

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Lansia Aktif

2.1.1. Pengetian Lansia Aktif

Lansia aktif merupakan proses memaksimalkan kesempatan untuk partisipasi secara sehat dan keamanan untuk meningkatkan kualitas hidup sebagai lanjut usia (WHO, 2002). Lansia juga dapat didefinisikan sebagai generalisasi hambatan yang progresif sebagai hasil kehilangan respon adaptasi terhadap stress dan meningkatkan risiko penyakit yang berhubungan dengan usia. (Kirkwood, 1996).

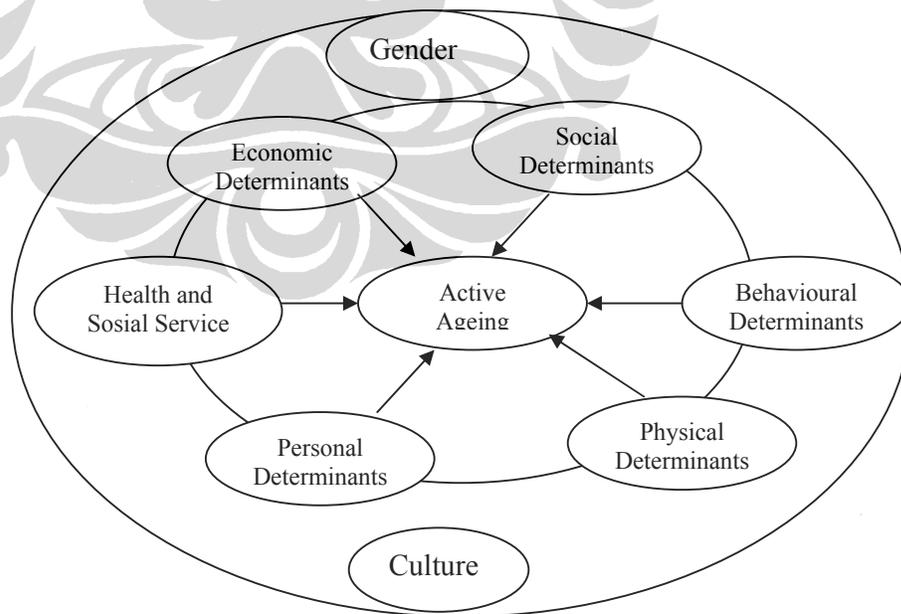
Kata “aktif” mengacu pada partisipasi di sosial, ekonomi, budaya, rohani dan sebagai warga negara yang lain tidak hanya sekedar mampu secara fisik atau partisipasi dalam pekerjaan yang membutuhkan kekuatan fisik. Lanjut usia yang sudah tidak bekerja lagi atau pensiun dan mereka yang mengalami sakit atau hidup dengan disabilitas atau keterbatasan dapat tetap secara aktif mempunyai kontribusi untuk keluarga mereka, teman-teman seusia mereka, masyarakat dan negara. Tujuan lansia aktif untuk memperluas harapan hidup sehat dan meningkatkan kualitas hidup semua manusia termasuk mereka yang lemah, mengalami disabilitas dan yang membutuhkan perawatan. (WHO, 2002)

Sehat mengacu pada kesejahteraan secara fisik, mental dan sosial yang terdapat dalam definisi sehat oleh WHO. Kerangka kerja, kebijakan, dan

program-program peningkatkan hubungan kesehatan mental dan sosial yang sama pentingnya dengan peningkatkan status kesehatan fisik. (WHO, 2002).

2.1.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi lansia aktif:

Lansia aktif dipengaruhi oleh banyak faktor baik dari luar maupun dari dalam. Ada hal yang dapat diintervensi maupun yang sudah tidak bisa lagi diintervensi atau diubah. Faktor-faktor yang tidak dapat diubah adalah usia, jenis kelamin, usia dalam kebijakan WHO dikelompokkan sebagai personal determinants. Faktor-faktor yang mungkin berubah tetapi sangat sulit diubah berkaitan dengan keyakinan dan landasan kepercayaan yaitu budaya, lingkungan sosial. Faktor-faktor yang dapat diintervensi maupun di ubah yaitu perilaku, ekonomi, lingkungan fisik, pelayanan sosial dan kesehatan. WHO dalam UN Assembly 2002 merumuskan beberapa determinan yang mempengaruhi lansia untuk menjadi aktif.



Gambar 2.1. Active Ageing Determinants (WHO, 2002)

2.1.2.1 Behavioural Determinants

Satu mitos mengenai lanjut usia adalah pada fase ini sudah sangat terlambat untuk gaya hidup sehat. Hal yang sebenarnya terjadi adalah aktivitas fisik yang cukup, makan makanan yang cukup, tidak merokok, dan tidak minum minuman alkohol dan pengobatan yang bijaksana pada lanjut usia dapat mencegah penyakit dan penurunan fungsi tubuh, memperpanjang umur dan meningkatkan kualitas hidup. (WHO, 2002).

2.1.2.2. Physical Determinants

Lingkungan fisik yang baik dan mendukung dapat membuat perbedaan antara mandiri dan ketergantungan pada semua individu dan sangat penting bagi mereka yang memasuki lanjut usia (WHO, 2002). Perhatian spesifik harus diberikan pada lanjut usia adalah yang hidup dan tinggal di pedesaan dimana pola penyakit dapat berbeda tergantung pada kondisi lingkungan dan keterbatasan ketersediaan pelayanan pendukung. Urbanisasi dan migrasi orang-orang muda untuk mencari pekerjaan membuat lanjut usia semakin terisolasi di pedesaan dengan keterbatasan bahkan ketiadaan akses untuk pelayanan kesehatan dan social.

Akses dan ketersediaan transportasi umum dibutuhkan baik di kota maupun di pedesaan sehingga orang dengan segala usia dapat berpartisipasi secara penuh di keluarga dan kehidupan bermasyarakat. Ini sangat penting untuk lanjut usia yang memiliki masalah mobilitas. Risiko-risiko pada lingkungan fisik menyebabkan kelemahan dan cedera yang menyakitkan diantara lanjut usia. Cedera dari jatuh, terbakar, kecelakaan lalu lintas adalah yang paling sering. (WHO, 2002)

Perumahan yang aman dan nyaman merupakan hal yang penting bagi semua usia terutama bagi lanjut usia. Untuk lanjut usia, lokasi termasuk jumlah anggota keluarga, pelayanan dan transportasi dapat membawa perbedaan yang nyata antara interaksi sosial positif dan isolasi. Cidera dengan tingkat yang sama pada lanjut usia lebih membuat lansia tersebut mengalami disabilitas, butuh perawatan yang lebih lama di rumah sakit dan periode yang panjang untuk rehabilitasi sehingga berisiko tinggi untuk terjadi kematian.

