

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Berdasarkan latar belakang penelitian diatas, dijelaskan bahwa tingkat kemandirian sangat penting dalam upaya perawatan kualitas hidup pada lansia dimana hal itu dapat mempengaruhi tingkat kemandirian lansia dalam kualitas hidupnya. Oleh sebab itu, tinjauan pustaka dalam penelitian ini akan membahas beberapa konten, diantaranya :

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Menurut undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada bab 1 pasal 1 ayat 2, yang dimaksud lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas. Menurut Dra. Ny. Jos Masdani dan Nugroho, (2000) dalam Azizah (2011), mengemukakan bahwa lansia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi 4 bagian pertama fase iufentus antara 25 dan 40 tahun, kedua fase verilitas, antara 40 dan 50 tahun, ketiga fase prasenium antara 55 dan 65 tahun dan keempat fase senium, antara 65 hingga tutup usia.

Pengertian lansia beragam tergantung kerangka pandang individu. Orang tua yang berusia 35 tahun dapat dianggap tua oleh anaknya dan tidak mudah lagi. Orang sehat aktif berusia 65 tahun mungkin menganggap usia 75 tahun sebagai permulaan lanjut usia (Brunner dan Sudart, 2001). Menurut Surini dan Sutomo (2003), lanjut usia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses

kehidupan yang akan dijalani semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Azizah, 2011).

Menurut Reimer et al (1999) dalam Stanley and Beare (2007), mendefinisikan lansia berdasarkan karakteristik sosial masyarakat yang menganggap bahwa orang tua jika menunjukkan ciri fisik seperti rambut beruban, kerutan kulit, dan hilangnya gigi. Dalam peran masyarakat tidak bisa lagi melaksanakan fungsi peran orang dewasa, seperti pria yang tidak lagi terikat dalam kegiatan ekonomi produktif, dan untuk wanita tidak dapat memenuhi tugas rumah tangga. Kriteria simbolik seseorang dianggap tua ketika cucu pertamanya lahir. Dalam masyarakat kepulauan pasifik, seseorang dianggap tua ketika ia berfungsi sebagai kepala dari garis keturunan keluarganya (Azizah, 2011).

2.1.2 Batasan Lanjut Usia

WHO (1999) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis/biologis menjadi 4 kelompok yaitu usia pertengahan (middle age) antara usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (elderly) berusia antara 60 dan 74 tahun, lanjut usia tua (old) usia 75 sampai 90 tahun, dan usia sangat tua (very old) diatas 90 tahun. Sedangkan Nugroho (2000) menyimpulkan pembagian umur berdasarkan pendapat beberapa ahli, bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun ke atas.

2.1.3 Tugas Perkembangan Lanjut Usia

Seiring tahap kehidupan, lansia memiliki tugas perkembangan khusus. Hal ini didiskripsikan oleh Burnside (1979) dan Havighurst (1953) dikutip oleh Potter dan Perry (2005). Tujuh kategori utama tugas perkembangan lansia meliputi :

1. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan

Lansia harus menyesuaikan dengan perubahan fisik seiring dengan terjadinya penurunan dan penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi tubuh.

2. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan

Lansia umumnya mengalami masa pensiun dari pekerjaan, oleh karena itu mungkin perlu untuk menyesuaikan dan membuat perubahan karena kehilangan pendapatan dan hilangnya peran bekerja. Bagaimanapun, karena pensiunan ini biasanya telah diantisipasi, seseorang dapat berencana kedepan untuk untuk berpartisipasi dalam mengatasi aktivitasnya sehari-hari, mencari minat dan hobi baru maupun kesibukan sehari-hari, dan bila perlu melanjutkan pendidikannya.

3. Menyesuaikan terhadap kematian pasangan

Mayoritas lansia dihadapkan pada kematian pasangan, teman, dan kadang anaknya. Kehilangan ini sering sulit diselesaikan oleh lansia, apalagi bagi lansia yang menggantungkan hidupnya dengan seorang teman yang sangat berarti bagi dirinya. Dengan membantu lansia melalui proses berduka, dapat membantu mereka menyesuaikan diri terhadap kehilangan.

4. Menerima diri sendiri sebagai individu lansia

Beberapa lansia menemukan kesulitan untuk menerima diri sendiri selama penuaan. Mereka dapat memperlihatkan ketidakmampuannya sebagai koping dengan menyangkal penurunan fungsi, meminta cucunya untuk memanggil mereka dengan sebutan nenek atau menolak meminta bantuan dalam tugas yang menempatkan keamanan mereka pada resiko yang besar.

5. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup

Lansia dapat mengubah rencana kehidupannya, misalnya, kerusakan fisik dapat mengharuskan pindah ke rumah yang lebih kecil dan untuk seorang diri. Beberapa masalah kesehatan lain mungkin mengharuskan lansia untuk tinggal dengan keluarganya atau dengan temannya. Perubahan rencana kehidupan bagi lansia mungkin membutuhkan waktu untuk menyesuaikan selama lansia memerlukan bantuan dan dukungan profesional perawatan kesehatan dan keluarga.

6. Mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang dewasa

Lansia sering memerlukan penetapan hubungan kembali dengan anak-anaknya yang telah dewasa. Masalah-masalah keterbalikan peran, ketergantungan, konflik, perasaan bersalah, dan kehilangan memerlukan pengenalan dan resolusi.

7. Menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup

Lansia harus belajar menerima aktivitas dan minat baru untuk mempertahankan kualitas hidupnya. Seorang lansia yang sebelumnya aktif secara sosial sepanjang hidupnya mungkin merasa relative mudah untuk bertemu dengan orang baru dan minat baru. Akan tetapi, seseorang yang introvert dengan sosialisasi terbatas, mungkin menemui kesulitan bertemu dengan orang yang baru maupun minat yang baru selama pensiun.

Dengan mengetahui tugas perkembangannya, orang tua diharapkan mampu menyesuaikan diri dengan menurunnya kesehatan secara bertahap, mencari kegiatan untuk mengganti tugas-tugas terdahulu yang menghabiskan sebagian

besar waktu saat mereka masih muda. Disamping itu, sebagian besar orang yang berusia lanjut perlu mempersiapkan dan menyesuaikan diri dengan peristiwa kehilangan pasangan, perlu membangun ikatan dengan anggota dari kelompok usia mereka untuk menghindari kesepian dan menerima kematian dengan tenang dan tentram.

2.1.4 Proses Penuaan

Mengapa menjadi tua, tahap dewasa merupakan tahap tubuh mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu tubuh mulai menyusut dikarenakan berkurangnya jumlah sel-sel yang ada di dalam tubuh. Sebagai akibatnya, tubuh juga akan mengalami penurunan fungsi secara perlahan-lahan. Itulah yang dikatakan proses penuaan.

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 (Constantinides,1994) dalam Setiadi (2005). Sering dengan proses menua tersebut, tubuh akan mengalami berbagai masalah kesehatan atau yang biasa disebut sebagai penyakit degenerative (Maryam dkk, 2012).

2.1.5 Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, sosial, dan psikologis (Maryam, 2012).

1. Perubahan fisik
 - a. Sel

Jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh menurun, dan cairan intraseluler menurun

b. Kardiovaskuler

Katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

c. Respirasi

Otot-otot pernafasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun, serta terjadi penyempitan pada bronkus

d. Persarafan

Saraf panca indra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespons dari waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress. Berkurangnya atau hilangnya lapisan myelin akson, sehingga menyebabkan berkurangnya respons motorik dan reflex.

e. Musculoskeletal

Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis), bungkuk (kifosis), persendian membesar dan menjadi kaku (atrofi otot), kram, tremor, tendon mengerut dan mengalami sklerosis.

f. Gastrointestinal

Esophagus melebar, asam lambung menurun, lapar menurun, dan peristaltic menurun sehingga daya absorpsi juga ikut menurun. Ukuran lambung mengecil serta fungsi organ aksesori menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan enzim pencernaan.

g. Genitourinaria

Ginjal : mengecil, aliran darah ke ginjal menurun, penyaringan di glomerulus menurun, dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengonsentrasi urine ikut menurun.

h. Vesika urinaria

Otot-otot melemah, kapasitasnya menurun, dan retensi urine. Prostat : hipertrofi pada 75% lansia

i. Vagina

Selaput lender mengering dan sekresi menurun

j. Pendengaran

Membrane timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran. Tulang-tulang pendengaran mengalami kekakuan.

k. Penglihatan

Respons terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun dan katarak.

l. Endokrin

Produksi hormone menurun

m. Kulit

Keriput serta kulit kepala dan rambut menipis. Rambut dalam hidung dan telinga menebal. Elastisitas menurun, vaskularisasi menurun, rambut memutih (uban), kelenjar keringat menurun, kuku keras dan rapuh, serta kuku kaki tumbuh berlebihan seperti tanduk.

n. Belajar dan memori

Kemampuan belajar masih ada tetapi relative menurun karena proses *encoding* menurun.

o. Intelegensi

Secara umum tidak banyak berubah

p. Personality dan adjustment (pengaturan)

Tidak banyak perubahan, hampir seperti saat muda.

q. Pencapaian (achievement)

Sains, filosofi, seni, dan music sangat mempengaruhi

2. Perubahan sosial

a. Peran

Post power syndrome, single woman, dan sigle parent

b. Keluarga (*emptiness*) kesendirian, kehampaan

c. Teman

Ketika lansia lainnya meninggal, maka muncul perasaan kapan akan meninggal. Berada dirumah terus menerus akan cepat pikun (tidak berkembang).

d. *Abuse*

Kekerasan berbentuk verbal (dibentak) dan nonverbal (dicubit, tidak diberi makan).

