

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Dusun Klajuran terletak di wilayah Kelurahan Tanjungharjo, kecamatan Nanggulan, Kabupaten Kulonprogo yang masih merupakan wilayah kerja Puskesmas Nanggulan I. Batas- batas wilayah Dusun Klajuran sebagai berikut:

Sebelah Utara : Kebun Dusun Klajuran  
Sebelah Selatan : Jalan pedukuhan Kalibawang  
Sebelah Timur : Selokan saluran Kalibawang  
Sebelah Barat : Jalan pedukuhan Dusun Klajuran

Wilayah pedusunan Klajuran terdiri 6 Rukun Tetangga (RT) yaitu RT 7 sampai RT 12. Jumlah penduduk di wilayah pedusunan Klajuran sebanyak 565 orang dengan 145 KK.

Puskesmas Nanggulan 1 memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia hipertensi meliputi pemeriksaan dan pemberian obat-obatan secara gratis. Kegiatan penyuluhan tentang hipertensi diselenggarakan dengan bekerja sama dengan kader posyandu Usila.

Dusun Klajuran memiliki posyandu lansia yang setiap bulan melakukan pemeriksaan kesehatan (penimbangan dan pengukuran tekanan darah) oleh kader yang sudah terlatih dengan dihadiri oleh tenaga kesehatan setempat. Kegiatan lain yang ada di dusun tersebut yaitu perkumpulan PKK, pengajian, dan arisan RT.

##### **2. Karakteristik Responden**

Berdasarkan penelitian, diperoleh karakteristik lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo sebagai berikut:

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Karakteristik Lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo

Karakteristik	Frekuensi	Prosentase (%)
Umur		
60-70 tahun	24	60,0
> 70 tahun	16	40,0
Pendidikan		
Tidak sekolah	7	17,5
SD	17	42,5
SMP	6	15,0
SMA	8	20,0
PT	2	5,0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	16	40,0
Buruh	10	25,0
Pensiunan	2	5,0
Wiraswasta	12	30,0
Jenis kelamin		
Laki-laki	13	32,5
Perempuan	27	67,5
Jumlah	40	100

Sumber : Data primer tahun 2015

Tabel 6 menunjukkan sebagian besar lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo berusia 60-70 tahun sebanyak 24 orang (60%), berpendidikan SD sebanyak 17 orang (42,5%), tidak memiliki pekerjaan sebanyak 16 orang (40%), dan berjenis kelamin perempuan sebanyak 27 orang (67,5%).

### 3. Analisis Univariat

#### a. Tugas kesehatan keluarga

Hasil penelitian tugas kesehatan keluarga di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo disajikan pada tabel berikut:

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Dimensi Tugas Kesehatan Keluarga di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo

No	Tugas kesehatan keluarga	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Mengenal masalah kesehatan		
	Baik	4	10,0
	Cukup	20	50,0
2.	Mengambil keputusan		
	Baik	12	30,0
	Cukup	18	45,0
3.	Merawat anggota keluarga		
	Baik	11	27,5
	Cukup	19	47,5
4.	Memodifikasi lingkungan		
	Baik	12	30,0
	Cukup	17	42,5
5.	Menggunakan fasilitas kesehatan		
	Baik	6	15,0
	Cukup	23	57,5
	Kurang	11	27,5
	Jumlah	40	100

Sumber : Data Primer Tahun 2015

Tabel 7 menunjukkan tugas kesehatan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan sebagian besar kategori cukup sebanyak 20 orang (50%), mengambil keputusan cukup sebanyak 18 orang (45%), merawat anggota keluarga cukup sebanyak 19 orang (47,5%), memodifikasi lingkungan cukup sebanyak 17 orang (42,5%), dan menggunakan fasilitas kesehatan cukup sebanyak 23 orang (57,5%).

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Tugas Kesehatan Keluarga di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo

Tugas kesehatan keluarga	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	6	15,0
Cukup	19	47,5
Kurang	15	37,5
Jumlah	40	100

Sumber : Data Primer Tahun 2015

Tabel 8 menunjukkan tugas kesehatan keluarga di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo sebagian besar kategori cukup sebanyak 19 orang (47,5%).

b. Kualitas Hidup Lansia

Hasil pengukuran kualitas hidup lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo disajikan pada tabel berikut:

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo

Kualitas hidup lansia	Frekuensi	Prosentase (%)
Tinggi	8	20,0
Sedang	18	45,0
Rendah	14	35,0
Jumlah	40	100

Sumber : Data Primer Tahun 2015

Tabel 9 menunjukkan sebagian besar lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo memiliki kualitas hidup sedang sebanyak 18 orang (45%).

