

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Lanjut Usia

Populasi lansia kini lebih banyak dibandingkan dengan populasinya di masa lalu. Meningkatnya populasi lansia ini pun terjadi di seluruh dunia. Populasi penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan. Berdasarkan data dari WHO, penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia pada tahun 2005 berjumlah 18,2 juta orang atau 8,2%, tahun 2007 penduduk lansia berjumlah 18,7 juta orang atau 8,42%, tahun 2010 meningkat menjadi 9,77%, dan pada tahun 2020 diperkirakan menjadi dua kali lipat yaitu berjumlah 28,8 juta orang atau 11,34%. Populasi lansia di Indonesia merupakan populasi terbesar keempat di dunia setelah Amerika Serikat, China, dan India (Raharja, 2013).

1. Definisi Lanjut Usia

Pengertian lanjut usia atau yang sering disebut lansia adalah periode dimana organisme telah mencapai kemasakan dalam ukuran dan fungsi dan juga telah menunjukkan kemunduran sejalan sewaktu. Ada beberapa pendapat mengenai “usia kemunduran” yaitu ada yang menetapkan 60 tahun, 65 tahun, dan 70 tahun. WHO (*World Health Organization*) menetapkan 65 tahun sebagai usia yang menunjukkan proses menua yang berlangsung secara nyata dan seseorang telah disebut lanjut usia. Secara umum perubahan fisik pada masa lanjut usia adalah

menurunnya fungsi panca indra, minat dan fungsi organ seksual dan kemampuan motorik (Pieter, 2010).

Menurut UU RI No.4 tahun 1965 lanjut usia adalah mereka yang berusia 55 tahun keatas. Sedangkan menurut dokumen pelebagaan 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 usia lanjut adalah 60 tahun atau lebih (Fatimah, 2010).

Manusia yang telah menginjak masa lanjut usia adalah seseorang yang karena usianya mengalami perubahan biologis, fisik, kejiwaan, dan sosial, serta perubahan ini akan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan, termasuk kesehatannya. Oleh karena itu, kesehatan manusia lanjut perlu mendapatkan pelatihan khusus dengan tetap dipelihara dan ditingkatkan agar selama mungkin dapat hidup secara produktif sesuai dengan kemampuannya sehingga dapat ikut serta berperan aktif dalam pembangunan (UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 pasal 19 ayat 1 dalam Fatimah, 2010).

2. Batasan Umur Lanjut Usia

Batasan lanjut usia berdasarkan Undang-Undang No.13 tahun 1998 adalah 60 tahun keatas. Menurut Depkes RI (2013) pengelompokan usia lanjut dibagi atas :

- a. Kelompok pertengahan umur : 45 – 54 tahun
- b. Kelompok lanjut usia dini : 55 – 64 tahun

- c. Kelompok lanjut usia : 65 tahun keatas
- d. Kelompok lanjut usia dengan resiko tinggi : 70 tahun keatas atau kelompok lanjut usia yang hidup sendiri, terpencil, menderita penyakit berat atau cacat.

Sedangkan menurut WHO (*World Health Organization*) kategori lanjut usia meliputi :

- a. Usia pertengahan (*middle age*) : 45 – 59 tahun;
- b. Usia lanjut (*elderly*) : 60 – 74 tahun;
- c. Usia tua (*old*) : 75 – 90 tahun;
- d. Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun;

Menurut Budi Anna Keliat (1999) dalam Maryam dkk (2008), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut :

- a. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang kesehatan).
- b. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
- c. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

3. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia

- a. Perubahan Kondisi Fisik

Perubahan kondisi fisik pada lansia meliputi perubahan dari tingkat sel sampai ke semua sistem organ tubuh, diantaranya sistem pernapasan, pendengaran, penglihatan, kardiovaskuler, sistem pengaturan tubuh,

muskuloskeletal, gastrointestinal, urogenital, endokrin, dan integumen (Mubarak, et al 2011).

b. Perubahan Kondisi Mental

Pada umumnya lansia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Perubahan-perubahan mental ini erat sekali hubungannya dengan perubahan fisik, keadaan kesehatan, tingkat pendidikan atau pengetahuan, dan situasi lingkungan. Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan kondisi mental diantaranya :

