

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Usia lanjut adalah hal yang harus diterima sebagai suatu kenyataan dan fenomena biologis (Hidayat, 2010). Kehidupan itu akan diakhiri dengan proses penuaan yang berakhir dengan kematian (Supraba, 2015). Menurut (Hawari, 2006) Usia lanjut merupakan seorang laki-laki atau perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih, baik secara fisik masih berkemampuan (potensial) ataupun karena sesuatu hal tidak mampu lagi berperan secara aktif dalam pembangunan (tidak potensial). Di negara-negara maju seperti Amerika Serikat usia lanjut sering didefinisikan mereka yang telah menjalani siklus kehidupandiatas usia 60 tahun (Juwita, 2013).

Lansia atau lanjut usia merupakan tahap akhir dari siklus kehidupan manusia dan hal tersebut merupakan bagian dari proses kehidupan yang tidak dapat dihindarkan dan akan dialami oleh setiap individu (Prasetya, 2010).

2.1.2 Batasan-batasan Lanjut Usia

Usia yang menjadi patokan untuk lanjut usia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun. Berikut beberapa pendapat menurut para ahli tentang batasan usia sebagai berikut :

- 1) Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) ada empat tahapan yaitu :
 - a. Usia pertengahan (middle age) usia 45-59 tahun
 - b. Lanjut usia (elderly) usia 60-74 tahun
 - c. Lanjut usia tua (old) usia 75-90 tahun
 - d. Usia sangat tua (very old) usia > 90 tahun
- 2) Menurut Hurlock (1979)
 - a. Early old age (usia 60-70 tahun)
 - b. Advanced old age (usia > 70 tahun)
- 3) Menurut Burnsie (1979)
 - a. Young old (usia 60-69 tahun)
 - b. Middle age old (usia 70-79 tahun)
 - c. Old-old (usia 80-89 tahun)
 - d. Very old-old (usia > 90 tahun)
- 4) Menurut Bee (1996)
 - a. Masa dewasa muda (usia 18-25 tahun)
 - b. Masa dewasa awal (usia 25-40 tahun)
 - c. Masa dewasa tengah (usia 40-65 tahun)
 - d. Masa dewasa lanjut (usia 65-75 tahun)
 - e. Masa dewasa sangat lanjut (usia 65-75 tahun)
- 5) Menurut Prof. Dr. Koesoemanto setyonegoro :
 - a. Usia dewasa muda (elderly adulthood) usia 18/20-25 tahun
 - b. Usia dewasa penuh (middle years) atau maturitas usia 25-60/65 tahun
 - c. Lanjut usia (geriatric age) usia > 65/70 tahun, terbagi atas :
 - Young old (usia 70-75 tahun)

- Old (usia 75-80 tahun)
 - Very old (usia > 80 tahun)
- 6) Menurut sumber lain
- a. Elderly (usia 60-65 tahun)
 - b. Junior old age (usia > 65-75 tahun)
 - c. Formal old age (usia > 75-90 tahun)
 - d. Longevity old age (usia > 90-120 tahun)

2.1.3 Proses Menua

Menua atau aging adalah normal terjadi pada setiap individu serta dapat diprediksi terjadinya perubahan secara fisik dan perilaku (Stanley, Blair & Beare, 2005). Menua adalah hilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti atau memperbaiki struktur dan fungsi sel dan jaringan secara normal bahkan cenderung ke arah penurunan (Mubarak & Chayatin, 2009). Ada beberapa teori tentang penuaan yang dapat diterima saat ini, antara lain :

