

BAB I
PENDAHULUAN
A. LATAR BELAKANG

Proses menua adalah proses terus menerus secara ilmiah, yang dimulai sejak lahir dari umumnya dialami oleh semua makhluk hidup. Menua adalah suatu proses menghilangnya kemampuan secara perlahan - lahan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normal sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Walaupun demikian memang harus diakui bahwa ada berbagai penyakit yang sering terjadi pada kaum lansia (WHO, 2012). Menurut Kane, Ouslander dan Abras (2004) salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia selama proses menua adalah instabilitas yaitu berdiri dan berjalan tidak stabil sehingga lansia mempunyai konsekuensi untuk jatuh.

Keberadaan lansia seringkali dipersepsikan secara negatif, dianggap sebagai beban keluarga dan masyarakat sekitarnya. Kenyataan ini mendorong semakin berkembangnya anggapan bahwa menjadi tua identik dengan semakin banyaknya masalah yang dialami oleh lansia. Lansia cenderung dipandang masyarakat tidak lebih dari sekelompok orang yang ketergantungan dan sakit – sakitan, sehingga untuk mencegah adanya kesakitan tersebut lansia membutuhkan pelayanan kesehatan (BKKBN, 2014).

Data *World Population Prospects* (2015), ada 901.000.000 orang berusia 60 tahun atau lebih, yang terdiri atas 12 persen dari jumlah populasi global. Pada tahun 2015 dan 2030, jumlah orang berusia 30 tahun atau lebih diproyeksikan akan tumbuh sekitar 56 persen, dari 901 juta menjadi 1,4 milyar, dan pada tahun 2050 populasi lansia diproyeksikan lebih dari dua kali lipat di tahun 2015, yaitu mencapai 2,1 milyar. Asia menempati urutan pertama dengan populasi lansia terbesar, dimana pada tahun 2015 berjumlah 508 juta populasi lansia dan menyumbang 56 persen dari total populasi lansia di Dunia (United Nation, 2015)

Era globalisasi di Indonesia membawa berbagai kemajuan dalam bidang kesehatan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat yang mengakibatkan peningkatan umur harapan hidup (UHH) (Dinkes Bantul, 2013). Daerah Istimewa

Yogyakarta (DIY) merupakan provinsi dengan presentase penduduk lansia tertinggi di Indonesia. Menurut data kependudukan pada tahun 2016, urutan Kabupaten dengan jumlah lansia tertinggi adalah Kabupaten Sleman dengan 156.068 orang, diikuti Kab.Gunung Kidul dengan 140.221 orang, kemudian Kab.Bantul dengan 133.397 orang, kemudian Kulon Progo dengan 79.824 orang dan yang terakhir adalah Kota Yogyakarta 54.152 orang. Sleman adalah kabupaten dengan presentase lansia tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta (Dinkes, Bantul 2016).

Umur harapan hidup di Indonesia pada tahun 2013 laki – laki dan perempuan adalah 70,55 tahun. DIY merupakan provinsi dengan prosentase penduduk lansia tertinggi di Indonesia. Menurut data tercatat mempunyai UHH 73,27 tahun dan di Kabupaten Bantul tercatat 73,27 tahun. Umur harapan hidup di Kab. Bantul cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2010 yaitu 71,31 tahun, tahun 2011 yaitu 71,33 tahun, dan pada tahun 2012 sebesar 71,34 tahun (Dinkes Bantul, 2013).

Bertambahnya populasi lansia membutuhkan perhatian khusus dari Negara dalam bentuk bantuan dan perlindungan Pasal 5 Undang –Undang RI Nomor 13 tahun 1998 tentang “Kesejahteraan Lanjut Usia” menyebutkan bahwa hak lansia meliputi pelayanan keagamaan dan mental spiritual, pelayanan kesehatan, pelayanan pendidikan dan pelatihan, pelayanan kesempatan, kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana dan prasarana umum, kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum, perlindungan sosial, dan bantuan sosial. Sedangkan pasal 1 dari UU tersebut mengatakan lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas, yang dibedakan mejadi dua kategori yaitu lanjut usia potensial dan lanjut usia tidak potensial. Lanjut usia potensial adalah yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan jasa, sedangkan lansia tidak potensial adalah lanjut usia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga bergantung pada orang lain.