e. Masalah hukum

Berkaitan dengan perlindungan asset dan kekayaan pribadi yang dikumpulkan sejak masih muda.

f. Pensiun

Kalau menjadi PNS akan ada tabungan (dana pensiun). Kalau tidak, anak dan cucu yang akan member uang.

g. Ekonomi

Kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang cocok bagi lansia dan income security

h. Rekreasi untuk ketenangan batin

i. Keamanan jatuh, terpeleset

j. Transportasi

Kebutuhan akan sistem transportasi yang cocok bagi lansia

k. Politik

Kesempatan yang sama untuk terlibat dan memberikan masukan dalam sistem politik yang berlaku

l. Pendidikan

Berkaitan dengan pengentasan buta aksara dan kesempatan untuk tetap belajar sesuai dengan hak asasi manusia

m. Agama melaksanakan ibadah

n. Panti jompo merasa dibuang/diasingkan

3. Perubahan psikologis

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

Dalam psikologi perkembangan, lansia dan perubahan yang dialaminya akibat proses penuaan digambarkan oleh hal-hal berikut.

2.2 Konsep Kemandirian Lansia

2.2.1 Pengertian

Menurut Mu'tadin (2007), kemandirian merupakan kemampuan seseorang untuk tidak tergantung pada orang lain serta bertanggung jawab atas apa yang dilakukan.

Fungsi kemandirian pada lansia mengandung pengertian yaitu kemampuan yang dimiliki oleh lansia untuk tidak bergantung pada orang lain dalam melakukan aktivitasnya, semuanya dilakukan sendiri dengan keputusan sendiri dalam rangka memenuhi kebutuhannya (Alimul, 2004).

Selain itu kemandirian bagi orang lanjut usia dapat dilihat dari kualitas hidup. Kualitas hidup orang lanjut usia dapat dinilai dari kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) menurut Setiati (2007) dikutip oleh Ratna (2008) ada 2 yaitu AKS standar dan AKS instrumental. AKS standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil, dan mandi. Sedangkan AKS instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang.

2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kemandirian Orang Lanjut Usia

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia meliputi :

1. Kondisi kesehatan

Lanjut usia yang memiliki tingkat kemandirian tertinggi adalah mereka yang secara fisik dan psikis memiliki kesehatan yang cukup prima. Prosentase yang paling tinggi adalah mereka yang mempunyai kesehatan baik. Dengan memiliki kesehatan yang baik mereka bisa melakukan aktivitas apa saja dalam kehidupannya sehari-hari seperti : mengurus dirinya sendiri, mengerjakan rekreasi. Hal ini sejalan dengan pendapat Setiati (2007) bahwa kemandirian bagi lansia dapat dilihat dari kualitas kesehatan yang dimiliki sehingga dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS). Sedangkan pada lanjut usia dengan kesehatan sedang cenderung tidak mandiri. Hal ini disebabkan karena kondisi kesehatan mereka baik fisik maupun psikis yang kadang-kadang sakit atau mengalami gangguan, sehingga aktivitas sehari-hari tidak semuanya dapat dilakukan sendiri. Pada beberapa kegiatan mereka memerlukan bantuan dari orang lain, misalnya mengerjakan pekerjaan yang berat atau mengambil keputusan.

Orang lanjut usia yang memiliki kondisi kesehatan sedang cenderung memilih aktivitas yang memerlukan sedikit kegiatan fisik. Untuk mengerjakan beberapa aktivitas fisik dan psikis yang berat mereka memerlukan bantuan maupun pertolongan dari orang lain. Dampak dari menurunnya kondisi kesehatan seseorang secara bertahap dalam

ketidakmampuan secara fisik mereka hanya tertarik saja pada kegiatan yang memerlukan sedikit tenaga dan kegiatan fisik (Hurlock, 2002).

2. Kondisi Ekonomi

Lanjut usia mandiri pada kondisi ekonomi sedang karena mereka dapat menyesuaikan kembali dengan kondisi yang mereka alami sekarang. Misalnya perubahan gaya hidup. Dengan berkurangnya pendapatan setelah pensiun, mereka dengan terpaksa harus menghentikan atau mengurangi kegiatan yang dianggap menghamburkan uang (Hurlock, 2002). Pekerjaan jasa yang mereka lakukan misalnya mengurus surat-surat, menyampaikan undangan hajatan dari orang lain baik undangan secara lisan maupun berupa surat undangan. Walaupun upah yang mereka terima sedikit, tetapi mereka puas dengan apa yang diperolehnya. Karena ternyata dirinya masih berguna bagi orang lain di usianya yang tidak mandiri juga berada pada ekonomi sedang. Untuk memenuhi kebutuhan hidupnya mereka tidak bekerja, tetapi mendapat bantuan dari anak-anak atau keluarga. Bantuan tersebut berupa uang atau kebutuhan-kebutuhan lain seperti makan, pakaian, kesehatan atau kebutuhan untuk acara sosial. Sikap anak yang telah dewasa terhadap orang tua yang sudah usia lanjut dan sering berhubungan dengan mereka dapat menciptakan penyesuaian sosial dan personal yang baik bagi orang-orang berusia lanjut (Hurlock, 2002).