1) Teori biologi

Teori biologi adalah ilmu alam yang mempelajari kehidupan dan organisme hidup, termasuk struktur, fungsi, pertumbuhan, evolusi, persebaran, dan taksonominya (Putri Christina, 2016). Ada beberapa macam teori biologis, diantaranya sebagai berikut :

a. Teori radikal bebas

Teori radikal bebas pertama kali diperkenalkan oleh Denham Harman pada tahun 1956, yang menyatakan bahwa proses menua adalah

proses yang normal, merupakan akibat kerusakan jaringan oleh radikal bebas (Setiati et al., 2009). Radikal bebas adalah senyawa kimia yang berisi elektron tidak berpasangan. Karena elektronnya tidak berpasangan, secara kimiawi radikal bebas akan mencari pasangan elektron lain dengan bereaksi dengan substansi lain terutama protein dan lemak tidak jenuh. Sebagai contoh, karena membran sel mengandung sejumlah lemak, ia dapat bereaksi dengan radikal bebas sehingga membran sel mengalami perubahan. Akibat perubahan pada struktur membran tersebut membran sel menjadi lebih permeabel terhadap beberapa substansi dan memungkinkan substansi tersebut melewati membran secara bebas. Struktur didalam sel seperti mitokondria dan lisosom juga diselubungi oleh membran yang mengandung lemak, sehingga mudah diganggu oleh radikal bebas (Setiati et al., 2009).

Sebenarnya tubuh diberi kekuatan untuk melawan radikal bebas berupa antioksidan yang diproduksi oleh tubuh sendiri, namun antioksidan tersebut tidak dapat melindungi tubuh dari kerusakan akibat radikal bebas tersebut (Setiati et al., 2009).

b. Teori imunologis

Penurunan atau perubahan dalam keefektifan sistem imun berperan dalam penuaan. Tubuh kehilangan kemampuan untuk membedakan proteinnya sendiri dengan protein asing sehingga sistem imun menyerang dan menghancurkan jaringannya sendiri pada kecepatan yang meningkat secara bertahap. Disfungsi sistem imun ini menjadi

faktor dalam perkembangan penyakit kronis seperti kanker, diabetes, dan penyakit kardiovaskular, serta infeksi (Marta, 2012).

c. Teori DNA repair

Teori ini dikemukakan oleh Hart dan Setlow. Mereka menunjukkan bahwa adanya perbedaan pola laju perbaikan (repair) kerusakan DNA yang diinduksi oleh sinar ultraviolet (UV) pada berbagai fibroblas yang dikultur. Fibroblas pada spesies yang mempunyai umur maksimum terpanjang menunjukkan laju DNA repair terbesar dan korelasi ini dapat ditunjukkan pada berbagai mamalia dan primata (Setiati et al., 2009).

d. Teori genetika

Teori sebab akibat menjelaskan bahwa penuaan terutama dipengaruhi oleh pembentukan gen dan dampak lingkungan pada pembentukan kode genetik. Menurut teori genetika adalah suatu proses yang secara tidak sadar diwariskan yang berjalan dari waktu ke waktu mengubah sel atau struktur jaringan. Dengan kata lain, perubahan rentang hidup dan panjang usia ditentukan sebelumnya (Putri, 2013).

e. Teori wear-and-tear

Teori wear-and-tear (dipakai dan rusak) mengusulkan bahwa akumulasi sampah metabolik atau zat nutrisi dapat merusak sintesis DNA, sehingga mendorong malfungsi organ tubuh. Pendukung teori ini percaya bahwa tubuh akan mengalami kerusakan berdasarkan suatu jadwal. Sebagai contoh adalah radikal bebas, radikal bebas dengan cepat

dihancurkan oleh sistem enzim pelindung pada kondisi normal (Putri, 2013).

2) Teori psikososial

a. Teori disengagement

Teori disengagement (teori pemutusan hubungan), menggambarkan proses penarikan diri oleh lansia dari peran masyarakat dan tanggung jawabnya. Proses penarikan diri ini dapat diprediksi, sistematis, tidak dapat dihindari, dan penting untuk fungsi yang tepat dari masyarakat yang sedang tumbuh. Lansia dikatakan bahagia apabila kontak sosial berkurang dan tanggung jawab telah diambil oleh generasi lebih muda (Putri, 2013).

b. Teori aktivitas

Teori ini menegaskan bahwa kelanjutan aktivitas dewasa tengah penting untuk keberhasilan penuaan. Orang tua yang aktif secara sosial lebih cenderung menyesuaikan diri terhadap penuaan dengan baik. (Marta, 2012).