#### 4. Analisis Bivariat

Tabulasi silang dan hasil uji statistik hubungan interaksi sosial asosiatif dengan kualitas hidup lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo disajikan pada tabel berikut:

Tabel 10. Tabulasi silang dan Uji Statistik Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo

Tugas Kesehatan Keluarga	Kualitas hidup lansia								$\tau$ hitung	$p$ -value
	Tinggi		Sedang		Rendah		Total			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Baik	4	10,0	1	2,5	1	2,5	6	15,0	0,463	0,000
Cukup	2	5,0	14	35,0	3	7,5	19	47,5		
Kurang	2	5,0	3	7,5	10	25,0	15	37,5		
Total	8	20,0	18	45,0	14	35,0	40	100		

Sumber: Data Primer Tahun 2015

Berdasarkan tabel 10 diketahui lansia dengan tugas kesehatan keluarga baik sebagian besar kualitas hidupnya tinggi sebanyak 4 orang (10%). Lansia dengan tugas kesehatan keluarga cukup sebagian besar kualitas hidupnya sedang sebanyak 14 orang (35%). Sedangkan lansia dengan tugas kesehatan keluarga kurang sebagian besar kualitas hidupnya rendah sebanyak 10 orang (25%).

Hasil perhitungan statistik menggunakan uji *Kendall tau* seperti disajikan pada tabel 10, diperoleh  $p$ -value sebesar  $0,000 < \alpha$  (0,05) sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan penerapan tugas kesehatan keluarga dengan kualitas hidup lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo. Nilai koefisien korelasi yang diperoleh sebesar 0,463 menunjukkan keeratan hubungan antara penerapan tugas kesehatan keluarga dengan kualitas hidup lansia adalah kategori sedang yaitu berada pada interval 0,400-0,599.

## B. Pembahasan

### 1. Penerapan Tugas Keluarga

#### a. Penerapan tugas keluarga dalam mengenal masalah keluarga

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa penerapan tugas keluarga dalam mengenal masalah keluarga di Dusun

Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo sebagian besar kategori cukup sebanyak 20 orang (50%) dari 40 responden. Hasil penelitian ini berbeda dengan Amigo (2012) yang menyimpulkan tugas kesehatan keluarga mengenal masalah kesehatan sebagian besar baik. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan Mukhtaruddin (2013) yang menyimpulkan dari 70 responden yang diteliti, mayoritas kemampuan responden dalam mengenal masalah hipertensi pada lansia adalah tinggi sebanyak 65 responden (92,9%). Perbedaan hasil dengan penelitian ini disebabkan penelitian sebelumnya membagi tugas keluarga hanya dalam dua kategori yaitu tinggi dan rendah, sedangkan dalam penelitian ini dibagi dalam tiga kategori yaitu baik, cukup, dan kurang.

Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah hipertensi pada lansia sangat berperan penting dalam upaya peningkatan kesehatan lansia, sehingga beban keluarga dalam mengurus lansia dapat berkurang. Kemampuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pendidikan yang diterima, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Hal ini juga didukung oleh Notoatmodjo (2005) yang mengemukakan bahwa pendidikan merupakan perubahan pada diri manusia sehingga pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang lebih mudah dalam mengambil keputusan dan bertindak.

Penerapan tugas kesehatan keluarga mengenal masalah keluarga yang paling banyak dilakukan adalah anggota keluarga mengajak lansia jalan-jalan di pagi hari sebanyak 28 orang (70%) dari 40 orang. Sedangkan penerapan tugas keluarga yang paling sedikit dilakukan adalah keluarga memberikan informasi tentang efek dari obat tekanan darah tinggi sebanyak 2 orang (5%) dari 40 orang. Hal ini disebabkan pengetahuan anggota keluarga yang kurang tentang efek samping obat.