Air yang bersih, udara yang bersih dan makanan yang aman terutama sangat penting untuk sebagian besar kelompok usia rentan dan mereka yang mempunyai penyakit kronis dan sistem kekebalan yang menurun.

2.1.2.3. Personal Determinants

Alasan utama mengapa lanjut usia lebih sering sakit dari pada orang muda adalah mereka lebih lama hidup dan terpajan dengan hal eksternal, perilaku dan lingkungan. (Gray, 1996). Kapasitas intelegensia dan kognitif (termasuk kecepatan belajar dan mengingat) secara alamiah menurun seturut dengan penuaan.

2.1.2.4. Health and social service

Peningkatan lansia aktif, sistem kesehatan lebih diarahkan pada peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan akses terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan perawatan jangka panjang. Pelayanan kesehatan dan sosial harus terintegrasi, terkoordinasi dan efektif. Peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit adalah proses untuk memungkinkan seseorang untuk mengontrol dan memperbaiki kesehatannya. Sebagai contoh menghindari

untuk merokok kemudian skrining untuk mendeteksi penyakit kronis dapat mengurangi risiko disabilitas

2.1.2.5. Economic Determinants

Tiga aspek pada determinan ekonomi ini sangat mempengaruhi lansia aktif yaitu pendapatan, pekerjaan dan perlindungan sosial. Lansia yang miskin meningkatkan risiko untuk menjadi sakit dan disabilitas (WHO, 2002). Banyak lansia wanita yang tinggal sendiri dan tidak punya cukup uang untuk kehidupan sehari-hari. Hal ini mempengaruhi mereka untuk membeli makanan yang bergizi, rumah yang layak, dan pelayanan kesehatan. Lansia yang sangat rentan adalah yang tidak mempunyai asset, sedikit atau tidak ada tabungan, tidak ada pension dan tidak dapat membayar keamanan atau merupakan bagian dari keluarga yang sedikit atau pendapatan yang rendah.

Di semua negara, keluarga menyediakan dukungan terbesar untuk lansia yang membutuhkan bantuan. Tradisi bahwa lansia tinggal dengan anak atau keluarga mulai menurun, sehingga meningkatkan kerentanan lansia.

2.1.2.6. Social Determinants

Dukungan sosial, kesempatan untuk edukasi dan pembelajaran seumur hidup, kedamaian dan perlindungan dari kekerasan dan pelanggaran adalah factor utama pada lingkungan social yang meningkatkan kesehatan, partisipasi aktif. Kesepian, isolasi social, buta huruf dan kesejangan pendidikan, pelanggaran dan pajanan untuk situasi konflik meningkatkan risiko lansia sangat besar untuk mengalami disabilitas dan kematian lebih awal. (WHO, 2002). Dukungan social yang tidak cukup, sangat erat

hubungannya dengan peningkatan kematian, kesakitan dan depresi juga kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan.

Lansia yang tidak mendapatkan dukungan sosial yang cukup 1,5 kali lebih besar kemungkinan untuk mengalami kematian pada tiga tahun kedepan daripada mereka yang mendapatkan dukungan sosial yang cukup, menurut laporan di Jepang. (Sugiswawa et al, 1994 dalam WHO, 2002)

2.2. Penyakit Tidak menular

2.2.1. Hipertensi

2.2.1.1. Pengertian

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Tekanan darah normal bervariasi sesuai usia, sehingga setiap diagnosis hipertensi harus bersifat spesifik usia. Namun secara umum seorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi daripada untuk sistolik 140mmHg dan diastolik 90mmHg.

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi menurut JNC-VI 1997

Kategori	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHG)
Normal	< 130	<85
Normal Tinggi	130-139	85-89

Hipertensi:

Stage 1 (ringan)	140-159	90-99
Stage 2 (sedang)	160-179	100-109
Stage 3 (berat)	180-209	110-110

Sumber: Imam Parsudi, 1999

2.2.1.2 Hipertensi pada lanjut usia

Lanjut usia membawa konsekuensi meningkatnya berbagai penyakit kardiovaskuler, infeksi dan gagal jantung. Tekanan darah sistolik meningkat sesuai dengan peningkatan usia, akan tetapi tekanan darah diastolik meningkat seiring tekanan darah sistolik sampai sekitar usia 55 tahun yang kemudian menurun oleh karena terjadinya proses kekakuan arteri akibat aterosklerosis. Prevalensi gagal jantung dan stroke tinggi keduanya merupakan akibat dari hipertensi. Di negara maju saat ini tekanan darah yang terkontrol untuk sistolik <140mmHg dan diastolic <90mmHg.

Hipertensi pada lanjut usia mempunyai risiko komplikasi yang lebih besar daripada hipertensi kelompok usia yang lain. Penurunan fungsi kognitif dan demensia serta stroke banyak terdapat pada hipertensi kronik. Hipertensi pada lansia sering bersamaan dengan kelainan kardiovaskuler yang lain. Prevalensi hipertensi bertambah dengan bertambahnya usia dan pada usia 65 tahun tekanan darah merupakan factor risiko yang menonjol untuk terjadinya komplikasi kardiovaskuler (Parsudi,1999).

2.2.2. Diabetes Militus

2.2.2.1. Pengertian

Diabetes melitus adalah penyakit hiperglikemia yang ditandai oleh ketiadaan absolute insulin atau insentivitas sel terhadap insulin. Ada sedikit tiga tipe diabetes mellitus yaitu tipe I, tipe II dan diabetes gestasional (Corwin, 2002).

1. Diabetes Melitus tipe I

Diabetes mellitus tipe I adalah penyakit hiperglikemia akibat ketiadaan absolute insulin dapat juga disebut diabetes melitus dependen insulin (DMDI). Pengidap penyakit ini harus mendapatkan insulin pengganti. Diabetes tipe I biasanya dijumpai pada orang yang tidak gemuk berusia kurang dari 30 tahun, dengan perbandingan laki-laki sedikit lebih banyak daripada wanita. Insidens diabetes tipe I ini memuncak pada usia remaja dini, maka sering juga disebut diabetes juveniles. Namun diabetes tipe I dapat timbul pada segala usia. Penyebab tipe ini akibat destruksi autoimun.

2. Diabetes Melitus tipe II

Diabetes tipe II adalah penyakit hiperglikemia akibat insentivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Insulin tetap dapat dihasilkan oleh sel-sel beta pankreas, maka diabetes tipe II dianggap sebagai noninsulin dependent diabetes melitus (NIDDM). Diabetes tipe II biasanya timbul pada orang yang berusia lebih dari 30 tahun. Individu yang mengidap diabetes tipe II tetap bisa menghasilkan insulin, namun sering terjadi kelambatan dalam sekresi

setelah makan dan berkurangnya jumlah total insulin yang dikeluarkan. Hal ini cenderung semakin parah seiring dengan penambahan usia.

3. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional terjadi pada wanita hamil yang sebelumnya tidak mengidap diabetes. Sekitar 50 % mengidap kelainan ini akan kembali ke status non diabetes setelah kehamilan berakhir. Risiko mengalami diabetes tipe II pada waktu emndatang lebih besar daripada normal. Diabetes ini dianggap berkaitan dengan peningkatan kebutuhan energi dan kadar estrogen dan hormon yang terus bertambah.

Tabel 2.2. Kadar Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa

Kadar Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa dalam diagonsa DM (Mg/dl)		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dl)	plasma vena	<110	110-199	≥200
	darah kapiler	<90	90-199	≥200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dl)	plasma vena	<110	110-125	≥126
	darah kapiler	<90	90-109	≥110

Sumber: Reno Gustaviani, Ilmu Penyakit Dalam, Jilid IV, 2006

2.2.2.2. Diabetes Melitus pada lanjut usia

Patofisiologis gangguan toleransi glukosa pada lanjut usia sampai saat ini belum jelas atau dapat dikatakan belum seluruhnya diketahui. Selain faktor intrinsik, faktor ekstrinsik seperti menurunnya ukuran masa tubuh dan naiknya lemak tubuh mengakibatkan kecenderungan timbulnya penurunan aksi insul

pada jaringan sasaran. Timbulnya gangguan toleransi glukosa pada lanjut usia diduga karena menurunnya sekresi insulin oleh beta pankreas.

Timbulnya resistensi insulin pada lanjut usia disebabkan oleh 4 faktor yaitu:

1. Perubahan komposisi tubuh, penurunan jumlah masa otot dari 19% menjadi 12%, sedangkan peningkatan jumlah jaringan lemak dari 14 % menjadi 30 %.
2. Turunya aktivitas fisik yang akan mengakibatkan penurunan jumlah reseptor insulin.
3. Perubahan pola makan pada usia lanjut yang disebabkan berkurangnya gigi geligi sehingga prosentase bahan makanan karbohidrat akan meningkat
4. Perubahan neuro-hormonal.

Hampir setiap studi epidemiologi baik yang bersifat cross-sectional maupun longitudinal menunjukkan bahwa prevalensi gangguan toleransi glukosa dan diabetes meningkat bersama pertambahan umur. Umumnya diabetes orang dewasa hampir 90% masuk diabetes tipe II dan dari jumlah itu 50%nya adalah berusia lebih dari 60 tahun. (Rochmah, 2006)

2.2.3. Gangguan sendi

2.2.3.1. Pengertian

Sakit persendian/rematik menurut SUSENAS (2004) adalah penyakit radang kronis yang menyerang persendian dan mengganggu fungsi persendian. Diagnosa sakit persendian ditegakkan berdasarkan kumpulan gejala sebagai berikut:

1. Sakit, nyeri, kaku-kaku/pembengkakan yang timbul di sekitar persendian lengan, tangan, tungkai dan kaki serta berlangsung selama sebulan atau lebih
2. kaku-kaku di persendian ketika bangun tidur atau setelah duduk lama
3. kaku-kaku berlangsung lebih dari 30 menit
4. kaku-kaku tidak hilang jika sendi digerakkan.

Gangguan sendi berbeda-beda sesuai dengan penyebab yaitu:

1. Osteoarthritis adalah penyakit tulang degeneratif yang ditandai oleh hilangnya tulang rawan sendi (artikular). Tanpa adanya tulang rawan sebagai penyangga, maka tulang di bawahnya akan mengalami iritasi yang akhirnya menyebabkan degenerasi sendi. Osteoarthritis dapat timbul secara idiopatik (tanpa diketahui sebabnya) atau timbul setelah trauma, stress berulang misalnya seperti yang dialami oleh para pelari jarak jauh atau ballerina atau berkaitan dengan deformitas kongetital. Pengidap hemofilia atau kelainan lain yang ditandai oleh pembengkakan dan edema kronik pada sendi, dapat mengalami osteoarthritis. Osteoarthritis sangat sering dijumpai pada orang usia lanjut, mengenai lebih dari 70 % pria dan wanita berusia di atas 65 tahun. Kegemukan dapat memperparah kelainan ini.

Gambaran klinis

1. Nyeri dan kekakuan pada satu atau lebih sendi, terutama sendi-sendi tangan, pergelangan tangan, kaki, lutut, tulang belakang bagian atas atau bawah, paha dan bahu. Timbul nyeri yang mungkin disertai rasa kesemutan atau baal, terutama malam hari.

2. Pembengkakan sendi yang terkena disertai penurunan rentang gerak. Sendi mungkin tampak mengalami deformitas.
 3. Dapat terbentuk nodus Haberden di sendi antarfalang distal.
2. Arthritis Rematoid (AR) adalah suatu penyakit peradangan kronik yang menyebabkan degenerasi jaringan ikat. Biasanya jaringan ikat yang pertama kali mengalami kerusakan adalah jaringan ikat yang membentuk lapisan sendi yaitu membran sinovium. Pada AR, peradangan berlangsung terus-menerus dan menyebar ke struktur-struktur sendi di sekitarnya termasuk tulang rawan sendi dan kapsul fibrosa sendi. Akhirnya ligamentum dan tendon ikut meradang. Peradangan ditandai oleh penimbunan sel darah putih, pengaktifan komplemen, fagositosis ekstensif, dan pembentukan jaringan parut. Pada peradangan kronik, membrane sinovium mengalami hipertrofi dan menebal sehingga terjadi hambatan aliran darah yang menyebabkan nekrosis sel dan respon peradangan berlanjut. Sinovium yang menebal kemudian dilapisi oleh jaringan granular yang disebut panus. Panus dapat menyebar ke seluruh sendi

2.2.3.2 Gangguan sendi pada Lanjut Usia

Menurut hasil SUSENAS 2004, prevalen pada kelompok usia lebih dari 15 tahun sebesar 6%. Prevalen sakit persendian pada perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki. Prevalensi sakit persendian mulai meningkat tajam pada kelompok umur 35-44 tahun. Setelah melampaui umur tersebut prevalensai mulai meningkat tajam pada kelompok umur 55-64 tahun sampai lebih dari 65 tahun. Prevalensi gangguan sendi di Jabar sebesar 0,8% dan DKI sebesar 0,3% (Depkes, 2005).