2.1.4 Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Kesehatan lansia memerlukan perhatian khusus dikarenakan banyak perubahan yang terjadi sehingga kondisinya tidak lagi seperti manusia dewasa. Perubahan-perubahan itu seringkali mendorong lansia untuk menjadi lebih rapuh dibanding anak-anak ataupun manusia dewasa. Perubahan yang terjadi ini merupakan fisiologis usia tua. Adapun perubahan pada lansia mencakup:

1) Perubahan fisik

Setelah orang memasuki masa lansia umumnya mulai dihinggapinya adanya kondisi fisik yang bersifat patologis berganda (*multiple pathology*), misalnya tenaga berkurang, energi menurun, kulit makin keriput, gigi makin rontok, tulang makin rapuh, dan sebagainya. Secara umum kondisi fisik seseorang yang sudah memasuki masa lansia mengalami penurunan secara berlipat ganda. Hal ini semua dapat menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik, psikologik maupun sosial, yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan ketergantungan pada orang lain. Dalam kehidupan lansia agar dapat tetap menjaga kondisi fisik yang sehat, maka perlu menyelaraskan kebutuhan-kebutuhan fisik dengan kondisi dengan kondisi psikologik maupun sosial, sehingga mau tidak mau harus ada usaha untuk mengurangi kegiatan yang bersifat memforsir fisiknya. Seorang lansia harus mampu mengatur cara hidupnya dengan baik, misalnya makan, tidur, istirahat, dan bekerja secara seimbang (Zainudin, 2002).

2) Perubahan psikis

Perubahan psikis pada lansia adalah besarnya individual differences pada lansia. Lansia memiliki kepribadian yang berbeda dengan sebelumnya. Penyesuaian diri lansia juga sulit karena ketidakinginan lansia untuk berinteraksi dengan lingkungan ataupun pemberian batasan untuk dapat berinteraksi. Keadaan ini cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan jiwa secara khusus pada lansia.

3) Perubahan sosial

Umumnya lansia banyak yang melepaskan partisipasi sosial mereka, walaupun pelepasan itu dilakukan secara terpaksa. Aktivitas sosial yang banyak pada lansia juga mempengaruhi baik buruknya kondisi fisik dan sosial lansia (Santrock, 2002).

4) Perubahan spiritual

Ada beberapa pendapat tentang perubahan spiritual pada lansia. Menurut (Maslow dalam Wahit Iqbal Mubarak dkk, 2006), bahwa agama dan kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Selanjutnya menurut (Muray & Zentner dalam Wahit Iqbal Mubarak dkk, 2006), bahwa kehidupan keagamaan lansia makin matang. Hal ini terlihat dalam cara berpikir dan bertindak sehari-hari. Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun, antara lain perkembangan yang dicapai pada tingkat ini sehingga lansia bisa berpikir dan bertindak dengan memberi contoh cara mencintai dan memberi keadilan. Pada lansia terjadi juga perubahan-perubahan yang menuntut dirinya menyesuaikan diri secara terus-menerus. Apabila proses penyesuaian diri dengan lingkungannya kurang berhasil, timbullah berbagai masalah.

5) Perubahan kehidupan keluarga

Umumnya ketergantungan lansia pada anak dalam hal keuangan. Lansia sudah tidak memiliki kemampuan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Anak-anaknya pun tidak semua dapat menerima permintaan atau tanggung jawab yang harus mereka penuhi. Perubahan-perubahan tersebut pada umumnya mengarah pada kemunduran kesehatan fisik dan psikis yang

akhirnya akan berpengaruh juga pada aktivitas ekonomi dan sosial mereka. Secara umum akan berpengaruh pada aktivitas kehidupan sehari-hari.