3. Kondisi sosial

Kondisi penting yang menunjang kebahagiaan orang lanjut usia adalah menikmati kegiatan sosial yang dilakukan dengan kerabat keluarga dan

teman-teman (Hurlock, 2002). Hubungan sosial antara orang lanjut usia dengan anak yang telah dewasa adalah menyangkut keeratan hubungan mereka dan tanggung jawab anak terhadap orang tua yang menyebabkan orang lanjut usia menjadi mandiri. Tanggung jawab anak yang telah dewasa baik yang telah berumah tangga maupun yang belum berumah tangga atau yang masih tinggal bersama orang tuanya, tidak tinggal dengan orang tuanya namun masih dekat dengan lingkungan rumah atau yang tinggal berjauhan masih memiliki kewajiban bertanggung jawab terhadap kebutuhan hidup orang lanjut usia seperti kebutuhan sandang, pangan, kesehatan dan sosial. Hal ini merupakan kewajiban anak untuk menyantuni orang tua mereka sebagai tanda terima kasih atas jerih payah orangtua yang telah membesarkan mereka. Anak-anak lanjut usia juga bersikap adil dan berprinsip kemanusiaan (sesuai dengan sila ke 2 dari pancasila) dalam merawat dan mendampingi orang tuanya yang sudah lanjut usia. Sebagaimana pendapat Hurlock (2002) yang menjelaskan bahwa sikap anak yang telah dewasa terhadap orang tuanya yang sudah berusia lanjut dan sering berhubungan dengan mereka dapat menciptakan penyesuaian sosial dan personal yang baik bagi orang-orang berusia lanjut. Selain itu tingkat kemandirian dipengaruhi oleh faktor-faktor usia, imobilitas dan mudah jatuh.

2.2.3 Tingkat Kemandirian

Menurut pendapat Lovinger dikutip oleh Yuliana (2009), tingkat kemandirian adalah sebagai berikut :

1. Tingkat Impulsive Dan Melindungi

adalah sikap cepat bertindak secara tiba-tiba menurut gerak hati dan mencari keadaan yang mengamankan diri. Ciri-ciri tingkatan pertama ini adalah :

- a. peduli kontrol dan keuntungan yang dapat diperoleh dari interaksinya dengan orang lain.
 - b. Mengikuti aturan *oportunisik* (orang yang suka memanfaatkan orang lain) dan *hedonistic* (orang yang suka hidupnya untuk senang-senang tanpa tujuan yang jelas).
 - c. Berpikir tidak logis dan tertegun pada cara berpikir tertentu.
 - d. Cenderung melihat kehidupan sebagai *zero sum game*.
 - e. Cenderung menyalahkan dan mencela orang lain serta lingkungannya
2. Tingkat komformistik

Ciri tingkatan kedua ini adalah :

- a. Peduli terhadap penampilan diri dan penerimaan sosial.
 - b. Cenderung berpikir *stereotif* (anggapan) dan *klise* (tidak nyata).
 - c. Peduli akan komformitas (orang yang hati-hati dalam mengambil keputusan) terhadap aturan eksternal.
 - d. Bertindak dengan motif yang dangkal untuk memperoleh pujian.
 - e. Menyamakan diri dalam ekspresi emosi dan kurangnya instropeksi.
 - f. Perbedaan kelompok didasarkan atas cirri-ciri eksternal.
 - g. Takut tidak diterima kelompok
 - h. Tidak sensitive terhadap individu.
 - i. Merasa berdosa jika melanggar aturan
3. Tingkat Sadar Diri

Adalah merasa tahu dan ingat pada keadaan diri sebenarnya. Ciri-ciri tingkatan ketiga adalah :

- a. Mampu berpikir alternative dan memikirkan cara hidup
- b. Peduli untuk mengambil manfaat dari kesempatan yang ada
- c. Melihat harapan dan berbagai kemungkinan dalam situasi
- d. Menekankan pada pentingnya pemecahan masalah
- e. Penyesuaian terhadap situasi dan peranan.