- b. Penerapan tugas keluarga membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Penerapan tugas keluarga mengambil keputusan kategori cukup sebanyak 18 orang (45%) dari 40 responden. Hasil penelitian ini berbeda

dengan Amigo (2012) yang menyimpulkan tugas kesehatan keluarga membuat keputusan sebagian besar baik. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan Mukhtaruddin (2013) yang menyimpulkan dari 70 responden yang diteliti, mayoritas kemampuan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan pada lansia adalah tinggi sebanyak 69 responden (98,6%) dari 70 responden. Perbedaan hasil dengan penelitian ini disebabkan penelitian sebelumnya membagi tugas keluarga hanya dalam dua kategori yaitu tinggi dan rendah, sedangkan dalam penelitian ini dibagi dalam tiga kategori yaitu baik, cukup, dan kurang.

Keluarga merupakan kunci utama bagi kesehatan serta perilaku sehat sakit, oleh karena itu keluarga terlibat langsung dalam mengambil keputusan dan terapeutik pada setiap tahap sehat-sakit anggota keluarga (Setiadi, 2008). Adanya kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan terhadap lansia dengan hipertensi, maka keluarga akan memberi saran kepada lansia untuk segera memberi tahu keluarga jika gejala hipertensi muncul/ dialami oleh lansia.

Friedman (2010) menyatakan membuat sebuah keputusan kesehatan keluarga merupakan langkah sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, apakah masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dihadapi, takut akan akibat dari tindakan penyakit, mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan, dapat menjangkau fasilitas yang ada, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan dan mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah. Dalam hal ini yang dikaji berupa akibat dan keputusan keluarga yang diambil. Perawatan sederhana dengan melakukan cara-cara perawatan yang sudah dilakukan dan cara pencegahannya. Keputusan yang diambil keluarga terhadap masalah hipertensi adalah membatasi aktifitas yang berat, membawa ke tenaga kesehatan bila terdapat tanda dan gejala hipertensi, melarang merokok, melakukan tindakan apabila tekanan darah diatas 150 mmHg, dan memberikan kesempatan untuk menyampaikan keluhan yang anda dirasakan (Mushobirin, 2009).

Penerapan tugas kesehatan keluarga membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat yang paling banyak dilakukan adalah anggota keluarga melarang lansia merokok sebanyak 17 orang (42,5%) dari 40 responden. Sedangkan penerapan tugas keluarga yang paling sedikit dilakukan adalah anggota keluarga membawa lansia ke tenaga ke tenaga kesehatan bila terdapat tanda dan gejala hipertensi, keluarga melakukan tindakan apabila tekanan darah lansia di atas 150 mmHg, dan anggota keluarga memberikan kesempatan kepada lansia untuk menyampaikan keluhan yang dirasakan masing-masing sebanyak 19 orang (47,5%) dari 40 responden.

c. Penerapan tugas keluarga dalam memberikan perawatan

Penerapan tugas keluarga merawat anggota keluarga kategori cukup sebanyak 19 orang (47,5%) dari 40 responden. Hasil penelitian ini berbeda dengan Amigo (2012) yang menyimpulkan tugas kesehatan keluarga merawat anggota keluarga sebagian besar baik. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan Mukhtaruddin (2013) yang menyimpulkan dari 70 responden yang diteliti, mayoritas kemampuan keluarga merawat lansia yang mengalami hipertensi adalah tinggi sebanyak 51 responden (72,9%). Perbedaan hasil dengan penelitian ini disebabkan penelitian sebelumnya membagi tugas keluarga hanya dalam dua kategori yaitu tinggi dan rendah, sedangkan dalam penelitian ini dibagi dalam tiga kategori yaitu baik, cukup, dan kurang.

Menurut Friedman (2010) tugas keluarga dalam memberikan perawatan adalah anggota keluarga mengetahui keadaan penyakit, mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, keuangan, fasilitas fisik, psikososial), mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap yang sakit. Perawatan keluarga dengan melakukan perawatan sederhana sesuai dengan kemampuan, dimana perawatan keluarga yang bisa dilakukan dan cara pencegahannya seminimal mungkin. Perawatan yang diberikan terhadap anggota keluarga yang mengalami hipertensi adalah memberikan bantuan kesehatan (contoh: memijit, kerokan), mengurangi

garam untuk masakan yang dikonsumsi, memberikan obat tekanan darah tinggi sesuai dengan petunjuk dokter, menyediakan buah, dan mendampingi anda saat pemeriksaan tekanan darah (Mushobirin, 2009).