1. Perubahan fungsi fisik, khususnya organ perasa;
2. Kesehatan umum;
3. Tingkat pendidikan;
4. Keturunan;
5. Lingkungan;
6. Gangguan syaraf panca indra;
7. Gangguan konsep diri akibat kehilangan;
8. Rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga;
9. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri dan konsep diri;

(Mubarak,et al 2011).

c. Perubahan Psikososial

Masalah perubahan psikososial serta reaksi individu terhadap perubahan ini sangat beragam, bergantung pada kepribadian individu

yang bersangkutan. Orang yang telah menjalani kehidupannya dengan bekerja, mendadak dihadapkan untuk menyesuaikan dirinya dengan masa pension. Bila lansia tersebut cukup beruntung dan bijaksana, maka akan mempersiapkan diri dengan menciptakan berbagai bidang minat untuk memanfaatkan waktunya, masa pensiunnya akan memberikan kesempatan untuk menikmati sisa hidupnya. Namun, bagi banyak pekerja, pensiun berarti terputus dengan lingkungan, teman-teman yang akrab, dan disingkirkan untuk duduk-duduk dirumah atau bermain domino di klub pria lanjut usia (Mubarak,et al 2011).

d. Perkembangan Spiritual

1. Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya.
2. Makin matur dalam khidupan beragama, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.
3. Perkembangan spiritual menjadi *universalizing*, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berfikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai dan keadilan (Mubarak,et al 2011).

B. Fungsi Fisik

1. Definisi Fungsi Fisik

Fungsi fisik telah digambarkan sebagai sub kategori status kesehatan, kecacatan, ketidakmampuan untuk berfungsi secara normal, secara psikologis atau fisik. Fungsi fisik telah ditetapkan sebagai salah

satu komponen dari kapasitas fungsional. Kapasitas fungsional tersebut meliputi, komponen fisik, psikologis, dan sosial, terkait erat dengan situasi kehidupan (Lan et al, 2014).

Berdasarkan jurnal yang dipublikasikan oleh Aromaa et al (2013) membagi kapasitas fungsional dalam fungsi fisik, psikologis, sosial, kognitif dan sensorik, sedangkan (Cella et al, 2007) menyatakan bahwa kapasitas fungsional terdiri dari komponen fisik, emosional, mental dan sosial. Secara keseluruhan, kapasitas fungsional yang baik berarti kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Aromaa et al (2013) mengungkapkan bahwa kemampuan fungsional sering digunakan untuk menggambarkan bagian dari kapasitas fungsional yang berhubungan dengan kemampuan, kapasitas dan kesempatan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (ADL). Dengan demikian, kemampuan fungsional seseorang adalah kemampuan untuk bertindak dan berpartisipasi dalam masyarakat sebagai anggota aktif penuh dari masyarakat dan memenuhi peran yang. Hal ini dapat dibagi menjadi tiga bidang utama yaitu fisik, kemampuan psiko-kognitif dan sosial (Aromaa et al, 2013).

Definisi kesehatan membantu mengatur domain dan dimensi yang dibutuhkan untuk mengukur hasil kesehatan, sehingga mengakui pentingnya menggunakan ukuran hasil yang akan mencakup domain fisik, mental, dan sosial kesehatan, serta langkah-langkah fungsi dan kemampuan. Fungsi fisik menentukan kemampuan seseorang untuk

melakukan aktivitas seperti biasa, seperti berjalan kaki dan berpakaian atau mereka dapat dilaporkan sendiri seperti mengatakan bahwa seorang individu dapat berjalan atau menggunakan pakaian Kegiatan ini dapat menjadi kegiatan rutinitas (kegiatan hidup sehari-hari (ADL)) seperti mandi, makan dan berpakaian) atau bisa menjadi aktivitas yang memerlukan instrumen untuk melakukan ini sering mencakup kegiatan yang fungsi yang lebih kompleks (Cella et al, 2007).