Munandar (2010) menjelaskan bahwa lansia akan mengalami banyak perubahan baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Perubahan fisik meliputi sistem indra, sistem musculoskeletal, sistem kardiovaskuler dan reparasi,

pencernaan, metabolisme, sistem perkemihan, sistem saraf, dan sistem reproduksi. Beberapa kondisi khas yang menyebabkan perubahan pada lansia, diantaranya adalah tumbuhnya uban dirambut, kulit yang tidak elastis, penurunan berat badan, dan tanggalnya gigi geligi yang dapat menyebabkan lansia mengalami kesulitan makan. Selain perubahan fisik, perubahan psikologis yang sering muncul pada lansia adalah perasaan tersisihkan oleh keluarga dan masyarakat, tidak dibutuhkan lagi oleh anggota keluarga dan masyarakat Serta ketidakikhlasan menerima kenyataan baru, misalnya penyakit yang tidak kunjung sembuh atau kematian pada pasangan.

Perubahan fisik lansia akan mempengaruhi tingkat kemandirian. Kemandirian adalah kebebasan untuk bertindak, tidak bergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit. (Lerner, 1976, Orem, 2001 dalam Rohaedi 2016) menggambarkan lansia sebagai suatu unit yang juga menghendaki kemandirian dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari – hari, seperti: usia, imobilitas, dan mudah jatuh (Nugroho, 2012).

Umur dan status perkembangan seseorang menunjukkan kemampuan, ataupun bagaimana reaksi seseorang terhadap ketidakmampuan memenuhi *Activities of Daily Living*(ADL). Perkembangan ADL seseorang dari bayi sampai dewasa, secara perlahan berubah dari ketergantungan menjadi mandiri dalam melakukan aktifitas sehari-hari (Soetjiningsih, 2010). Kemandirian pada lansia dinilai dari kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari –hari. ADL adalah suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan ADL secara mandiri, sehingga dapat meminimalkan mobilitas lansia (Maryam dkk, 2008). Salah satu ukuran penting dari mobilitas adalah kemampuan seseorang dalam melakukan segala sesuatu secara mandiri. Kemandirian lansia tersebut dapat dilihat dari seberapa sering lansia datang ke institusi layanan kesehatan. Kesehatan fisiologis akan mempengaruhi kemampuan dalam pemenuhan ADL, sebagai contoh, sistem syaraf akan mengumpulkan menghantarkan dan mengolah

informasi dari lingkungan. Sistem mukuloskeletal berkoordinasi dengan syaraf sehingga seseorang dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena kelainan mental dapat mengganggu pemenuhan ADL (Soetjiningsih, 2010).

Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan dalam kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. ADL menjadi tuntutan bagi pasangan lansia dan anak lansia yang sudah dewasa. Pengalaman dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari terganggu, dapat memberikan hasil yang negatif pada *caregiver*. Hasil negatif tersebut antara lain *stress*, *strain*, masalah kesehatan fisik dan mental. Stressor yang terus menerus dan berlangsung lama sering menghasilkan dampak negatif dan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam pemenuhan ADL (Soetjiningsih, 2010). *Caregiver* juga memiliki waktu yang sedikit diberikan untuk anggota keluarga lainnya dan untuk aktivitas waktu luang bagi dirinya sendiri (Ory et al, 1999 dalam Hooyer & Roodin, 2009).

Orang yang paling bertanggung jawab dalam perawatan pasien dengan hambatan ADL adalah keluarganya sendiri atau disebut dengan *family caregiver* (Riasmini, 2013). *Family caregiver* di Indonesia adalah elemen yang paling penting dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Hal ini merupakan tradisi dan dianggap sebagai kewajiban untuk mengurus anggota keluarga yang sakit, baik di rumah maupun di rumah sakit (shield & Hartati, 2003).

Family caregiver merawat anggota keluarga dengan hambatan melakukan aktivitas sehari-hari adalah individu yang memberikan perawatan secara sukarela dan memberikan bantuan terkait dengan kondisi kesehatan kepada anggota keluarga yang memiliki hambatan ADL (Given *et al.*, 2012). Kebanyakan dari mereka adalah pasangan, anak, atau orang tua pasien (Ferrel *et al.*, 2013).