2.3. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Faktor risiko perilaku seperti aktivitas fisik yang rendah dan merokok dapat mempengaruhi bermacam-macam penyakit yang kemudian akan menyebabkan disabilitas. Hal ini membuktikan bahwa faktor risiko perilaku merupakan efek langsung, lansia yang tidak melakukan aktivitas fisik mengakibatkan timbulnya penyakit-penyakit khusus yang berdampak negatif pada otot, tulang, sistem saraf. Perubahan-perubahan tersebut ditambah dengan faktor penuaan akan berkembang menjadi disabilitas.

2.3.1. Merokok

Perilaku merokok merupakan determinan berperan pada lansia. Merokok dapat mengurangi produktifitas sehingga ketergantungan terhadap kelompok usia produktif semakin besar. Konsumsi merokok dan paparan terhadap asap rokok berdampak serius terhadap kesehatan. Dampaknya antara lain berupa kanker paru, kanker mulut, kanker organ lain, penyakit jantung, penyakit saluran pernapasan kronik dan kelainan kehamilan. Hasil penelitian terbaru bahkan membuktikan bahwa perilaku merokok juga menyebabkan katarak, kanker servik kerusakan ginjal dan periodontitis. Asap rokok juga merusak kesehatan orang-orang disekitarnya (perokok pasif). Perokok pasif dewasa mempunyai risiko lebih tinggi terkena penyakit kardiovaskular, kanker paru dan penyakit paru lainnya dari pada yang bukan perokok pasif.

Dampak fisiologis dari merokok:

Merokok menurunkan sistem kekebalan sehingga Tubuh lebih mudah terserang penyakit. Para perokok mempunyai risiko 40% lebih tinggi terkena katarak, merokok akan menimbulkan flek pada pembuluh darah sehingga aliran

darah terhambat. Merokok mengakibatkan 25% kematian akibat penyakit jantung koroner. Merokok menyebabkan serangan jantung 3 kali lebih sering pada perokok dibanding bukan perokok. Jika merokok dimulai dari usia muda, risiko mendapat serangan jantung 2 kali lebih sering dibanding yang tidak merokok. Serangan sering kali dibawah 50 tahun, sehingga menambah risiko untuk disabilitas karena keterbatasan fungsional tubuh. Karbon monoksida mengurangi daya angkut oksigen darah perokok sebesar 15%. Akibatnya para perokok mempunyai tulang dengan densitas berkurang, lebih mudah patah (fraktur) dan membutuhkan waktu 80% lebih lama untuk penyembuhan.

Secara umum perokok di Indonesia saat ini adalah mulai merokok pada usia muda (15-19 tahun) sebagai gaya hidup modern. WHO memperkirakan bahwa penyakit yang berkaitan dengan rokok pada tahun 2020 akan menjadi masalah kesehatan utama terbesar dan penyebab sekitar 8,4 juta kematian setiap tahun. (Depkes, 2006)

WHO (2001) menyatakan merokok merupakan komponen yang menyebabkan risiko terjadinya penyakit tidak menular pada orang muda maupun lansia, bahkan sebagai penyebab terbesar kematian dini atau muda. Selain itu juga meningkatkan risiko terjadinya kanker paru dan berhubungan langsung dengan penurunan atau hilangnya kapasitas fungsional seperti terjadinya penurunan kepadatan tulang, kekuatan otot dan fungsi paru. Masyarakat usia menengah dan usia lanjut yang meroko mengalami disabilitas berat dan meniggal lebih awal.

Hasil susenas (2004) menunjukkan sebesar 35 % penduduk umur >15 tahun adalah perokok yang terdistribusi sebagai 28% perokok setiap hari dan

6% perokok kadang-kadang. Penduduk bukan perokok meliputi 62% dan mantan perokok 4%. Diantara perokok umur lebih dari 15 tahun sebagian besar (63%) merokok 10 batang atau lebih perhari. Di pedesaan, persentase perokok 10 batang atau lebih sedikit lebih rendah (63%) dibanding perkotaan (65%). Prevalensi perokok lebih dari 10 batang perhari di DKI Jakarta sebesar 52% dan Jawa Barat 49,7%.

2.3.2. Aktivitas Fisik

Lansia yang melakukan olahraga secara teratur akan lebih produktif dan mencegah terjadinya penyakit kronis dan ketergantungan sehingga akan mengurangi biaya kesehatan serta perawatan sosial.(WHO, 1998) Bahkan dengan meningkatnya aktifitas fisik seperti olahraga akan menurunkan risiko penyakit jantung koroner. Hal itu juga secara substansi mengurangi disabilitas yang berat yang berhubungan dengan penyakit jantung dan penyakit kronis lainnya (US. Preventive Services Task Force, 1996)

Menurut WHO, yang dimaksud dengan aktifitas fisik adalah kegiatan paling sedikit 10 menit tanpa henti untuk melakukan kegiatan fisik ringan, sedang atau berat. Aktifitas berat adalah pergerakan tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga cukup banyak (pembakaran kalori) sehingga nafas jauh lebih cepat dari biasanya. Aktivitas sedang adalah pergerakan tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga cukup besar, sehingga nafas sedikit lebih cepat dari biasanya. Waktu melakukan aktifitas dihitung dengan menjumlahkan (waktu untuk aktifitas berjalan)+(waktu aktivitas sedang)+(2 x waktu aktivitas berat). Waktu aktifitas < 150 menit per hari merupakan tidak aktif, dan ≥ 150 menit per hari termasuk aktif. Penduduk yang melakukan aktivitas , 10 menit

perhari termasuk tidak biasa melakukan kegiatan fisik. Menurut Susenas (2004) kelompok usia >15 tahun (73%) tidak aktif, 9% tidak biasa melakukan aktifitas hanya 18 % penduduk melakukan kegiatan aktif, sedangkan di Jawa Barat 84,4 % dan DKI 92,5 % tidak aktif. Pada kelompok usia lanjut 65,8% tidak aktif sedangkan yang aktif hanya 11, 2%. (Susenas, 2004)

Level yang rendah pada aktivitas fisik dan pertumbuhan angka penyakit kronis akibat penuaan secara bertahap menimbulkan lingkaran dimana penyakit dan disabilitas mengakibatkan kurang beraktivitas yang dimana berefek pada kemampuan fungsional dan memperburuk disabilitas yang disebabkan oleh penyakit. Aktivitas yang besar dapat mencegah banyak efek negatif dari penuaan pada kemampuan fungsional dan kesehatan.

Aktivitas fisik adalah cara yang terbaik untuk memutuskan lingkaran jahat dan bergerak menuju peningkatan yang progresif. Ini menolong lanjut usia untuk meningkatkan kemandirian mereka. Keuntungan yang diperoleh dari aktivitas fisik yaitu memperbaiki kemampuan fungsional, kesehatan dan kualitas hidup juga dapat mengurangi biaya perawatan kesehatan baik untuk individu maupun untuk masyarakat (Geneva, 1998).