Kesimpulannya, fungsi fisik merupakan salah satu bagian dari konsep utama status fungsional, kemampuan atau kapasitas. Daerah yang paling dan paling lama dieksplorasi dari berbagai komponen dari status fungsional, kemampuan atau kapasitas. Hal ini telah dijelaskan terutama oleh prinsip-prinsip dan mekanisme penuaan biologis, peningkatan kapasitas fungsional dengan usia dan konsekuensi dari penuaan dapat dilihat paling jelas dalam wilayah fungsi fisik (Cella et al, 2007).

2. Model Fungsi Fisik

Fungsi fisik merupakan serangkaian langkah-langkah yang semakin terintegrasi mulai dari komponen dasar sampai komponen yang lebih tinggi. Pada tingkat tertinggi dari fungsi fisik adalah aktivitas hidup sehari-hari termasuk dalam pemenuhan peran sosial atau kegiatan berekreasi. Komponen dasar dari kekuatan, keseimbangan, koordinasi, fleksibilitas, dan daya tahan tubuh memungkinkan pelaksanaan tugas fungsional yang lebih terintegrasi. Sebuah model kapasitas fungsional menyajikan dimensi fisik manusia (serta dimensi mental dan sosial) dari

perspektif fungsional. Pada tingkat terendah, fungsi dasar yang sederhana seperti bernapas, dan pada tingkat tertinggi adalah kemampuan untuk melaksanakan paling menuntut, tugas-tugas kompleks, misalnya pada kemampuan fisik memungkinkan partisipasi dalam melakukan olahraga (Aromaa et al, 2013).

Aromaa et al (2013) telah membuat model konseptual dari bidang fisik dan psikologis yang mempengaruhi fungsi fisik. Menurut model ini kapasitas fisiologis kardiovaskuler, muskuloskeletal, dan sistem neuromuskuler merupakan penentu utama dari fungsi fisik. Kapasitas fisiologis mengacu pada fungsi sel dan anatomi dasar seperti kekuatan otot. kinerja fisik. Fungsi fisik dipengaruhi oleh faktor psikososial seperti kepercayaan diri, motivasi, kemampuan dirasakan, gejala depresi dan peran sosial. Pada umumnya fungsi fisik dapat dipandang integrasi kapasitas fisiologis dan kinerja fisik yang dipengaruhi oleh psikososial faktor. Namun, faktor lingkungan yang mempengaruhi fungsi fisik belum diperhitungkan dalam model ini.

3. Fungsi Fisik Motorik dan Sensorik

Menurut Aromaa et al (2013) mengungkapkan bahwa dalam fungsi fisik umumnya terdapat fungsi sensomotor dan juga fungsi psikomotorik. Fisik mengacu pada fungsi motorik sensorik organisme seperti yang ditunjukkan oleh keterbatasan dalam kegiatan seperti berjalan, membungkuk, memanjat, mencapai, dan mendengar dan melihat. Cella et al (2007) juga menyatakan bahwa fungsi fisik meliputi fungsi sensorik dan

motorik. Mereka mendefinisikan fungsi fisik sebagai performa motor sensorik individu termasuk kegiatan mendasar dan kompleks dalam kehidupan sehari-hari (Aromaa et al, 2013).

Menurut Aromaa et al (2013) menunjukkan bahwa gangguan sensorik yang sangat terkait dengan cacat fisik pada orang dewasa yang lebih tua. Penderita tunanetra yang berusia lebih dari 65 tahun telah ditemukan memiliki kesulitan dengan aktivitas hidup sehari-hari (ADL). Terutama pada pria yang menderita tunanetra memiliki pengaruh terbesar pada ketergantungan pada ADL. Seseorang yang menderita tunanetra memiliki tiga kali lipat kemungkinan lebih tinggi untuk insiden penurunan status fungsional dibandingkan dengan fungsi visual yang lebih baik (Aromaa et al, 2013).