2.2 Konsep Caregiver

2.2.1 Definisi

Caregiver adalah seorang individu yang mempunyai tugas untuk merawat dan mendukung orang lain dalam kehidupannya (Awad & Voruganti, 2008). Sedangkan menurut (Sukmarini, 2009), caregiver adalah seseorang yang memberikan bantuan kepada orang yang mengalami ketidakmampuan dan memerlukan bantuan karena penyakit yang dideritanya.

2.2.2 Tugas dan Fungsi Caregiver

Menurut (Gamand, 2012). Ada 3 tugas spesifik sebagai caregiver.

1) Dukungan medis (medical support)

Termasuk penjadwalan membantu dalam pengobatan, monitor efek samping, manajemen luka, memonitor rekam medis, dan petunjuk medis.

2) Pengaturan jaminan dan keuangan (Insurance and financial management)

Menyeleksi rencana asuransi yang tepat, membantu menyiapkan obat baru dan obat-obatan yang mahal, atau menemukan sumber asuransi dan menyelamatkan keuangan.

3) Manajemen rumah tangga (household management)

Termasuk manajemen nutrisi, keamanan, kontrol infeksi, menyiapkan dukungan fisik, emosional dan spiritual (Gamand, 2012).

2.2.3 Keluarga Sebagai Caregiver

Caregiver keluarga adalah seseorang yang memberi perawatan kepada keluarga dan seseorang yang dicintainya dalam keadaan lemah, menua atau memiliki kesehatan mental dan fisik (Talley et al, 2012). Caregiver keluarga dalam perawatan paliatif didefinisikan sebagai anak, saudara, teman ataupun pasangan yang ikut terlibat dalam perawatan dan biasanya mempersiapkan fisik, emosi, dan juga dukungan tanpa dibayar (Henrikson & Arestedt, 2013).

Bila salah satu anggota keluarga menderita gangguan kesehatan, keluarga yang lain mengemban peran sebagai pemberi asuhan caregiver (Friedman, Bowden & Jones, 2010). Peran caregiver keluarga adalah membantu memberikan perawatan pada anggota yang mengalami gangguan kesehatan.

Tugas dari seorang caregiver keluarga dimulai dari mengambil alih tugas-tugas rumah tangga, membantu perawatan pribadi, melakukan tugas fisik yang kompleks dan tugas-tugas perawatan seperti dukungan juga mengoordinasikan dengan tenaga medis (Henrikson & Arestedt, 2013).

Fungsi dari caregiver keluarga adalah merawat seseorang yang mempunyai fisik yang rentan termasuk juga menyediakan makanan, membawa ke pelayanan kesehatan, memberikan dukungan emosional, dan memberikan kasih sayang serta perhatian (Tantono, 2006). Caregiver keluarga juga membantu dalam mengambil keputusan atau mengambil keputusan pada akhir hayatnya. Keluarga

sebagai caregiver merupakan pensehat yang sangat penting dan diperlukan (Tantono, 2006).

Caregiver keluarga memberikan perawatan informal mencakup 4 dimensi yaitu perawatan langsung (seperti membantu berpakaian, manajemen obat-obatan), perawatan emosional (menyediakan dukungan sosial dan dukungan lainnya), perawatan medis (bernegosiasi dengan orang lain, termasuk tenaga kesehatan), pengaturan finansial (mengatur sumber keuangan).

2.2.4 Tipe Caregiver Keluarga

1) Caregiver primer

Merupakan caregiver utama dengan tingkat tanggung jawab tertinggi mengenai perawatan dan melakukan tugas terbesar dari tugas – tugas pengasuhan.

2) Caregiver sekunder

Caregiver sekunder adalah seorang yang melakukan tugas – tugas dengan tingkat yang sama dengan caregiver primer, namun dengan tingkat tanggung jawab yang berbeda.