4. Tingkat sesama (*conscientious*)

Seksama berarti cermat dan teliti. Ciri-ciri tingkatan keempat ini adalah :

- a. Bertindak atas dasar nilai-nilai internal.
- b. Mampu melihat dari berbagai pembuatan pilihan dan perilaku tindakan
- c. Mampu melihat keragaman emosi dan motif diri sendiri maupun orang lain.
- d. Sadar akan tanggung jawab dan mampu melakukan kritik dan penilaian diri.
- e. Peduli akan hubungan *mutualistik* (hubungan saling menguntungkan).
- f. Memiliki tujuan jangka panjang
- g. Cenderung melihat peristiwa dalam konteks sosial
- h. Berfikir lebih kompleks dan atas dasar pola analitis

5. Tingkat Individualistik

Adalah keadaan atau sifat-sifat khusus sebagai individu dari semua ciri-ciri yang dimiliki seseorang yang membedakannya dari orang lain. Ciri-ciri tingkatan kelima adalah :

- a. Peningkatan kesadaran individualistic
 - b. Kesadaran akan konflik emosional antara kemandirian dengan ketergantungan.
 - c. Menjadi lebih toleran terhadap diri sendiri dan orang lain.
 - d. Mengenal eksistensi perbedaan individual.
 - e. Mampu bersikap toleran terhadap pertentangan dalam kehidupan
 - f. Mampu membedakan kehidupan internal dengan eksternal dirinya.
6. Tingkat Mandiri

Adalah suatu sikap mampu berdiri sendiri. Ciri-ciri tingkatan keenam ini adalah :

- a. Memiliki pandangan hidup sebagai suatu keseluruhan
- b. Cenderung bersikap realistic dan objektif terhadap diri sendiri maupun orang lain.
- c. Peduli terhadap pemahaman abstrak, seperti keadilan sosial
- d. Mampu mengintegrasikan nilai-nilai yang bertentangan
- e. Toleran terhadap *ambiguitas* (keadaan yang sama atau mirip dalam seseorang).
- f. Peduli terhadap pemenuhan diri.
- g. Ada keberanian untuk menyelesaikan konflik internal.
- h. Respon positif terhadap kemandirian orang lain.

2.2.4 Mengukur kemandirian lansia dengan menggunakan Indeks Barthel

Indeks Barthel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-

pasien yang mengalami gangguan keseimbangan. Untuk mengukur kemandirian dalam pemenuhan ADL digunakan Indeks Barthel dengan kriteria :

Tabel 2.1 Indeks Barthel (*Joseh J. Galuh, 1998*)

| No | Kriteria | Dengan bantuan | Mandiri |
|-----|--|----------------|---------|
| 1. | Makan | 5 | 10 |
| 2. | Minum | 5 | 10 |
| 3. | Berpindah dari kursi ke tempat tidur atau sebaliknya. | 10 | 15 |
| 4. | Personal hygiene (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi) | 0 | 5 |
| 5. | Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram) | 5 | 10 |
| 6. | Mandi | 5 | 15 |
| 7. | Jalan dipermukaan datar | 0 | 5 |
| 8. | Naik turun tangga | 5 | 10 |
| 9. | Mengenakan pakaian | 5 | 10 |
| 10. | Kontrol bowel (BAB) | 5 | 10 |
| 11. | Mengontrol bladder (BAK) | 5 | 10 |
| 12. | Olahraga/latihan | 5 | 10 |
| 13. | Rekreasi/ pemanfaatan waktu luang | 5 | 10 |

Keterangan : 130 = Mandiri

65-125 = Ketergantungan sebagian

60 = Ketergantungan total

2.3 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka didalam bidang kehidupan. Lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Nofitri, 2009).

Menurut WHO (1994) dalam (Bangun, 2008), kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu sebagai laki-laki atau wanita dalam hidup, ditinjau dari konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini merupakan konsep tingkatan, terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.

Didalam bidang kesehatan dan aktivitas pencegahan penyakit, kualitas hidup dijadikan sebagai aspek untuk menggambarkan kondisi kesehatan (Wilson dkk dalam(Larasati, 2012)). Adapun menurut Cohen & Lazarus dalam (Larasati, 2012) kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang individu yang dapat dilihat dari kehidupan mereka. Kualitas hidup individu tersebut biasanya dapat dilihat dan dinilai dari kondisi fisiknya, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya WHOQOL Group (1998) dalam (Larasati, 2012).

Kualitas hidup ditetapkan secara berbeda dalam penelitian lain, namun dalam penelitian ini kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan kualitas hidup seseorang individu yang dapat dinilai berdasarkan konsep WHOQOL Group (1998) dari kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

2.3.1 Dimensi - Dimensi Kualitas Hidup

Menurut WHOQOL Group Lopez dan Snyder (2004) (dalam Sekarwiti, 2008), kualitas hidup terdiri dari enam dimensi yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemadnirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan, dan keadaan spiritual. Kemudian WHOQOL dibuat lagi menjadi instrument WHOQOL-

BREEF dimana dimensi tersebut diubah menjadi empat dimensi yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan.

Dalam hal ini dimensi fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja. Menurut Tarwoto dan Wartonah (2010) aktivitas sehari-hari adalah suatu energi atau keadaan untuk bergerak dan memenuhi kebutuhan hidup dimana aktivitas dipengaruhi oleh adekuatnya system persyarafan, otot, dan tulang atau sendi.