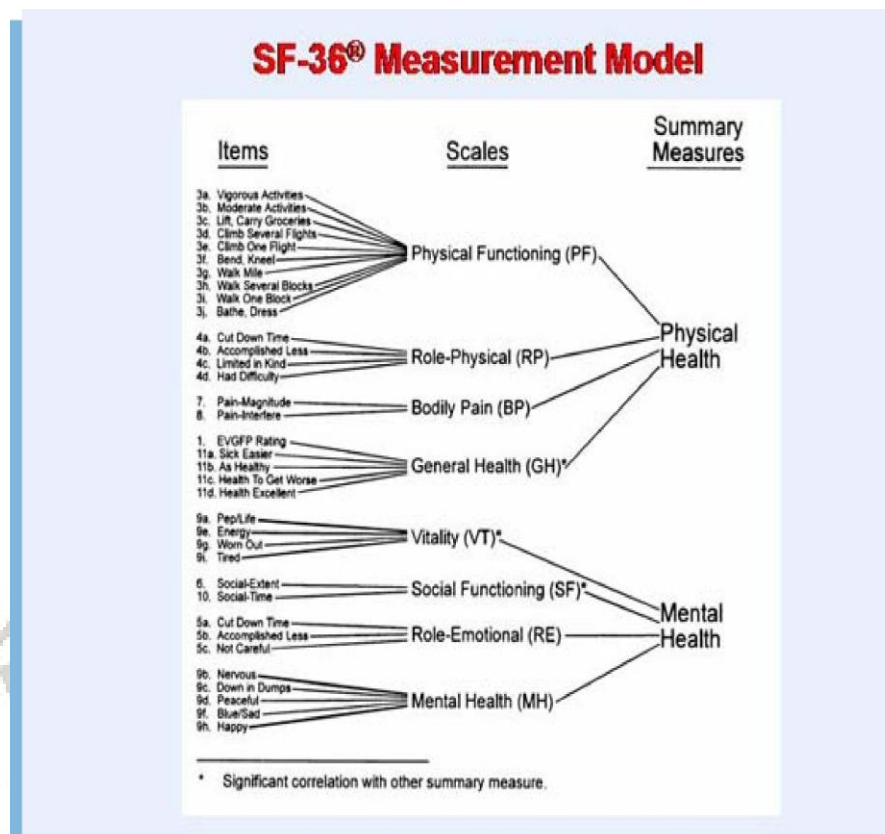
Menurut Aromaa et al (2013) mendefinisikan bahwa gangguan penglihatan dan pendengaran tidak terkait dengan perubahan cacat fisik. Penderita tunarungu belum ditemukan secara signifikan atau *independen* terkait dengan kecacatan. Kebanyakan studi menggunakan langkah-langkah mentah gangguan pendengaran (pertanyaan tunggal), atau mereka menggabungkan masalah ketulian dan pendengaran tanpa memperhitungkan konsekuensi fungsional dari gangguan pendengaran. Hal ini juga telah menyatakan bahwa lanjut usia cukup mampu mengimbangi gangguan sensorik dalam mempertahankan aktivitas kehidupan sehari-hari mereka. Namun, bersama-sama dengan gangguan penglihatan, gangguan pendengaran telah ditemukan menjadi faktor risiko

yang signifikan untuk masalah keseimbangan dan jatuh, terutama pada wanita lanjut usia (Cella et al, 2007).

Berbeda dengan gangguan sensorik, gangguan fisik, dan keterbatasan fungsional yaitu memiliki dampak yang besar terhadap ketergantungan dalam kegiatan kehidupan sehari-hari. Aromaa et al (2013) mengungkapkan bahwa fungsi motorik dasar yaitu, seperti membungkuk, mengangkat dan berjalan, merupakan prasyarat untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Sedangkan Cella et al (2007) berpendapat bahwa orang yang bergantung pada ADL memiliki kecepatan maksimal lebih rendah berjalan, kekuatan pegangan, kekuatan ekstensor lutut, kapasitas menaiki tangga dan maju jangkauan dari pada orang yang mandiri dalam melakukan ADL. Dengan demikian, keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari merupakan indikator awal dari penurunan fungsional (Cella et al, 2007).