Dalam menanggulangi masalah ini *caregiver* harus mempunyai strategi koping yang efektif mencakup penanggulangan sebagai proses aktif untuk mengatur situasi penuh. Salah satunya adalah kemampuan yang dimiliki dalam mengatasi masalah (*coping*) dengan baik. Kemampuan keluarga beradaptasi

terhadap stresor yang muncul dalam keluarga dengan berupaya untuk melawan stressor. Koping keluarga disfungsional cenderung menggunakan strategi defensive habitual yang cenderung tidak menghapuskan atau menghilangkan dan melemahkan stresor (Ebstein *et al.*, 1993; Whait, 1974 dalam Friedman dkk, 2010). Perilaku koping yang digunakan oleh caregiver dalam menghadapi masalah merupakan hasil dari ketahanan diri (resiliensi) dalam menyelesaikan masalah dan memecahkan masalah (Hidayatulq, 2013). Jika keluarga atau orang yang membantu dapat mengidentifikasi stresor yang akan datang, bimbingan antisipasi serta strategi koping dalam pencegahan diberikan untuk memperlemah atau mengurangi dampak stresor (Friedman dkk, 2010). *Caregiver* yang memiliki strategi koping yang baik akan dapat mengurangi dalam peningkatan depresi pada *caregiver* dan dapat menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi secara bijak.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 10 Agustus 2017 di Dusun Pringgading Desa Guwosari kecamatan Pajangan Bantul Yogyakarta. Dari lima lansia yang dilakukan pemeriksaan *barthel indeks* terdapat satu lansia mengalami ketergantungan berat (fraktur) serta empat lansia mengalami ketergantungan sedang seperti stroke, osteoporosis, dimana mereka masih memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas seperti berpindah dari tempat tidur, berjalan, menyiapkan makan, berpakaian serta BAB dan BAK. Lansia yang mengalami gangguan ADL akan mengalami kelainan mental yang dapat mengganggu pemenuhan ADL (Soetjningsih, 2010). Dari hasil wawancara singkat dengan beberapa anggota keluarga mengatakan akan melakukan segala sesuatu untuk mengatasi masalah ADL pada lansia serta meminta solusi atau saran dari orang lain dan telah menyadari bahwa setiap orang mempunyai masalahnya masing-masing. Dan salah satu anggota keluarga lansia juga mengatakan bahwa alasan kesibukan karena pekerjaan menjadi penghalang untuk memberikan perawatan yang maksimal dan berkualitas. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti mengenai bagaimana gambaran strategi koping keluarga dalam merawat lansia dengan hambatan ADL di Dusun Pringgading Desa Guwosari Pajangan Bantul Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka peneliti dapat merumuskan masalah yang diteliti sebagai berikut “Bagaimanakah Gambaran Strategi Koping *Family Caregiver* Pada Lansia Dengan Hambatan *Activities of Daily Living* Di Dusun Pringgading Desa Guwosari Kecamatan Pajangan Bantul”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
Diketahui gambaran strategi koping keluarga *Family caregiver* pada lansia dengan hambatan *activities of daily living* dengan berbagai karakteristik.
2. Tujuan Khusus
 - a. Diketahui gambaran karakteristik *family caregiver*
 - b. Diketahui frekuensi lansia dengan hambatan *activities of daily living*

D. Manfaat Penelitian

1. Ilmu Keperawatan
Penelitian ini sebagai informasi mengenai strategi koping *family caregiver* pada lansia dengan hambatan *activities of daily living*.
2. Keluarga
Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan pada keluarga supaya menerapkan strategi koping saat memberikan perawatan pada lansia dengan hambatan ADL
3. Peneliti
Penelitian ini diharapkan dapat menjadikan peneliti mengaplikasikan ilmu yang telah didapatkan, dan menambah wawasan asuhan keperawatan terkait strategi koping keluarga dalam merawat lansia dengan hambatan ADL
4. Peneliti selanjutnya
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar penelitian selanjutnya mengenai strategi koping keluarga pada caregiver lansia dengan hambatan ADL

E. Keaslian Penelitian

1. Wanti (2016), dalam penelitian "Gambaran Strategi Koping Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa Berat". Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi strategi koping keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat di rumah, di Desa Sukamaju dan Desa Kersamanah, Kecamatan Kersamanah, Kabupaten Garut. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan jumlah responden sebanyak 43 orang anggota keluarga yang merawat pasien gangguan jiwa berat, diambil dengan total sampling. Data penelitian diambil menggunakan kuesioner dari instrument baku *Ways Of Coping (WOC)* dan analisis data yang di gunakan dalam bentuk persentase. Hasil penelitian menunjukkan sebagian dari responden yaitu 20 orang (47%) lebih cenderung menggunakan *emotional focused coping*, sebagian kecil responden yaitu 13 orang (30%) cenderung menggunakan *problem focused coping* dan sebagian kecil responden lainnya yaitu 10 orang (23%) dominan menggunakan *problem focused coping* dan *emotional focused coping* secara bersamaan. Simpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa berat di rumah melakukan usaha untuk menghadapi stres dengan cara mengatur respon emosionalnya untuk menyesuaikan diri dari dampak yang ditimbulkan oleh pasien. Perbedaan penelitian ini adalah tujuan dalam strategi koping yang dilakukan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat sedangkan dalam penelitian ini strategi koping keluarga dalam merawat lansia dengan hambatan ADL. Persamaannya adalah jenis penelitian deskriptif kuantitatif dan menggunakan kuisisioner *ways of coping*.
2. Retnowati (2012), dalam penelitian "Strategi Koping Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga Penderita Skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat". Dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui strategi koping keluarga dalam merawat anggota keluarga penderita skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif. sample dalam penelitian ini berjumlah 96 orang keluarga yang dipilih menggunakan *consecutive*