3) Caregiver tersier

Merupakan caregiver yang memiliki sedikit atau tidak memiliki tanggung jawab sama sekali untuk memutuskan perawatan. Tugas yang dilakukan caregiver tersier biasanya meliputi berbelanja, berkebun, dan membayar tagihan.

2.3 Konsep Beban Caregiver

2.3.1 Definisi

Beban caregiver didefinisikan sebagai respon multidimensi terhadap penilaian negatif dan perasaan stress yang dihasilkan dari merawat seseorang yang sakit baik dalam respon fisik, emosional, sosial, finansial dan fungsi (Zarit Reeve dan Bath Petterson dalam Myron & Anne, 2009).

Beban caregiver sebagai kondisi psikologis yang timbul dari kombinasi tekanan fisik, emosi, dan sosial seperti keterbatasan ekonomi yang timbul karena merawat penderita (Fitrikasari, 2012).

2.3.2 Jenis-jenis Beban Caregiver

Beban caregiver terbagi menjadi dua yaitu beban objektif dan beban subjektif caregiver.

1) Beban objektif caregiver

Beban objektif caregiver adalah beban yang dapat muncul dari segala kejadian atau aktivitas yang berhubungan dengan peran sebagai caregiver. (J. Honea, Brintnall, Colao & Somers, 2008).

Beban objektif caregiver menurut (Seng et al, 2010) adalah masalah praktis yang dialami oleh caregiver antara lain:

a. Beban ekonomi

Beban keuangan yang dihadapi caregiver seperti kesehatan atau kehilangan kesempatan untuk bekerja, kekurangan dana serta beban biaya dalam merawat.

b. Beban fisik

Caregiver dalam keluarga lebih memprioritaskan lansia daripada dirinya sendiri. Sebagai akibatnya, caregiver memiliki banyak kesehatan terkait masalah, seperti gangguan tidur dan kelelahan, yang memperburuk fungsi fisik.

c. Hambatan aktivitas sosial

Caregiver keluarga mengubah gaya hidupnya untuk mengakomodasi permintaan penderita termasuk membatasi waktu luang dan berinteraksi dengan teman dan keluarga lainnya.

d. Hubungan antara pasien dan keluarga

Hubungan antara pasien dan keluarga sangatlah dekat. Seperti melakukan tugas perawatan sehari-hari termasuk mengantarkan pasien ke dokter hari demi hari atau mengatur setiap perubahan dan kebiasaan yang sering terjadi

2) Beban subjektif caregiver

Beban subjektif caregiver merupakan respon psikologi dan emosional yang dialami caregiver atas peranannya dalam merawat. Beban subjektif adalah reaksi emosional caregiver dari perannya, sebagai caregiver meliputi khawatir, kesedihan, ansietas, frustrasi, marah, rasa bersalah, tertekan, malu, bingung dan perubahan emosi lain (Seng et al, 2010).

2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Beban Caregiver

1) Faktor caregiver

a. Usia

Caregiver yang lebih tua yang memiliki distress dalam berhubungan dengan penderita akan meningkatkan level beban caregiver karena kurangnya dukungan (Grant et al, 2013). Sementara itu semakin muda usia caregiver juga akan mengalami tekanan yang kuat (Joanna Briggs Institute, 2012).