4. Alat Ukur Fungsi Fisik

Alat fungsi fisik menggunakan kuesioner SF-36v2 yang dikombinasi dengan kuesioner *Indeks Barthel*. Di dalam kuesioner SF-36v2 terdapat 36 pertanyaan yang mengarah pada peninjauan 8 aspek status kesehatan. Dari 8 aspek kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi kelompok besar, yaitu status kesehatan fisik dan status kesehatan jiwa. Pada gambar 2.1 berikut akan digambarkan mengenai pemetaan mengenai masing-masing pertanyaan terhadap pengukuran 8 skala status kesehatan (Ware et al, 2008).



Gambar 2.1. SF-36v2 dengan 36 Butir Pertanyaan

Pada skala kesehatan fisik telah dibagi menjadi 4 aspek, yaitu: 1) Fungsi fisik (PF), 2) pembatasan oleh status kesehatan fisik (RP), 3) nyeri seluruh badan (BP), 4) pandangan kesehatan secara umum (GH) (Ware et al, 2008).

Pada penelitian ini menggunakan alat ukur kuesioner SF-36v2 mengambil dari aspek fungsi fisik (PF). Penilaian pada aspek fungsi fisik (PF) pada kuesioner SF-36v2 didapatkan dengan mengukur rerata dari jawaban responden pada pertanyaan no.urut 3a sampai dengan 3j. Pertanyaan-pertanyaan tersebut akan menggambarkan tingkat limitasi fungsi fisik terhadap aktivitas fisik, mulai dari aktivitas berat sampai

sampai aktivitas ringan. Jika skor yang didapatkan rendah maka mengindikasikan adanya pembatasan fungsi fisik yang signifikan terhadap aktivitas fisik, dan jika skor yang didapatkan tinggi maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada atau hanya ada sedikit pembatasan fungsi fisik (Ware et al, 2008).

Sedangkan pada kuesioner *indeks barthel* yang telah dikombinasikan dengan SF-36v2 hanya memasukan 5 poin yang belum tercantum pada kuesioner SF-36v2. Dari 5 poin tersebut antara lain: 1) Naik turun kloset/penggunaan jamban (melepaskan dan memakai celana, membersihkan dan menyiram), 2) membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi), 3) makan (bila makan harus dipotong-potong dulu), 4) mengendalikan rangsang pembuangan tinja, 5) mengendalikan rangsangan berkemih (Ware et al, 2008).

C. Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

Tidak mudah untuk mendefinisikan kualitas hidup secara tepat. Pengertian mengenai kualitas hidup telah banyak dikemukakan oleh para ahli, namun semua pengertian tersebut tergantung dari siapa yang membuatnya. Jika menghadapi dengan positif maka akan baik pula kualitas hidupnya, tetapi lain halnya jika menghadapi dengan negatif maka akan buruk pula kualitas hidupnya. Lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan

tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Nofitri, 2009).

Menurut Wilson dkk dalam Larasati (2012) di dalam bidang kesehatan dan aktivitas pencegahan penyakit, kualitas hidup dijadikan sebagai aspek untuk menggambarkan kondisi kesehatan. Adapun menurut Cohen & Lazarus dalam Larasati (2012) kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Kualitas hidup individu tersebut biasanya dapat dinilai dari kondisi fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungannya (WHO, 2010).

Menurut Calman yang dikutip oleh Herman (2010) mengungkapkan bahwa konsep dari kualitas hidup adalah bagaimana perbedaan antara keinginan yang ada dibandingkan perasaan yang ada sekarang, definisi ini dikenal dengan sebutan "Calman's Gap". Calman mengungkapkan pentingnya mengetahui perbedaan antara perasaan yang ada dengan keinginan yang sebenarnya, dicontohkan dengan membandingkan suatu keadaan antara "dimana seseorang berada" dengan "dimana seseorang ingin berada". Jika perbedaan antara kedua keadaan ini lebar, ketidakcocokan ini menunjukkan bahwa kualitas hidup seseorang tersebut rendah. Sedangkan kualitas hidup tinggi jika perbedaan yang ada antara keduanya kecil (Robert, 2007).

Menurut Herman (2010) mendefinisikan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari

penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan, dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosial dengan orang lain.