Penerapan tugas kesehatan keluarga memberikan perawatan yang paling banyak dilakukan adalah anggota keluarga mendampingi lansia saat pemeriksaan tekanan darah sebanyak 26 orang (65%) dari 40 responden. Sedangkan penerapan tugas keluarga yang paling sedikit dilakukan adalah anggota keluarga memberikan bantuan kesehatan seperti kerokan, pijat sebanyak 13 orang (32,5%), hal ini disebabkan kesibukan anggota keluarga.

d. Penerapan tugas keluarga dalam menciptakan lingkungan

Penerapan tugas keluarga memodifikasi lingkungan kategori cukup sebanyak 17 orang (42,5%) dari 40 responden. Hasil penelitian ini berbeda dengan Amigo (2012) yang menyimpulkan tugas kesehatan keluarga memodifikasi lingkungan sebagian besar baik. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan Mukhtaruddin (2013) yang menyimpulkan dari 70 responden yang diteliti, mayoritas kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan kesehatan sekitar keluarga adalah tinggi sebanyak 40 responden (57,1%). Perbedaan hasil dengan penelitian ini disebabkan penelitian sebelumnya membagi tugas keluarga hanya dalam dua kategori yaitu tinggi dan rendah, sedangkan dalam penelitian ini dibagi dalam tiga kategori yaitu baik, cukup, dan kurang.

Menurut Friedman (2010) modifikasi lingkungan dapat membantu dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, dalam bentuk kebersihan rumah dan menciptakan kenyamanan agar lansia dapat beristirahat dengan tenang tanpa adanya gangguan dari luar. Keluarga juga dapat membangun atau memodifikasi fasilitas yang diperlukan di dalam rumah seperti kamar kecil bagi anggota keluarga yang mengalami keterbatasan yang tidak dapat menjangkau toilet karena kejauhan sehingga dapat meminimalkan ancaman kesehatan bagi anggota keluarga. Modifikasi lingkungan yang dilakukan keluarga pada lansia penderita hipertensi adalah membimbing bila hendak BAK atau BAB, sabar dan menjaga komunikasi, setelah mandi dan makan tidak

meninggalkan penderita sendirian, menyediakan makanan dan minuman meskipun tidak diminta, dan mengusahakan suasana rumah tenang dan menyenangkan (Mushobirin, 2009).

Penerapan tugas kesehatan keluarga menciptakan lingkungan yang paling banyak dilakukan adalah anggota keluarga menyediakan makanan dan minuman untuk lansia meskipun tidak diminta sebanyak 22 orang (55%) dari 40 responden. Hal ini disebabkan budaya masyarakat yang biasa menyediakan makanan bagi lansia. Sedangkan penerapan tugas keluarga yang paling sedikit dilakukan adalah setelah lansia mandi dan makan, lansia ditinggal sendirian sebanyak 12 orang (30%). Hal ini disebabkan kebanyakan lansia masih mandiri.

e. Penerapan tugas keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan

Penerapan tugas keluarga menggunakan fasilitas kesehatan kategori cukup sebanyak 23 orang (57,5%) dari 40 responden. Hasil penelitian ini berbeda dengan Amigo (2012) yang menyimpulkan tugas kesehatan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan sebagian besar baik. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan Mukhtaruddin (2013) yang menyimpulkan dari 70 responden yang diteliti, mayoritas kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada adalah tinggi sebanyak 50 responden (71,4 %). Perbedaan hasil dengan penelitian ini disebabkan penelitian sebelumnya membagi tugas keluarga hanya dalam dua kategori yaitu tinggi dan rendah, sedangkan dalam penelitian ini dibagi dalam tiga kategori yaitu baik, cukup, dan kurang.

Menurut Friedman (2010) keluarga harus memiliki cara untuk mengetahui berbagai sumber perawatan kesehatan yang ada di masyarakat seperti di puskesmas atau rumah sakit, berkoordinasi dan bekerjasama dengan pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat, serta menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat. Penerapan tugas keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan pada penderita hipertensi adalah anggota keluarga mengantarkan penderita hipertensi ke posyandu lansia, mengantarkan berobat ke puskesmas atau rumah sakit bila obat habis, menyiapkan dana untuk perawatan di rumah sakit, dan saat sedang

periksa keluarga menanyakan tentang penyakit yang diderita oleh anggota keluarga (Mushobirin, 2009).