Ketergantungan obat-obatan dan bantuan medis yaitu seberapa besar kecenderungan individu menggunakan obat-obatan atau bantuan medis lainnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Energi dan kelelahan merupakan tingkat kemampuan yang dimiliki individu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Kemudian sakit dan ketidaknyamanan menggambarkan sejauh mana perasaan keresahan yang dirasakan individu terhadap hal-hal yang menyebabkan individu merasa sakit (Sekarwiri, 2008).

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2010) istirahat merupakan suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar sedangkan tidur adalah suatu keadaan relative tanpa sadar yang penuh ketenangan tanpa kegiatan yang merupakan urutan siklus yang berulang-ulang dan masing-masing menyatakan fase kegiatan otak dan badaniah yang berbeda. Kapasitas kerja menggambarkan kemampuan yang dimiliki individu yang menyelesaikan tugas-tugasnya.

Dimensi psikologis yaitu *bodily* dan *appearance*, perasaan negative, perasaan positif, *self-esteem*, berfikir, belajar, memori, dan konsentrasi. Aspek sosial meliputi relasi personal, dukungan sosial dan aktivitas seksual. Kemudian aspek lingkungan yang meliputi sumber finansial, *freedom*, *physical safety* dan *security*, perawatan kesehatan dan sosial care lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan ketrampilan, partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan serta lingkungan fisik dan transportasi (Sekarwiri, 2008).

Bodily dan *appearance* menggambarkan bagaimana individu memandang keadaan tubuh serta penampilannya. Perasaan negative menggambarkan adanya perasaan yang tidak menyenangkan yang dimiliki oleh individu. Perasaan positive merupakan gambaran perasaan yang menyenangkan yang dimiliki oleh individu. *Self-esteem* melihat bagaimana individu menilai atau menggambarkan dirinya sendiri. Berfikir, belajar, memori dan konsentrasi dimana kognitif individu yang memungkinkan untuk berkonsentrasi, belajar dan menjelaskan fungsi kognitif lainnya (Sekarwiri, 2008).

Dimensi hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial dan aktivitas sosial. Relasi personal merupakan hubungan individu dengan orang lain. Dukungan sosial yaitu menggambarkan adanya bantuan yang didapatkan oleh individu yang berasal dari lingkungan sekitarnya. Sedangkan aktivitas seksual merupakan gambaran kegiatan seksual yang dilakukan individu (Sekarwiri, 2008).

Adapun dimensi lingkungan yang mencakup sumber finansial, *freedom*, *physical safety* dan *security*, perawatan kesehatan dan sosial care, lingkungan rumah,

kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan ketrampilan, partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan, lingkungan fisik serta transportasi (Sekarwiri, 2008).

Sumber financial yaitu merupakan keadaan keuangan individu,. *Freedom phsycal safety* dan *security* yaitu menggambarkan tingkat keamanan individu yang dapat mempengaruhi tingkat keamanan individu yang dapat mempengaruhi kebebasan dirinya. Perawatan kesehatan dan sosial care merupakan kesediaan layanan kesehatan dan perlindungan sosial yang dapat diperoleh dari individu. Lingkungan rumah menggambarkan keadaan tempat tinggal individu. Kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan ketrampilan yaitu menggambarkan ada atau tidaknya kesempatan individu untuk mendapatkan hal-hal baru yang berguna bagi individu.

Partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan merupakan sejauh mana individu memiliki kesempatan dan dapat bergabung untuk berekreasi dan menikmati waktu luang. Sedangkan lingkungan fisik menggambarkan keadaan lingkungan tempat tinggal individu (keadaan air, saluran udara, iklim, polusi, dll). Transportasi yaitu sarana yang dapat dijangkau oleh individu (Sekarwiri, 2008).

2.3.2 Pengukuran Kualitas Hidup

Skevington, Lotfy dan *O'Connel* (2004) dalam sekarwiri (2008) pengukuran kualitas hidup dapat dilakukan dengan dua cara yaitu : pengukuran kualitas hidup secara menyeluruh (kualitas hidup dipandang sebagai evaluasi terhadap individu

terhadap dirinya secara menyeluruh atau hanya mengukur domain tertentu saja) kualitas hidup diukur hanya melalui bagian tertentu saja dari diri seseorang.

Pengukuran kualitas hidup oleh para ahli belum mencapai suatu pemahaman pada suatu standar atau metode yang terbaik. Pengukuran kualitas hidup alat WHOQOL-BREEF merupakan pengukuran yang menggunakan 26 item pertanyaan. Dimana alat ukur ini menggunakan empat dimensi yaitu fisik (aktivitas sehari-hari, ketergantungan obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur, dan istirahat, serta kapasitas kerja), psikologis (*bodily* dan *appearance*, belajar, memori dan konsentrasi), sosial (relasi personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual) dan lingkungan (sumber financial, *freedom*, *physical safety* dan *security*, perawatan kesehatan dan sosial care lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan ketrampilan, partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan serta lingkungan fisik dan transportasi).