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin didapatkan berpengaruh terhadap beban caregiver. Beberapa studi terkait mengatakan bahwa wanita mengalami level beban caregiver lebih besar daripada laki-laki (Joanna Briggs Institute, 2012). Beberapa juga menemukan bahwa caregiver perempuan akan mengalami tingkat depresi yang tinggi dan rendahnya tingkat kepuasan hidup (Pottie, Burch, Thomas, & Irwin, 2014).

c. Tingkat pendidikan

Caregiver dengan pendidikan yang rendah mengalami stress yang tinggi. Beberapa studi mengatakan bahwa tingkat pendidikan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dan tingkat beban pada caregiver (Joanna Briggs Institute, 2012).

d. Pendapatan

Status ekonomi dan pendapatan berhubungan dengan beban caregiver. Caregiver dengan pendapatan yang kurang dilaporkan berpotensi mengalami tekanan ekonomi yang tinggi. Perespsi akan tekanan

finansial yang menghimpit menghasilkan tingkat beban yang berat (Joanna Briggs Institute, 2012).

e. Status pekerjaan

Caregiver dengan bekerja meningkatkan level beban karena caregiver harus menyeimbangkan antara pekerjaan dan juga kewajiban merawat (Joanna Briggs Institute, 2012). Caregiver yang merupakan pekerja dan juga merawat yang menuntut bantuan untuk aktivitas sehari-hari memiliki resiko tinggi beban caregiver berat (Hsu et al, 2015).

f. Status perkawinan

Status perkawinan dan komunikasi antar keluarga dapat mempengaruhi ketegangan. Peneliti menyatakan bahwa status pernikahan antara caregiver dan pasangannya dapat berimbas pada beban caregiver itu sendiri (Grant et al, 2013).

2) Faktor lain

a. Usia

Usia yang semakin tua akan menambah tantangan bagi caregiver dan tentu saja menambah resiko terjadinya beban caregiver yang berat. Bertambahnya usia akan menyebabkan terjadinya kemunduran psikologi sehingga meningkatkan kebutuhan akan pengasuhan (Hsu et al, 2015).

b. Lama rawat

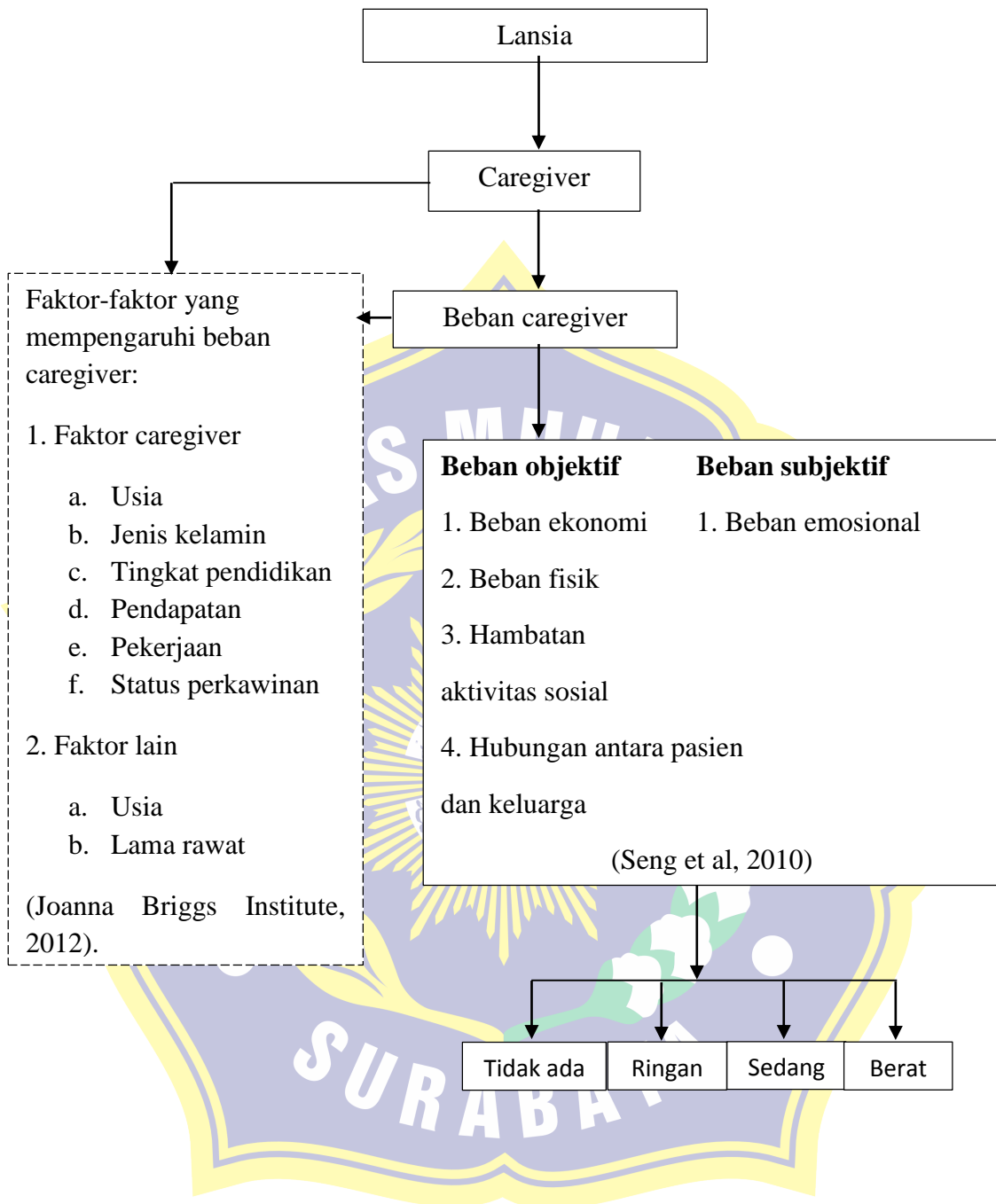
Durasi caregiver merawat pasien berpengaruh terhadap stress caregiver. Caregiver dapat mengalami stress lebih rendah bila merawat lebih dari 2 tahun (Joanna Briggs Institute, 2012).