Penerapan tugas kesehatan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang paling banyak dilakukan adalah anggota keluarga mengantarkan lansia ke posyandu lansia sebanyak 26 orang (65%) dari 40 responden. Hal ini kemungkinan disebabkan jarak dari rumah ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh dan tidak tersedianya alat transportasi umum yang dapat sampai di dekat lokasi. Sedangkan penerapan tugas keluarga yang paling sedikit dilakukan adalah saat lansia sedang periksa ke dokter atau tenaga kesehatan, yang bertanya tentang penyakit adalah anggota keluarga sebanyak 12 orang (30%) dari 40 responden. Hal ini kemungkinan disebabkan kurangnya kepedulian keluarga terhadap penyakit yang diderita lansia.

f. Penerapan tugas kesehatan keluarga

Penerapan tugas kesehatan keluarga di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo sebagian besar kategori cukup sebanyak 19 orang (47,5%). Hasil penelitian ini sejalan dengan Yolandari (2012) yang menyimpulkan lebih dari separuh keluarga (62,9%) melaksanakan tugas kesehatan keluarga tentang hipertensi dengan kategori sedang. Hasil penelitian ini berbeda dengan Amigo (2012) yang menyimpulkan pelaksanaan tugas perawatan keluarga di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta sebagian besar baik. Perbedaan hasil dengan penelitian ini dengan penelitian Amigo (2012) disebabkan penelitian sebelumnya membagi tugas keluarga hanya dalam dua kategori yaitu tinggi dan rendah, sedangkan dalam penelitian ini dibagi dalam tiga kategori yaitu baik, cukup, dan kurang.

Keluarga memiliki tugas melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit terutama lansia. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Fungsi kesehatan keluarga menurut Friedman (2010) penerapan tugas keluarga meliputi mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberikan perawatan pada anggota

keluarga yang sakit, mempertahankan atau menciptakan suasana rumah atau lingkungan yang sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat. Dengan adanya tugas kesehatan keluarga yang optimal maka diharapkan kualitas hidup lansia menjadi optimum pula atau dengan kata lain secara fungsional berada pada kondisi maksimum sehingga memungkinkan mereka untuk bisa menikmati hidup dengan penuh makna, membahagiakan dan berkualitas. Bila penerapan tugas keluarga menurun dapat menyebabkan kualitas hidup lansia menurun pula dan akhirnya akan mengakibatkan angka kesakitan pada lansia meningkat dan angka kematiannya meningkat juga (Azwar, 2007).

## **2. Kualitas Hidup Lansia**

Kualitas hidup lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo sebagian besar kategori sedang sebanyak 18 orang (45%). Hasil penelitian ini sejalan dengan Yolandari (2012) yang menyimpulkan lebih dari separuh lansia dengan hipertensi (66,1%) memiliki kualitas hidup dengan kategori sedang. Demikian juga dengan penelitian Anita (2012) yang menyimpulkan kualitas hidup lansia di Dusun Geblakan Tamantirto Kasihan Bantul sebagian besar adalah sedang. Hasil ini juga sesuai dengan Widodo (2013) yang menunjukkan kualitas hidup lansia pada kelompok intervensi sebagian besar adalah cukup sebanyak 16 responden (80,0%), demikian juga pada kelompok control lansia memiliki kualitas hidup sedang sebanyak 17 responden (85%). Hasil penelitian ini berbeda dengan Suardana (2013) yang menyimpulkan sebagian besar lansia hipertensi di Desa Tampak siring Gianyar memiliki kualitas hidup baik. Perbedaan hasil penelitian ini disebabkan perbedaan lokasi penelitian sehingga responden memiliki karakteristik yang tidak sama. Menurut Sunaryo (2004) karakteristik lansia meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, suku/budaya, ekonomi/penghasilan mempengaruhi kualitas hidup lansia.

Menurut Sutikno (2007) kualitas hidup lansia merupakan suatu komponen yang kompleks dimana mencakup tentang usia harapan hidup, kepuasan dalam kehidupan, kesehatan psikis dan mental, fungsi kognitif,

kesehatan dan fungsi fisik, pendapatan, kondisi tempat tinggal, dukungan sosial dan jaringan sosial. Kualitas hidup lansia yang sedang dipengaruhi beberapa faktor fisik dan kesehatan yang sudah menurun serta perasaan tidak berguna karena tidak mampu lagi bekerja dan mencari uang lagi seperti dulu.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan lansia yang memiliki kualitas tinggi sebagian besar berumur 60-70 tahun (12,5%). Umur merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia. Menurut Nugroho (2012) dengan pertambahan 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 sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Hasil penelitian ini sejalan dengan Pradono et al (2007) yang menunjukkan bahwa umur lansia berhubungan dengan kualitas hidup.

