

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil Penelitian

#### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Desa Ambarketawang terdiri dari 13 dusun yaitu Mejing Lor, Mejing Wetan, Mejing Kidul, Gamping Lor, Gamping Tengah, Gamping Kidul, Patukan, Bodeh, Tlogo, Depok, Kalimantan, Mancasan, dan Watu Langkah. Pengambilan data pada penelitian ini dilakukan mulai dari tanggal 13 Mei 2011 sampai dengan 5 Juni 2011 di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman. Dusun Gamping Kidul berbatasan dengan beberapa daerah yaitu sebelah utara berbatasan dengan Dusun Gamping Tengah, sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Tamantirto, sebelah barat berbatasan dengan Dusun Gamping Tengah, sebelah timur berbatasan dengan Dusun Banyuraden dan Dusun Ngestiharjo. Dusun Gamping Kidul terdiri dari 4 RW yaitu RW 16, RW 17, RW 18, RW 19 dan setiap RW terdiri dari tiga RT. Dusun Gamping Kidul mempunyai jumlah penduduk terbanyak di Desa Ambarketawang. Jumlah penduduk di Dusun Gamping Kidul berdasarkan data dari Desa Ambarketawang sampai dengan Bulan Februari tahun 2010 sebanyak 2788 jiwa. Jumlah penduduk yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 1420 jiwa dan jumlah penduduk yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 1368 jiwa.

Menurut keterangan dari Kepala Dusun Gamping Kidul, jumlah penduduk lansia di Dusun Gamping Kidul sebanyak 160 jiwa. Setiap bulan diselenggarakan posyandu lansia di RW 16 dan RW 18, sedangkan posyandu lansia di RW 17 dan RW 19 setiap 2 – 3 bulan sekali. Lansia di dusun tersebut memiliki bermacam-macam latar belakang. Beberapa bertempat tinggal bersama dengan keluarga namun ada pula yang tinggal sendiri dan jauh dari anggota keluarga lainnya. Beberapa lansia juga mengalami kepikunan dan memerlukan perhatian yang lebih dari anggota keluarga lainnya untuk membantu lansia tersebut memenuhi kebutuhan sehari-hari. Kegiatan posyandu lansia hanya diikuti sekitar 50% lansia yang aktif. Keterbatasan dalam berbagai hal yang dirasakan lansia menjadikan lansia tidak terlalu aktif dalam kegiatan kemasyarakatan.

## 2. Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini berjumlah 107 orang. Responden bertempat tinggal di empat RW di Dusun Gamping Kidul yaitu RW 16, RW 17, RW 18, RW 19. Jumlah responden pada tiap RW adalah 24 orang di RW 16, 23 orang di RW 17, 29 orang di RW 18, dan 31 orang di RW 19. Karakteristik responden pada penelitian ini dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin, usia, status pernikahan, tingkat pendidikan, riwayat penyakit.

- a. Karakteristik jenis kelamin responden di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.1  
Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta  
13 Mei – 5 Juni 2011 ( n = 107 )

Jenis kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-laki	50	46,7
Perempuan	57	53,3
Jumlah	107	100

Jumlah responden perempuan tidak jauh berbeda dengan jumlah responden laki-laki. Informasi tersebut dapat dilihat pada tabel di atas. Jumlah responden perempuan adalah sebanyak 57 orang (53,3%). Sedangkan responden laki-laki sebanyak 50 orang (46,7%).

- b. Karakteristik usia responden di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.2  
Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta  
13 Mei – 5 Juni 2011 ( n= 107 )

Usia	Frekuensi (f)	Persentase(%)
60-74 tahun	90	84,1
75-90 tahun	17	15,9
>90 tahun	0	0
Jumlah	107	100

Karakteristik usia 60 – 74 tahun mempunyai jumlah responden terbanyak dibanding dengan jenjang usia yang lain yaitu sebanyak 90 orang (84,1%). Sedangkan jumlah responden berusia 75 – 90 tahun sebanyak 17 orang (15,9%). Tidak ada responden yang berusia lebih dari 90 tahun.

- c. Karakteristik status pernikahan responden di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.3  
Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta 13 Mei – 5 Juni 2011 ( n= 107 )

Status pernikahan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Menikah	69	64,5
Berpisah/ cerai	1	0,9
Janda / duda	37	34,6
Tidak menikah	-	-
Jumlah	107	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa status pernikahan responden yang terbanyak adalah menikah yaitu 69 orang (64,5%). Sedangkan jumlah paling sedikit adalah berstatus pisah/ cerai yaitu 1 orang (0,9%). Tidak ada responden yang berstatus tidak menikah.

- d. Karakteristik tingkat pendidikan responden di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.4  
Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta 13 Mei – 5 Juni 2011 ( n = 107 )

Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tamat SMA	32	29,9
Tamat SMP	23	21,5
Tamat SD	30	28
Tidak tamat SD	22	20,6
Jumlah	107	100

Karakteristik tingkat pendidikan ditunjukkan pada tabel di atas. Responden yang telah tamat SMA tidak berbeda jauh dengan

reponden responden dengan pendidikan tamat SD. Jumlah responden dengan pendidikan tamat SMA sebanyak 32 orang (29,9%), sedangkan pendidikan tamat SD sebanyak 30 orang (28%). Pendidikan tidak tamat SD berjumlah paling sedikit yaitu 22 orang (20,6%).