2.3.4 Zarit Burden Interview (ZBI)

The Zarit Burden interview (ZBI) merupakan suatu instrumen yang dikembangkan oleh Profesor Steven H. Zarit dari Universitas Pennsylvania yang sering digunakan untuk menilai beban perawatan. Instrumen ini sudah diadaptasi dalam berbagai bahasa dan digunakan di berbagai negara antara lain Amerika Utara dan Eropa. Kesahihan dan keandalan instrumen ini juga telah dilakukan antara lain di Jepang, Korea, dan Cina. Kuesioner ZBI versi bahasa Indonesia diterjemahkan oleh (Rahmat LAE, 2009).

Kuesioner ZBI ini terdiri dari 22 item pertanyaan yang berfokus pada beban fisik (4 pertanyaan, terdiri dari nomor: 1, 8, 10, 14), beban emosional (5 pertanyaan, terdiri dari nomor: 3, 5, 7, 9, 17), beban ekonomi (1 pertanyaan, terdiri dari nomor: 15), hambatan aktivitas sosial (5 pertanyaan, terdiri dari nomor: 2, 4, 11, 12, 13), hubungan antara pasien dan keluarga (7 pertanyaan, terdiri dari nomor: 6, 16, 18, 19, 20, 21, 22). Dalam setiap pertanyaan terdapat 5 yang setiap pilihannya terdiri dari: tidak pernah= 0, jarang= 1, kadang-kadang= 2, cukup sering= 3, hampir selalu= 4 dimana caregiver diminta untuk memilih seberapa sering mereka merasakan beban saat merawat lansia. Dari hasil yang dipilih oleh caregiver kemudian diberi nilai dari seberapa tingkat beban yang dialami saat merawat lansia, tidak ada beban= 0 – 20, beban ringan= 21 – 40, beban sedang= 41 – 60, beban berat= 61 – 88.

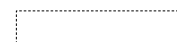
2.4 Kerangka Konsep



Keterangan : Diteliti



Tidak diteliti



Gambar 2.1 Kerangka konsep penelitian Identifikasi Beban Caregiver dalam Perawatan Lansia