Jenis kelamin lansia yang memiliki kualitas hidup rendah sebagian besar perempuan sebanyak 12 orang (30%). Jenis kelamin sangat mempengaruhi angka harapan hidup bagi lansia. Pada umumnya lansia perempuan mengalami keluhan sakit akut dan kronis yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Simanullang & Zuska (2011) yang menyimpulkan bahwa jenis kelamin berhubungan dengan kualitas hidup lansia (Simanullang & Zuska, 2011).

Pendidikan lansia yang memiliki kualitas hidup rendah sebagian besar adalah SD sebanyak 9 orang (22,5%). Menurut Fleck (2008), pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat berkontribusi terhadap kualitas hidup dan kesejahteraan subyektif. Pendidikan akan mengembangkan kemampuan yang membantu individu mengontrol kehidupan mereka sendiri, mendorong dan memungkinkan hidup sehat (Miroswsky, 2003).

Lansia yang memiliki kualitas hidup rendah sebagian besar tidak memiliki pekerjaan sebanyak 8 orang (20%). Matsuo (2003) menyatakan

bahwa lansia yang melakukan aktivitas memiliki status kesehatan yang lebih baik sehingga kualitas hidup menjadi lebih tinggi. Partisipasi dalam aktivitas dalam aktivitas sehari-hari dapat menghasilkan rasa sehat dengan cara mengetahui kemampuan lansia untuk bergerak atau menghasilkan sesuatu karya

### **3. Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia**

Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang signifikan penerapan tugas keluarga dengan kualitas hidup lansia di Dusun Klajuran Kecamatan Nanggulan Kulon Progo. Hasil penelitian ini sejalan dengan Sutikno (2011) yang menunjukkan ada hubungan positif yang sangat kuat antara fungsi keluarga dan kualitas hidup lansia. Penelitian lain yang dilakukan Amigo (2012) juga menyimpulkan terdapat hubungan karakteristik keluarga dengan status kesehatan pada agregat lansia dengan hipertensi. Suardana (2013) menemukan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia yang mengalami hipertensi. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan Anita (2012) yang menyimpulkan ada hubungan antara fungsi keluarga dengan kualitas hidup lansia. Demikian juga dengan penelitian Mintarini (2012) yang menyimpulkan ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia.

Lansia dengan penyakit hipertensi membutuhkan dukungan keluarga untuk mempertahankan status kesehatannya. Menurut Sunaryo (2004) dukungan sosial keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia. Keluarga adalah bentuk sosial yang utama, yang merupakan tempat untuk meningkatkan derajat kesehatan dan pencegahan penyakit yang berkelanjutan. Keluarga juga sangat berpengaruh dalam perilaku hidup sehat setiap anggota keluarganya. Begitu pula dengan status kesehatan dari setiap anggota keluarga yang mempengaruhi bagaimana fungsi kesehatan keluarga dapat tercapai sesuai dengan tujuan. Menurut pendapat Sutikno (2011), bahwa keluarga mempunyai peranan yang sangat penting dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi dan memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga. Setiap anggota akan lebih puas lagi

apabila keluarga dapat menjalankan dan menerapkan tugas kesehatan keluarga dengan baik dan sesuai tujuan sehingga kualitas hidup akan menjadi lebih baik lagi (Potter and Perry, 2006).

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (2010) meliputi mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan atau menciptakan suasana rumah atau lingkungan yang sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat. Dengan adanya tugas kesehatan keluarga yang optimal maka diharapkan kualitas hidup lansia menjadi optimum pula. Apabila fungsi keluarga menurun maka kualitas hidup lansia juga menurun sehingga dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian lansia (Azwar, 2010).

Untuk dapat meningkatkan kualitas hidup lansia dengan hipertensi diperlukan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang optimal yang meliputi mengenal masalah hipertensi, memutuskan tindakan yang tepat, merawat lansia, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang mengakibatkan hasilnya belum sesuai yang diharapkan. Keterbatasan tersebut yaitu belum dilakukan pengontrolan terhadap faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup lansia, seperti agama, suku, budaya, dan penghasilan.