Kualitas hidup sebagai kemampuan fungsional akibat penyakit dan pengobatan yang diberikan menurut pandangan atau perasaan pasien. Kualitas hidup berbeda dengan status fungsional, dalam hal kualitas hidup mencakup evaluasi subyektif tentang dampak dari penyakit dan pengobatannya dalam hubungannya dengan tujuan, nilai dan pengharapan seseorang, sedangkan status fungsional memberikan suatu penilaian obyektif dari kemampuan fisik dan emosional pasien (Ware et al, 2008).

2. Kualitas Hidup Lansia

Menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, kualitas hidup adalah kondisi fungsional lanjut usia yang meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat, *self esteem* dan kepercayaan individu, hubungan sosial lansia yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, serta aktivitas seksual, dan kondisi lingkungan rumah, kebebasan,

keselamatan fisik, aktivitas di lingkungan, kendaraan, keamanan, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial.

Kualitas hidup dipengaruhi oleh tingkat kemandirian, kondisi fisik dan psikologis, aktivitas sosial, interaksi sosial dan fungsi keluarga. Pada umumnya lanjut usia mengalami keterbatasan, sehingga kualitas hidup pada lanjut usia menjadi mengalami penurunan. Agar kualitas hidup lansia meningkat, maka dalam penyesuaian diri dan penerimaan segala perubahan yang dialami, lansia harus mampu melakukan tersebut. Selain itu, lingkungan yang memahami kebutuhan dan kondisi psikologis lansia membuat lansia merasa dihargai. Tersedianya media atau sarana bagi lansia membuat lansia dapat mengembangkan potensi yang dimiliki (Sutikno, 2007).

Setidaknya ada beberapa faktor yang menyebabkan seorang lansia untuk tetap menyesuaikan diri dan menerima segala perubahan dan kemunduran yang dialami, adanya penghargaan dan perlakuan yang wajar dari lingkungan lansia tersebut, lingkungan yang menghargai hak-hak lansia serta memahami kebutuhan dan kondisi psikologis lansia dan tersedianya media atau sarana bagi lansia untuk mengaktualisasikan potensi dan kemampuan yang dimiliki. Kesempatan yang diberikan akan memiliki fungsi memelihara dan mengembangkan fungsi-fungsi yang dimiliki oleh lansia (Ekawati, 2011).

Aktivitas fisik misalnya olahraga yang dilakukan secara rutin dan teratur akan sangat membantu kebugaran dan menjaga kemampuan

psikomotorik lansia. Aktivitas-aktivitas kognitif seperti membaca, berdiskusi, mengajar, akan sangat bermanfaat bagi lansia untuk mempertahankan fungsi kognitifnya sebab otak yang sering dilatih dan dirangsang maka akan semakin berfungsi baik, berbeda jika fungsi otaknya tidak pernah dilatih maka akan mempercepat lansia mengalami masa dimensi dini. Aktivitas-aktivitas spiritualitas dan sosial akan memberikan nilai tertinggi bagi lansia untuk menemukan kebermaknaan dan rasa harga dirinya, dengan banyak berdzikir dan melaksanakan ibadah sehari-hari lansia akan menjadi lebih tenang dalam hidupnya kecemasan akan kematian bisa direduksi. Dengan aktif dalam aktivitas sosial, seperti tergabung dalam paguyuban lansia atau karang werdha akan menjadi ajang bagi mereka untuk saling bertukar pikiran, berbagi pengalaman dan saling memberikan perhatian, kegiatan ini akan sangat membantu para lansia untuk mencapai kualitas hidup yang maksimal (Ekawati, 2011).

Berdasarkan penelitian tentang kualitas hidup, kualitas hidup penduduk Indonesia dengan kriteria kurang, lebih banyak dijumpai pada golongan umur lanjut, perempuan, tingkat pendidikan rendah, tidak bekerja, tinggal di daerah pedesaan, serta sosial ekonomi tergolong miskin. Penduduk yang menderita penyakit tidak menular, cedera, menderita gangguan mental emosional, menyandang faktor resiko antara yang tinggal di rumah dengan lingkungan terpapar memiliki kualitas hidup kurang. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penduduk adalah golongan umur, kemudian adanya gangguan mental, emosional, tinggal

dirumah dengan lingkungan terpapar, dan jenis kelamin (Pradono dkk, 2007).