2.4. Lingkungan

2.4.1. Fisik

Lingkungan berperan sebagai prediktor terjadinya disabilitas, seperti lingkungan sosial yang ternyata berperan utama dalam menentukan keterbatasan fungsional sebagai penentu apakah disabilitas atau tidak. Sedangkan lingkungan fisik yang tidak nyaman seperti penerangan yang

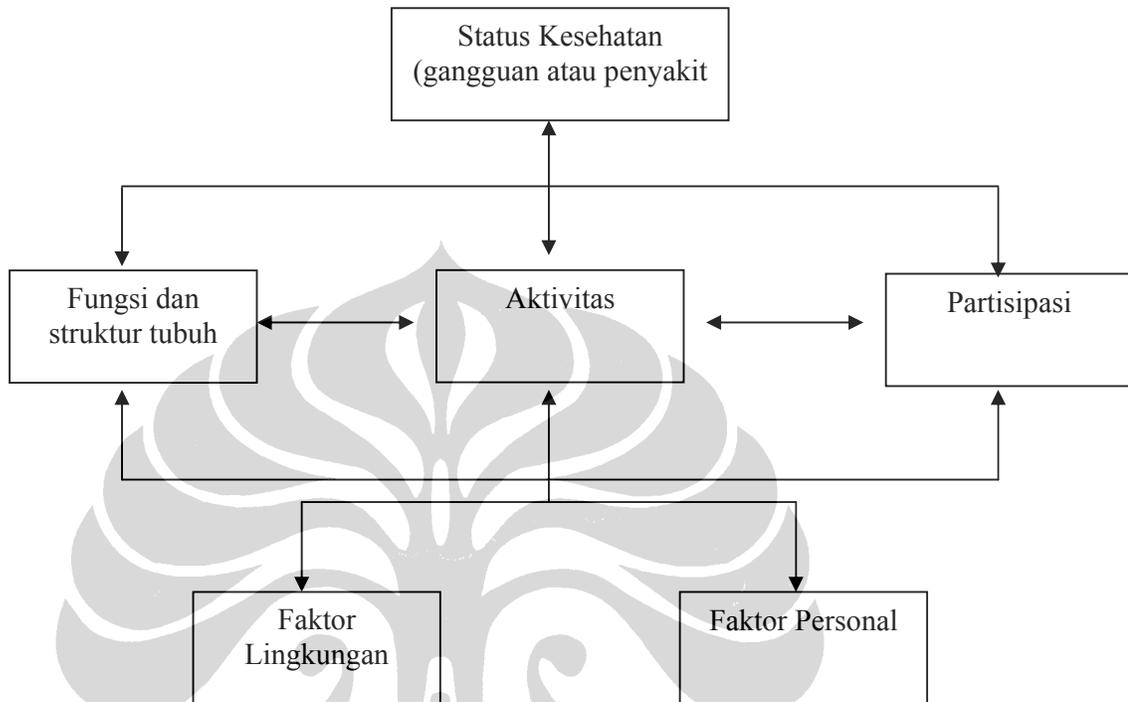
kurang, transportasi umum yang tidak nyaman dan bersahabat dengan lansia ternyata membuat lansia terasing dan mengalami gangguan fungsional yang lebih besar daripada lansia yang hidup dalam lingkungan fisik yang memadai (Balfour et al, 2002)

2.4.2. Sosial

Dukungan social, kesempatan mendapatkan pendidikan dan pembelajaran seumur hidup, damai dan perlindungan dari kekerasan dan pelecehan adalah factor kunci pada lingkungan social yang mempengaruhi kesehatan. Kesepian, isolasi social, buta huruf dan kesenjangan pendidikan meningkatkan risiko untuk mengalami disabilitas dan kematian dini. Dukungan social yang tidak cukup tidak hanya meningkatkan kematian, kesakitan dan psikologi distress tetapi juga mengurangi kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan. Lansia yang kehilangan anggota keluarga dan teman-teman lebih rentan untuk menjadi kesepian. Isolasi social dan kesepian pada lansia berhubungan pada penurunan kesejahteraan baik fisik maupun mental.

Tingkat pendidikan yang rendah dan buta huruf berhubungan dengan peningkatan risiko untuk disabilitas dan kematian sama besarnya kepada kelompok yang tidak bekerja. Lansia membutuhkan pelatihan khusus dan kesempatan untuk pembelajaran di masyarakat, untuk dapat mandiri.

2.5. Disabilitas



Gbr 2.2 Faktor yang mempengaruhi aktivitas
(International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001)

2.5.1. Faktor risiko disabilitas pada lansia.

Studi pada lansia telah dapat mengidentifikasi beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya disabilitas. Faktor-faktor ini meliputi faktor risiko yang tidak dapat diubah seperti usia, gender dan genetic dan faktor yang masih dapat diintervensi yaitu:

1. faktor individu → keterbatasan fungsi, gaya hidup, perilaku tidak sehat
2. karakteristik lingkungan dan masalah sosial, beban fisik.

Beberapa penyakit kronis yang merupakan faktor risiko disabilitas adalah:

1. penyakit kardiovaskular
2. hipertensi
3. penyakit diabetes
4. penyakit paru menahun
5. osteoarthritis
6. fraktur panggul
7. hambatan kognitif
8. demensia
9. depresi
10. kanker
11. hambatan penglihatan

(Guralnik J & Ferucci L, 2003)

Pemeriksaan faktor risiko disabilitas pada lansia dari seluruh sudut pandang kehidupan dan kondisi kesehatannya sangat penting untuk pencegahan. Penyakit kronis sebagai penyebab penting hambatan dan penurunan fungsi yang berujung disabilitas. Lingkungan juga merupakan faktor prediktor untuk terjadinya disabilitas. Sehingga disabilitas juga sering dianggap sebagai gap antara kemampuan seseorang dengan kebutuhan lingkungan. Lingkungan terbagi menjadi dua yaitu lingkungan fisik dan lingkungan sosial

Kebisingan, kejahatan, penerangan yang kurang dan transportasi umum yang kurang memadai juga dapat menyebabkan gangguan fungsional dan mobilitas.