2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Berdasarkan definisi yang dikemukakan oleh WHOQOL (dalam Power, 2003), persepsi individu mengenai kualitas hidupnya dipengaruhi oleh konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal. Hal ini juga sesuai dengan apa yang dikatakan Fadda dan Jiron (1999) bahwa kualitas hidup bervariasi antara individu yang tinggal di kota/ wilayahsatu dengan yang lain bergantung pada konteks budaya, sistem, dan berbagai kondisi yang berlaku pada wilayah tersebut. Berbagai penelitian mengenai kualitas hidup menemukan beberapa faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup. Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu :

(1) Gender atau Jenis Kelamin

Moons, dkk (2004) dalam (Nofitri, 2009) mengatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Bain, dkk (2003) dalam (Nofitri, 2009) menemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. Bertentangan dengan penemuan Bain, dkk (2004) dalam (Nofitri, 2009) menemukan bahwa kualitas hidup perempuan cenderung lebih tinggi daripada laki-laki. Ryff dan Singer (1998) dalam (Nofitri, 2009) mengatakan bahwa secara umum, kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda, namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria lebih terkait dengan aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik.

(2) Usia

Moons, dkk (2004) dan Dalkey (2002) dalam (Nofitri, 2009) mengatakan bahwa usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Wagner, Abbot, & Lett (2004) dalam (Nofitri, 2009) menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ryff dan Singer (1998) dalam (Nofitri, 2009), individu dewasa mengekspresikan kesejahteraan yang lebih tinggi pada usia dewasa madya. Penelitian yang dilakukan oleh Rugerri, dkk (2001) dalam (Nofitri, 2009) menemukan adanya kontribusi dari faktor usia tua terhadap kualitas hidup subjektif.

(3) Pendidikan

Moons, dkk (2004) dan Baxter (1998) dalam (Nofitri, 2009) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Wahl, dkk (2004) dalam (Nofitri, 2009) menemukan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, dkk (2007) dalam (Nofitri, 2009) menemukan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

(4) Pekerjaan

Moons, dkk (2004) dalam (Nofitri, 2009) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disabilitas tertentu). Wahl, dkk (2004) dalam (Nofitri, 2009) menemukan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik pada pria maupun wanita.

(5) Status pernikahan

Moons, dkk (2004) dalam (Nofitri, 2009) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi. Penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal Glenn dan Weaver (1981)

dalam (Nofitri, 2009) .Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl, dkk (2004) dalam (Nofitri, 2009) menemukan bahwa baik pada pria maupun wanita, individu dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.

(6) Penghasilan

Baxter, dkk (1998) dan Dalkey (2002) dalam (Nofitri, 2009) menemukan adanya pengaruh dari faktor demografi berupa penghasilan dengan kualitas hidup yang dihayati secara subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani (2007) dalam (Nofitri, 2009) juga menemukan adanya kontribusi yang lumayan dari faktor penghasilan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