3. Alat Ukur Kualitas Hidup Lanjut Usia

Pada tahun 1991 bagian kesehatan mental WHO memulai proyek organisasi kualitas hidup dunia (WHOQOL). Tujuan dari proyek ini adalah untuk mengembangkan suatu instrument penilaian kualitas hidup yang dapat dipakai secara nasional dan secara antar budaya. Pengukuran kualitas hidup alat WHOQOL – BREF merupakan pengukuran yang menggunakan 26 item pertanyaan dimana 2 pertanyaan tentang kualitas hidup lansia secara umum dan 24 pertanyaan lainnya mencakup empat dimensi yaitu fisik, psikologis, lingkungan dan sosial, sedangkan secara rinci bidang-bidang yang termasuk kualitas hidup adalah :

1. Kesehatan fisik (*physical health*): Penyakit, kegelisahan tidur dan beristirahat, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis, kapasitas pekerjaan.
2. Kesehatan psikologis (*psychological health*): cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, *self-esteem*, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, kepercayaan individu.
3. Hubungan sosial (*social relationship*): hubungan sosial, dukungan sosial, dan aktivitas sosial.
4. Lingkungan (*environment*): kebebasan, keselamatan fisik, dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh ketrampilan dan

informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berekreasi, aktivitas dilingkungan, transportasi (WHO, 2010).

World Health Organization (WHO) telah mengembangkan sebuah instrument untuk mengukur kualitas hidup seseorang yaitu *WHO Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF). Distribusi ke-26 pertanyaan dari WHOQOL-BREF adalah simetris dan hasil penelitian menunjukkan instrument WHOQOL-BREF valid dan *reliable* untuk mengukur kualitas hidup pada lansia. Kemampuan *cross-cultural* dari instrumen WHOQOL-BREF merupakan suatu keunggulan dan mendukung premis yang menyatakan instrumen ini dapat digunakan sebagai alat *screening*. WHOQOL-BREF merupakan suatu instrumen yang valid dan *reliable* untuk digunakan baik pada populasi lansia maupun populasi dengan penyakit tertentu. Instrumen ini telah banyak digunakan di berbagai negara industry maupun berkembang pada populasi penderita hati dan paru-paru yang kronik sebagai alat *sreening* (Salim dkk, 2007).

Instrumen WHOQOL-BREF ini merupakan suatu instrument yang sesuai untuk mengukur kualitas hidup dari segi kesehatan terhadap lansia dengan jumlah responden yang kecil, mendekati distribusi normal, dan mudah untuk penggunaannya (Hwang dkk, 2012).