Lansia yang kesulitan melakukan kegiatan sehari-hari akan mengalami ketergantungan dan menjadi beban bagi mereka yang masih produktif. Disabilitas

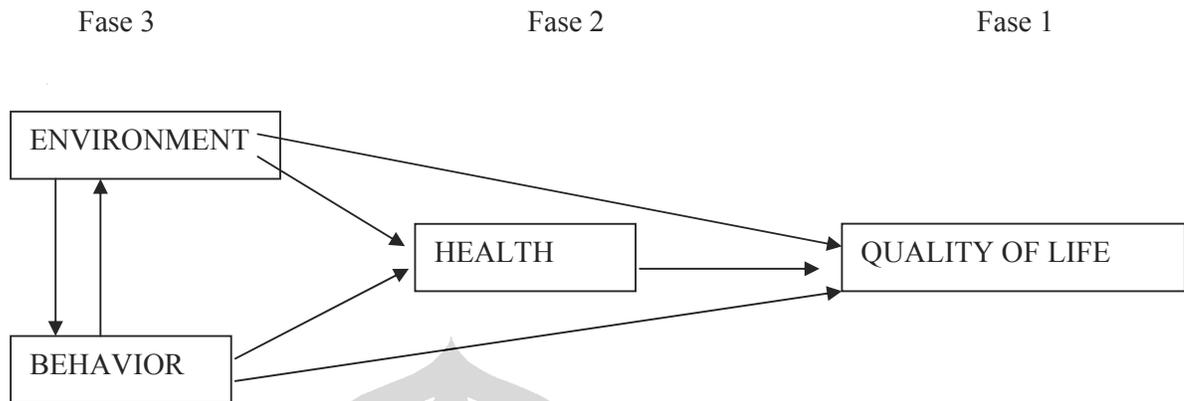
yang berat akan menyebabkan lansia membutuhkan perawatan yang extra (Darmojo, 1999).

WHO 2004 menunjukkan bahwa prevalensi disabilitas secara berangsur-angsur meningkat seiringnya dengan meningkatnya umur dan umumnya mulai timbul setelah 70 tahun dan keperluan bantuan setelah mencapai usia 80 tahun. (Trihandini, 2007).

Pemeriksaan kemampuan fungsional sering berisi evaluasi pada kemampuan individu untuk melakukan beberapa aktivitas sehari-hari. Skala ADL (*Activity Daily Living*) dan IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) sudah dikembangkan dalam beberapa dekade, sudah diformat dan distandarisasi. Aktivitas yang termasuk dalam ADL adalah makan, berpakaian, personal hygiene dan mobilitas baik di dalam maupun di luar rumah (Katz et al 1963, Kane and Kane 1981, Wiener et al 1990). IADL berhubungan dengan manajemen rumah tangga, memasak, mencuci, menggunakan transportasi umum. (Lawton and Brody 1969, Fillenbaum 1985, Laukkanen et al 1994).

2.6. Kualitas Hidup

Green pada tahun 1980 mengembangkan model pendekatan yang dikenal dengan PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) yang kemudian disempurnakan pada tahun 1991 menjadi PRECEDE-PROCEED (Policy, Regulatory, Organizational Construct in Educational and Environmental Development), terdapat 9 fase. Dalam penelitian ini hanya menggunakan 3 fase yaitu fase social diagnosis, fase diagnosis epidemiologi dan fase diagnosis perilaku dan lingkungan.



Gambar 2.3 Teori Green
Kerangka PRECEDE-PROCEED (Soekidjo, 2005)

Fase 1: Diagnosis Sosial (Social Need Assessment)

Diagnosis social adalah proses penentuan persepsi masyarakat terhadap kebutuhannya atau terhadap kualitas hidupnya dan aspirasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya melalui partisipasi dan penerapan berbagai informasi yang di desain sebelumnya.

Untuk mengetahui masalah social digunakan indicator social yaitu kehadiran, pencapaian, kenyamanan, kejahatan, kebahagiaan, pekerjaan kesejahteraan, kepadatan, diskriminasi, tempat tinggal, penghargaan diri, hak pilih. Penilaian dapat dilakukan atas dasar data sensus ataupun vital statistic yang ada, maupun dengan melakukan pengumpulan data secara langsung dari masyarakat.

Fase 2: Diagnosis Epidemiologi

Masalah kesehatan merupakan hal yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang. Efek yang ditimbulkan dapat secara langsung maupun tidak langsung. Pada fase ini dicari factor kesehatan yang mempengaruhi kualitas hidup

seseorang ataupun masyarakat. Oleh sebab itu masalah kesehatan harus digambarkan secara rinci berdasarkan data yang ada, baik yang berasal dari data local, regional maupun nasional. Fase ini mengidentifikasi siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi, suku, dll), bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut (mortalitas, morbiditas, disabilitas, tanda dan gejala yang ditimbulkan) dan bagaimana cara untuk menanggulangi masalah kesehatan tersebut (imunisasi, perawatan/pengobatan, perubahan lingkungan maupun perubahan perilaku).

Fase 3 Diagnosis Perilaku dan Lingkungan

Pada fase ini selain diidentifikasi masalah perilaku yang memengaruhi masalah kesehatan juga sekaligus diidentifikasi masalah lingkungan (fisik dan social yang mempengaruhi perilaku dan status kesehatan maupun kualitas hidup seseorang atau masyarakat.

WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai *'individual 's perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns'*. Kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupannya dalam lingkup budaya dan sistem nilai kehidupan mereka serta dalam hubungan dengan tujuan, harapan, standar yang mereka anut dan perhatian. (WHO, 1996).

Definisi sehat ini adalah keadaan kemampuan fisik, mental dan sosial bukan saja tidak adanya penyakit atau kecacatan. Definisi ini menekankan pada mind and body, serta hubungannya dengan aspek sosial dan kesejahteraan. Nakajima pada tahun 1998 mengungkapkan bahwa sehat merupakan hak asasi yang utama bagi manusia, oleh karena itu sehat tidak hanya memperpanjang hidup dalam pengertian

fisik saja akan tetapi menekankan pada memperpanjang umur dengan mengurangi kecacatan, disabilitas serta meningkatkan proteksi kesehatan yang lebih besar. Berdasarkan hal itu, sehat didefinisikan sebagai rasio kesehatan baik dalam proporsi kesehatan yang baik maupun buruk diukur dengan indikator "health expectancy" (WHO, 1998).