sampling. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Data dikelompokkan dalam bentuk presentase responden yang cenderung menggunakan *problem focused coping*, *emotion focused coping*, atau strategi coping keduanya. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian kecil keluarga cenderung menggunakan *problem focused coping* (38,5%), sebagian kecil keluarga menggunakan *emotion focused coping* (48,0%), dan sangat sedikit keluarga cenderung menggunakan strategi coping keduanya (13,5%). Penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terlalu signifikan antara kecenderungan penggunaan strategi coping tertentu. psikoedukasi sangat dibutuhkan untuk membantu keluarga dalam menentukan strategi coping yang sangat efektif selama merawat anggota keluarga penderita skizofrenia. Perbedaan penelitian ini adalah menggunakan *consecutive sampling* sedangkan penelitian yang akan dilakukan menggunakan *total sampling*. Persamaannya adalah merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dan berkaitan erat dengan strategi coping keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami ketergantungan.

3. Putri (2013), dalam penelitian “Predikator Beban Merawat dan Tingkat Depresi Caregiver Dalam Merawat Lansia dengan Demensia di Masyarakat”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi predictor beban merawat dan tingkat depresi *caregiver* dalam merawat lansia dengan demensia di masyarakat. Merupakan penelitian deskriptif analitik dengan metode penelitian menggunakan *cross sectional*. Kuesioner yang digunakan adalah *Zarit caregiver burden interview*, masalah memori dan perilaku menggunakan modifikasi dari instrument memory and behavior checklist. Hasil penelitian ini adalah status pernikahan berhubungan dengan beban perawat, sementara pendidikan, pekerjaan berhubungan dengan tingkat depresi. Perbedaan pada penelitian ini adalah pada kuesioner yang digunakan, untuk skrining demensia tidak dicantumkan oleh peneliti, sementara penelitian yang akan dilakukan menggunakan barthel indeks, dan untuk strategi coping menggunakan *ways of coping*. Persamaannya adalah pada *caregiver* dalam merawat lansia dan metode penelitian menggunakan *cross sectional*.

4. Pramono (2012), dalam penelitian “Efektivitas Latihan Rom (Range Of Motion) Terhadap Peningkatan Kemandirian ADL (Activity Daily Living) Pada Lansia Stroke” Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas latihan ROM terhadap peningkatan kemandirian ADL pada lansia stroke. Metode penelitian Quasy experiment dengan rancangan one group pretest and posttest design dan menggunakan uji t-paired. Jumlah populasi penelitian sebanyak 48 responden, teknik sampel penelitian menggunakan teknik purposive sampling sebanyak 18 responden. Penelitian dilaksanakan pada pada 6 Mei sampai 3 Juli 2012. Pengukuran tingkat kemandirian ADL menggunakan skala NRS (Numeric Rating Scale). Penelitian ini menyimpulkan bahwa latihan ROM efektif terhadap peningkatan kemandirian ADL pada lansia stroke. Penelitian ini merupakan jenis penelitian quasi-eksperiment, dengan menggunakan pendekatan “one group pretes and posttest design”. Intervensi yang dilakukan adalah latihan ROM (Range of Motion). Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia stroke yang mengalami penurunan tingkat kemandirian ADL tingkat sedang sampai berat sebanyak 48 pasien dari 3 bulan terakhir di Ruang Rawat Stroke RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah. Berdasarkan hasil penelitian Yunianto (2011) menyimpulkan, bahwa terapi ROM efektif terhadap penurunan tingkat nyeri sendi pada lansia. Waginah, (2010) menyatakan bahwa subyek penelitian dengan ROM yang sangat aktif mempunyai peluang perbaikan ADL atau kemandirian lebih baik. Perbedaan dalam penelitian ini adalah metode penelitian quasy experiment dan teknik sampel penelitian menggunakan teknik purposive sampling. Persamaannya adalah dalam perawatan untuk peningkatan kemandirian ADL pada lansia.