D. Hubungan Fungsi Fisik dengan Kualitas Hidup Lansia

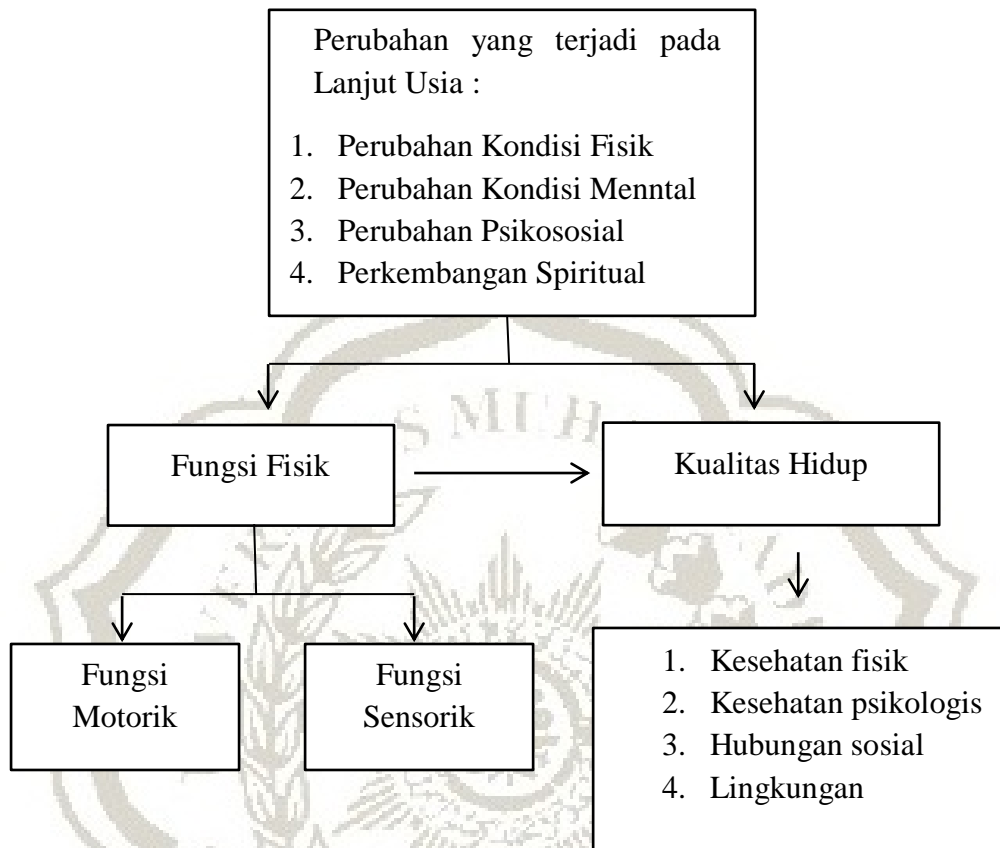
Penelitian Sutikno (2007) mengatakan bahwa faktor umur lansia mempunyai hubungan dengan kualitas hidup pada lansia. Menurut Nugroho (2008) kualitas hidup seseorang akan semakin buruk apabila dengan

bertambahnya usia. Dengan penambahan usia maka akan ada perubahan dalam cara hidup seperti merasa kesepian dan sadar akan kematian, hidup sendiri, perubahan dalam hal ekonomi, penyakit kronis, kekuatan fisik semakin lemah, terjadi perubahan mental, ketrampilan psikomotor berkurang, perubahan psikososial yaitu pensiun, akan kehilangan sumber pendapatan, kehilangan pasangan dan teman, serta kehilangan pekerjaan dan berkurangnya kegiatan.

Lanjut usia akan mengalami penurunan fungsi fisik, sehingga akan berakibat pada penurunan fungsi jalan, penurunan keseimbangan, serta penurunan pada kemampuan fungsional. Tingkat kemandirian pada lanjut usia akan menurun sehingga kualitas hidupnya juga akan mengalami penurunan (Utomo, 2010). Suatu penelitian di Makassar mendapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kemandirian dengan kualitas hidup lanjut usia (Aziz, 2015).

Lansia yang memiliki fungsi fisik yang baik belum tentu juga kualitas hidup lansia juga baik, sedangkan lansia yang memiliki fungsi fisik yang buruk tidak menutup kemungkinan lansia tersebut memiliki kualitas hidup yang baik, begitupun sebaliknya.

E. Kerangka Teori

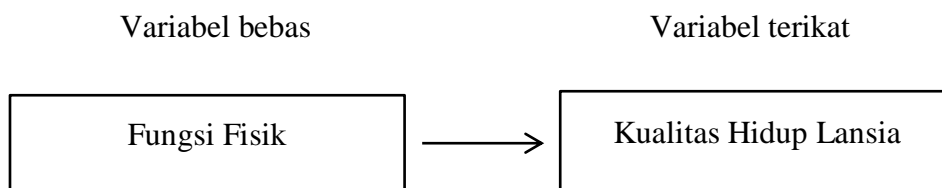


Sumber : Aromaa, *et al* (2013), Mubarak, *et al* (2011), WHO (2010)

Gambar 2.2. Kerangka Teori

F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



Gambar 2.3. Kerangka Konsep

G. Hipotesis

Berdasarkan landasan teori dan kerangka konsep penelitian, maka rumusan hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ho :

Tidak terdapat hubungan antara fungsi fisik dengan kualitas hidup lansia di Desa Adisara Kecamatan Jatilawang Kabupaten Banyumas.

Ha :

Terdapat hubungan antara fungsi fisik dengan kualitas hidup lansia di Desa Adisara Kecamatan Jatilawang Kabupaten Banyumas.