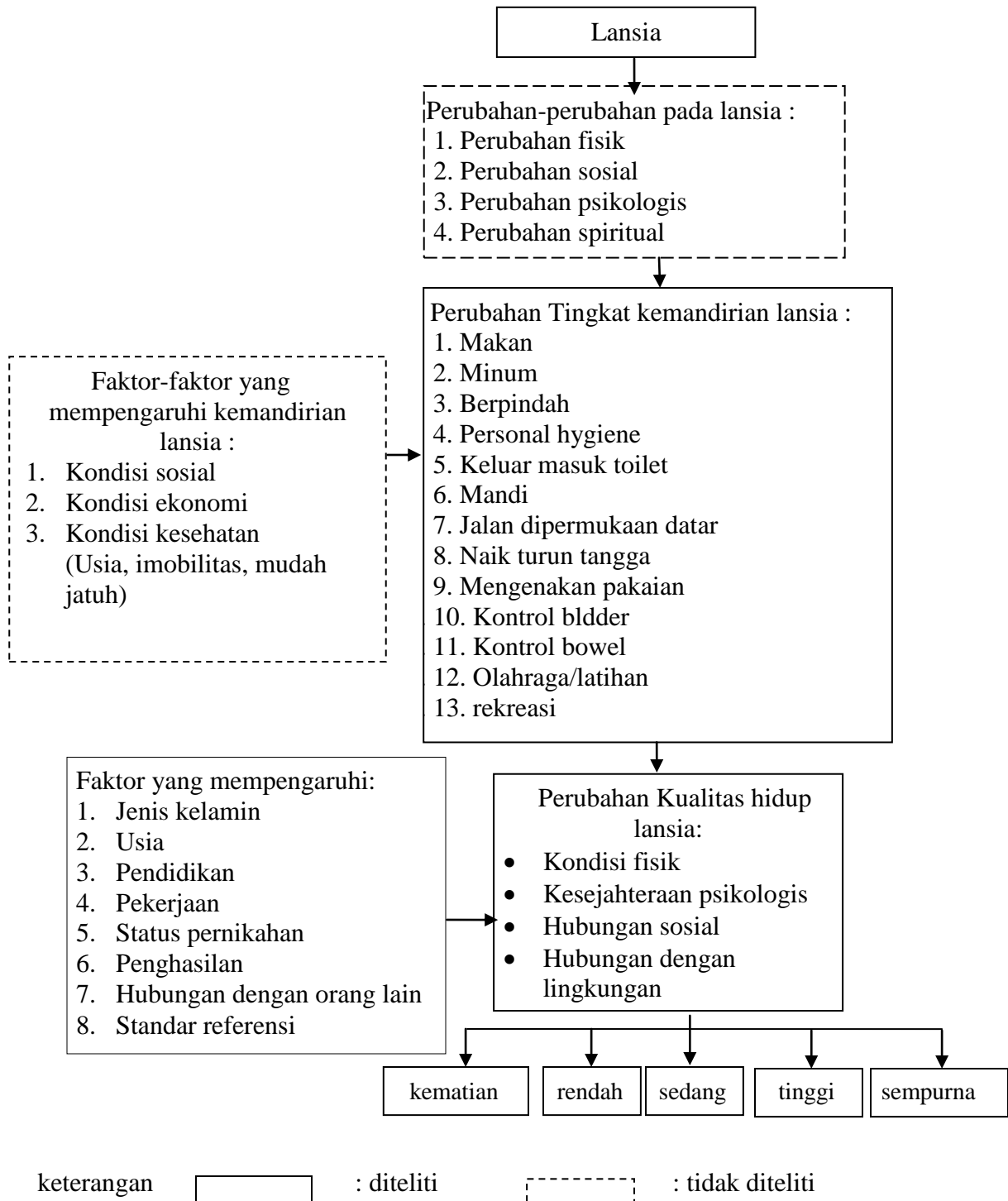
(7) Hubungan dengan orang lain

Baxter, dkk (1998) dalam (Nofitri, 2009) menemukan adanya pengaruh dari faktor demografi berupa faktor jaringan sosial dengan kualitas hidup yang dihayati secara subjektif. Kahneman, Diener, & Schwarz (1999) dalam (Nofitri, 2009) mengatakan bahwa pada saat kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain terpenuhi, baik melalui hubungan pertemanan yang saling mendukung maupun melalui pernikahan, manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik baik secara fisik maupun emosional. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani (2007) dalam (Nofitri, 2009) juga menemukan bahwa faktor hubungan dengan orang lain memiliki kontribusi yang cukup besar dalam menjelaskan kualitas hidup subjektif.

(8) Standard referensi

O'Connor (1993) dalam (Nofitri, 2009) mengatakan bahwa kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standard referensi yang digunakan seseorang seperti harapan, aspirasi, perasaan mengenai persamaan antara diri individu dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHOQoL (Power, 2003) dalam (Nofitri, 2009), bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standard dari masing-masing individu. Glatzer dan Mohr (1987) dalam (Nofitri, 2009) menemukan bahwa di antara berbagai standard referensi yang digunakan oleh individu, komparasi social memiliki pengaruh yang kuat terhadap kualitas hidup yang dihayati secara subjektif. Jadi, individu membandingkan kondisinya dengan kondisi orang lain dalam menghayati kualitas hidupnya.

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Hubungan Tingkat Kemandirian Dengan Kualitas Hidup Lansia

Banyak perubahan-perubahan yang dialami oleh lansia yaitu perubahan fisik, perubahan sosial, perubahan psikologis, dan perubahan spiritual. Sehingga dari perubahan-perubahan yang dialami lansia itu akan mengakibatkan tingkat kemandirian lansia juga mengalami perubahan diantaranya ada 13 tingkat kemandirian lansia yang dapat diukur Makan, minum, berpindah, personal hygiene, keluar masuk toilet, mandi, jalan dipermukaan datar, naik turun tangga, mengenakan pakaian, kontrol bladder, kontrol bowel, olahraga/latihan, dan rekreasi. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia meliputi : kondisi sosial, kondisi ekonomi, kondisi kesehatan, usia, imobilitas, dan mudah jatuh yang akan menyebabkan penurunan aktivitas fisik pada lansia yang juga akan menyebabkan perubahan kualitas hidup lansia terutama pada perubahan kondisi fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan. Faktor –faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia meliputi, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan, hubungan dengan orang lain, standard referensi. Dari faktor-faktor itulah dapat dilihat kualitas hidup lansia itu baik, cukup atau kurang.

2.5 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konseptual di atas, maka hipotesis penelitian ini adalah “ ada hubungan antara tingkat kemandirian dengan kualitas hidup lansia di UPTD Griya Wredha Surabaya “