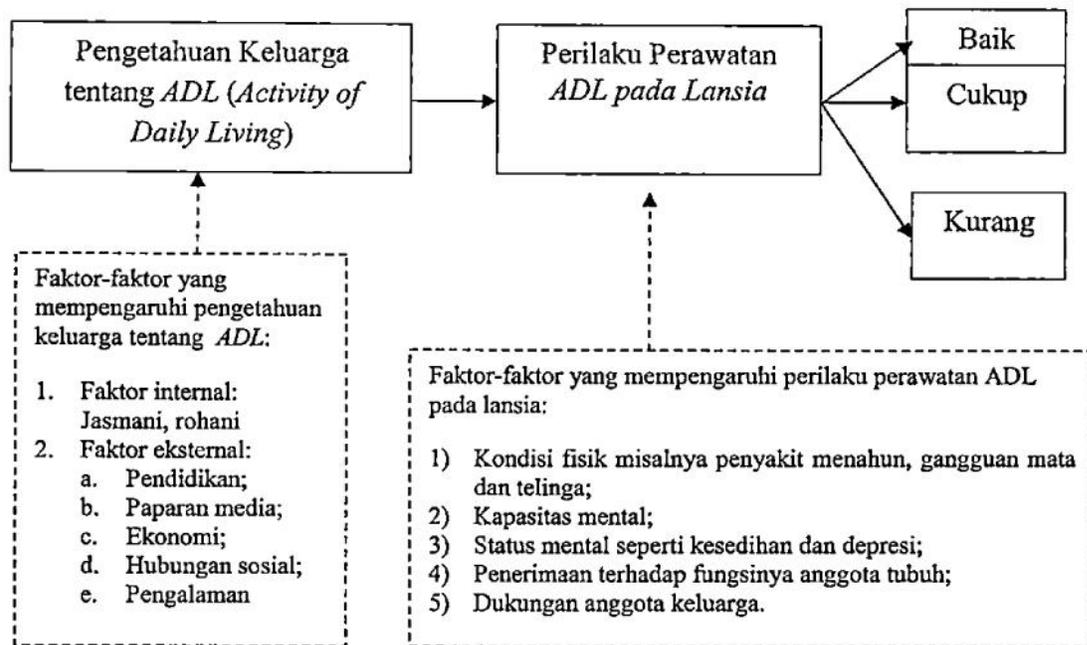
Adalah faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik, termasuk didalamnya adalah berbagai macam sarana dan prasarana, misal: dana, transportasi, fasilitas, kebijakan pemerintah dan lain sebagainya.

3) Faktor-faktor pendukung (*Reinforcing factors*)

Adalah faktor-faktor ini meliputi: faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku petugas termasuk petugas kesehatan, undang-undang peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

B. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian tinjauan pustaka di atas, maka dapat disajikan pola pikir variabel penelitian sebagai berikut:



Keterangan :

= Variabel yang diteliti

→

→ = Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1.
Kerangka Konsep Penelitian
Sumber: Arikunto (2006) dan Sugiarto (2005)

C. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Ha : Ada hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang *Activity Daily of Living* (ADL) dengan perilaku perawatan *ADL* pada lansia dengan tingkat ketergantungan sedang di Desa Salakan Sewon Bantul bulan februari tahun 2012.

Ho : Tidak Ada hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang *Activity Daily of Living* (ADL) dengan perilaku perawatan *ADL* pada lansia dengan tingkat ketergantungan sedang di Desa Salakan Sewon Bantul bulan februari tahun 2012.