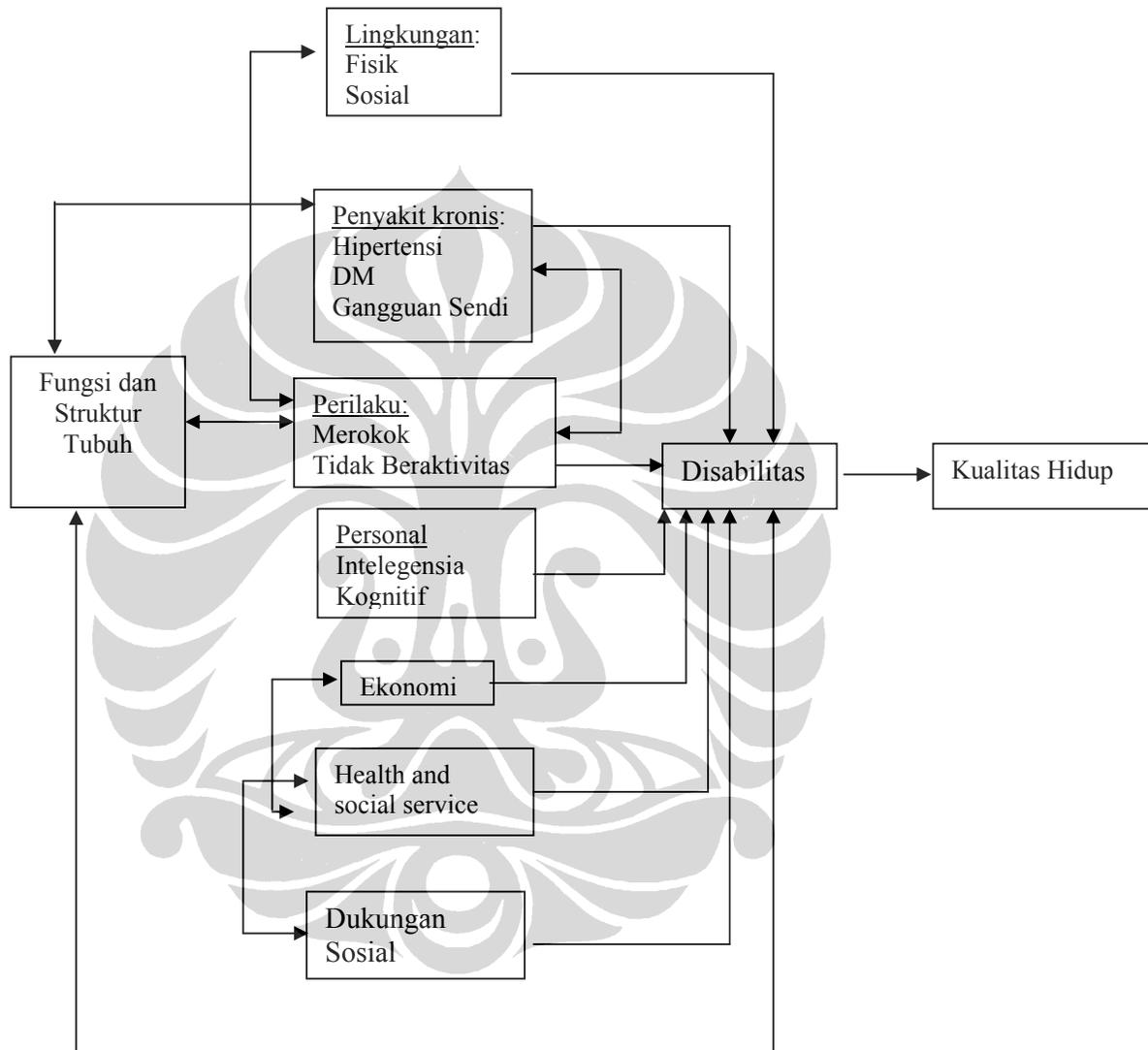
Definisi WHO ini juga menggambarkan suatu konsep dengan sebaran yang luas yang dipengaruhi oleh keadaan kompleks dari kesehatan fisik individu, psikis, derajat ketergantungan, hubungan sosial dan hubungan mereka terhadap lingkungannya.

Sesuai dengan komitmen WHO dalam meningkatkan upaya kesehatan, bukan hanya menghilangkan penyakit, tetapi juga meningkatkan kesehatan fisik, mental dan kesejahteraan sosial, maka pengukuran kesehatan dan efek pemeliharaan kesehatan tidak hanya mengubah frekuensi dan keparahan penyakit, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan dan hal ini dapat dinilai dengan peningkatan kualitas hidup yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan.

WHO merumuskan metode pengukuran kualitas hidup yaitu WHOQOL (WHO-Quality of Life), ini dapat digunakan pada survey kesehatan atau pada studi epidemiologi untuk mengidentifikasi kebutuhan dan merancang kebijakan dan untuk memonitor kebijakan kesehatan pada kualitas hidup.

WHOQOL telah dikembangkan di 14 negara yaitu Thailand, Israel, India, Australia, Panama, Amerika Serikat, Belanda, Kroasia, Jepang, Zimbabwe, Spanyol, Inggris, Rusia dan perancis sehingga instrument ini diharapkan memenuhi persyaratan secara cross-culture. WHOQOL terdiri dari 2 macam yaitu WHOQOL-100 dan WHOQOL-BREF.

Kerangka Teori



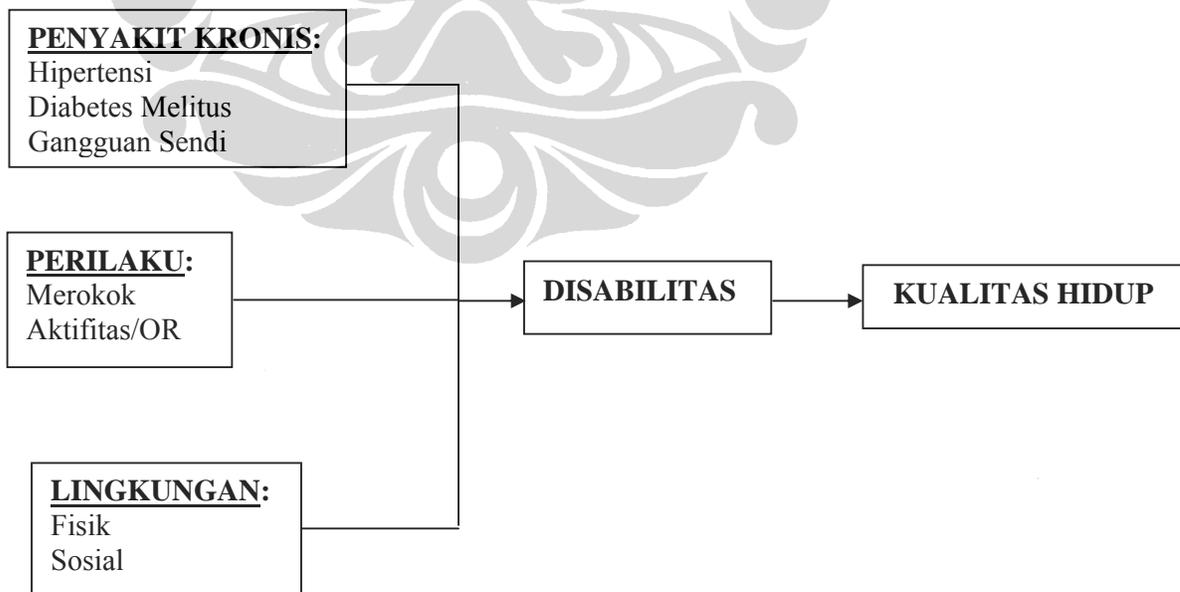
BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep yang dipakai dalam penelitian ini berdasarkan kerangka teori dan tujuan penelitian yaitu mengetahui gambaran prevalensi faktor perilaku, penyakit kronis dan lingkungan pada disabilitas kemudian mengetahui gambaran tingkat kualitas hidup pada lansia yang mengalami disabilitas

Kerangka konsep ini berisi faktor perilaku (merokok, aktivitas/OR), faktor penyakit kronis (hipertensi, diabetes melitus, dan gangguan sendi) dan faktor lingkungan (fisik dan sosial) sebagai variable independen. Disabilitas adalah variable dependen. Kualitas hidup adalah variable outcome.



3.2. DEFINISI OPERASIONAL

VARIABEL DEPENDEN	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
Disabilitas	Keterbatasan kemampuan fungsional seperti dalam kriteria indeks barthel (lampiran). Kedua indeks tersebut digabung dan dikategorikan menjadi: 1 = ketergantungan dan atau ketidakmampuan 2 = mampu dan mandiri	Wawancara	Kuesioner (ADL) no: 11-20 (IADL) no: 21-28	1 = ketergantungan dan atau ketidakmampuan 2 = Mandiri dan mampu	Nominal
VARIABEL INDEPENDENT					
Merokok	Kebiasaan menghisap rokok yang dilakukan responden	Wawancara	Kuesioner No: 1-4	1= merokok dan pernah merokok 2= tidak merokok sama sekali	Nominal

Aktivitas fisik/OR	<p>Varibel komposit dari melakukan olahraga, berjalan kaki, berlari dan mengangkat beban berat.</p> <p>Diskoring (lampiran) dan dikategorikan menjadi:</p> <p>1= < nilai median</p> <p>2= ≥ nilai median</p>	Wawancara	Kuesioner No: 5	<p>1= tidak aktivitas/OR</p> <p>2= aktivitas /OR</p>	Nominal
Hipertensi	Keadaan tekanan darah sistolik yang lebih dari 140 mmHg dan atau diastolik lebih dari 90 mmHg.	Pengukuran fisik	Sphymanometer Hg/aneroid	<p>1= hipertensi</p> <p>2= tidak hipertensi</p>	Nominal
DM	Riwayat penyakit DM yang diderita dan tercatat pada laporan posbindu.	Observasi	Catatan riwayat DM pada data Posbindu	<p>1= DM</p> <p>2= Tidak DM</p>	Nominal
Gangguan Sendi	Satu atau beberapa gejala yang dirasakan responden mengenai satu atau beberapa sendi yaitu:	Wawancara	Kuesioner No: 8	<p>1 = Gangguan sendi</p> <p>2 = Tidak mengalami</p>	Nominal

	<p>1. Sakit, nyeri, kaku-kaku di persendian tangan, kaki, lutut selama sebulan atau lebih.</p> <p>2. kaku-kaku di persendian ketika bangun tidur/ setelah duduk lama</p> <p>3. kaku berlangsung lebih dari 30 menit</p> <p>4. kaku tidak hilang jika sendi-sendi digerakkan</p> <p>Skoring nilai 1 = minimal satu dari 4 gejala 2 = sama sekali tidak ada gejala.</p>			gangguan sendi	
Lingkungan Fisik	Variabel komposit dari penerangan, lantai rumah, kondisi kamar mandi, kondisi tempat tidur, air yang tidak	wawancara	Kuesioner No: 9	1= Tidak mendukung 2= Mendukung	Nominal

	<p>berbau, tidak berwarna dan tidak berasa, bahan bakar yang digunakan dan kepadatan huni berdasarkan pengakuan responden.</p> <p>Skoring nilai (lampiran), dan dikategorikan menjadi:</p> <p>1 < nilai mutlak 12</p> <p>2 = nilai mutlak 12</p>				
Lingkungan Sosial	<p>Variabel komposit dari dukungan sosial, kegiatan arisan, kegiatan gotong royong, kekerasan, membagi-bagi makanan, tinggal bersama, aktivitas di waktu luang berdasarkan pengakuan responden.</p> <p>Skoring nilai (lampiran) dan dikategorikan menjadi:</p>	Wawancara	Kuesioner No:10	<p>1 = Tidak mendukung</p> <p>2 = mendukung</p>	Nominal

	1 < nilai mutlak 10 2 = nilai mutlak 10				
VARIABEL OUTCOME					
Kualitas Hidup	<p>Persepsi individu mengenai posisi kehidupannya dalam lingkup budaya dan sistem nilai kehidupan diukur dengan WHOQOL-BREF, yang terdiri dari 26 pertanyaan yang terangkum 4 domain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Domain kesehatan fisik <ol style="list-style-type: none"> a) nyeri dan ketidaknyamanan b) energi dan kelelahan c) tidur dan istirahat d) mobilitas e) aktivitas harian f) dependensi terhadap medikasi dan pengobatan g) kapasitas kerja 2. Domain kesehatan psikologis <ol style="list-style-type: none"> a) afek positif 	Wawancara	Kuesioner, WHOQOL-BREF No: 31(Q3)-54(Q26)	1 = kualitas buruk 2 = kualitas cukup 3 = kualitas baik	Ordinal

	<ul style="list-style-type: none"> b) berpikir, belajar, memori dan konsentrasi c) rasa harga diri d) afek negatif e) spiritualitas/agama/keyakinan personal <p>3. Domain relasi sosial</p> <ul style="list-style-type: none"> a) relasi personal b) dukungan sosial c) aktivitas seksual <p>4. Domain lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> a) keamanan perlindungan secara fisik b) lingkungan tempat tinggal c) sumber keuangan d) pemeliharaan kesehatan dan sosial; akses dan kualitas e) kesempatan mendapatkan informasi dan ketrampilan baru f) partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi/ aktivitas waktu luang g) lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu 				
--	--	--	--	--	--

	<p>lintas, iklim)</p> <p>h) transportasi</p> <p>Kualitas hidup secara keseluruhan yang dinilai berdasarkan persepsi responden pada setiap domain diskoring (lampiran) dan dibagi menjadi 3 kategori:</p> <p>1 < nilai median</p> <p>2 = nilai median</p> <p>3 > nilai median</p>				
--	--	--	--	--	--