- e. Karakteristik riwayat penyakit responden di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.5  
Distribusi frekuensi responden berdasarkan riwayat penyakit di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta 13 Mei – 5 Juni 2011

Riwayat penyakit	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Hipertensi	28	26,1
Diabetes mellitus	5	4,7
Tidak mempunyai riwayat hipertensi dan diabetes mellitus	74	69,2
Jumlah	107	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa karakteristik riwayat penyakit yang paling banyak diderita oleh responden adalah hipertensi. Jumlah responden yang memiliki riwayat hipertensi sebanyak 28 orang (26,1%), sedangkan jumlah responden yang memiliki riwayat diabetes mellitus sebanyak 5 orang (4,7%).

3. Hasil penilaian fungsi kognitif lansia di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.6  
Hasil penilaian fungsi kognitif pada lansia di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Tingkat gangguan kognitif	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak mengalami gangguan kognitif	94	87,9
Gangguan kognitif ringan	11	10,3
Gangguan kognitif berat	2	1,8
Jumlah	107	100

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah terbanyak adalah responden yang tidak mengalami gangguan kognitif yaitu sebanyak 94 orang (87,9%). Sedangkan yang paling sedikit adalah responden yang mengalami gangguan kognitif berat yaitu sebanyak 2 orang (1,8%).

4. Hasil penilaian kualitas hidup lansia di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.7  
Hasil penilaian kualitas hidup pada lansia di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Variabel	N	Minimum	Maksimum	Range	Mean	SD
Kualitas hidup	107	-1	38	39	24	8,02355

Tabel di atas menunjukkan bahwa nilai rata-rata kualitas hidup responden di Dusun Gamping Kidul adalah 24. Nilai kualitas hidup yang

tertinggi adalah 38 sedangkan untuk nilai kualitas hidup yang terendah adalah -1.

5. Tabulasi silang fungsi kognitif dengan kualitas hidup lansia di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.8  
Tabulasi silang fungsi kognitif dengan kualitas hidup lansia di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Variabel		Kualitas Hidup			Total
		< 24	= 24	>24	
Fungsi Kognitif	Tidak mengalami gangguan kognitif	30	7	57	94
	Gangguan kognitif ringan	8	0	3	11
	Gangguan kognitif berat	2	0	0	2
Jumlah		40	7	60	107

Tabulasi silang antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup berdasarkan nilai rata-rata kualitas hidup responden, menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami gangguan kognitif sebagian besar memiliki nilai kualitas hidup di atas nilai rata-rata yaitu sebanyak 57 orang. Sedangkan nilai kualitas hidup di bawah nilai rata-rata paling banyak terdapat pada responden yang tidak mengalami gangguan kognitif yaitu sebanyak 30 orang.

6. Hubungan antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup lansia di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman

Tabel 4.9  
Hasil uji korelasi Spearman antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup pada lansia di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Variabel	N	Koefisien korelasi (r)	p	Keterangan
Fungsi kognitif dengan kualitas hidup	107	0,416	0,000	Bermakna

Hasil dari penghitungan menggunakan uji korelasi *Spearman Rho* antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup diperoleh nilai signifikansi yaitu 0,000 ( $p < 0,05$ ). Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa korelasi antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup adalah bermakna. Nilai korelasi *Spearman Rho* (koefisien korelasi) sebesar 0,416 menunjukkan bahwa arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang sedang.

B. Pembahasan

1. Karakteristik responden lansia di Dusun Gamping Kidul Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Pada penelitian ini jumlah responden perempuan di Dusun Gamping Kidul lebih banyak dibanding responden laki-laki. Hasil ini didukung oleh data dari U.S. Census Bureau, International Data Base (2009) menyebutkan karena usia harapan hidup perempuan lebih panjang

dibanding laki-laki, maka jumlah penduduk lanjut usia perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Menurut data penduduk dari Desa Ambarketawang menunjukkan bahwa pada tahun 2010 jumlah penduduk perempuan di Dusun Gamping Kidul lebih banyak dibandingkan laki-laki. Provinsi dengan usia harapan hidup yang lebih tinggi mempunyai jumlah penduduk lansia yang lebih banyak. Suatu wilayah disebut berstruktur tua jika persentase lansia lebih dari 7 persen. Dari seluruh provinsi, Yogyakarta memiliki penduduk lansia mencapai 14% dan merupakan provinsi dengan penduduk lansia tertinggi di Indonesia.

Usia responden paling banyak adalah usia 60 – 74 tahun. Menurut data dari U.S. Census Bureau, International Data Base (2009) usia lansia 60 – 64 tahun, 65 – 69 tahun, 70 – 74 tahun menduduki peringkat satu, dua, dan tiga teratas jumlah penduduk lansia menurut kelompok umur. Jumlah lansia perempuan juga lebih banyak dibanding dengan jumlah penduduk lansia laki – laki pada rentang usia tersebut.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah jumlah responden berstatus menikah. Responden yang berstatus janda lebih banyak dibanding dengan responden berstatus duda. Hasil ini didukung oleh data dari Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2007 yang menunjukkan bahwa persentase penduduk lansia perempuan yang cerai hidup sebesar 3,76% sedangkan laki-laki 1,21% dan lansia perempuan cerai mati 57,08 sedangkan laki-laki 13,05%. Keadaan ini menunjukkan bahwa lebih banyak penduduk lansia perempuan yang

berstatus janda dibanding dengan status duda. Usia harapan hidup perempuan yang lebih panjang dibandingkan laki-laki, maka lebih banyak lanjut usia perempuan yang ditinggal meninggal lebih dulu oleh suaminya, dan karena perbedaan gender menyebabkan perempuan terbiasa mengurus dirinya sendiri, sehingga lebih siap untuk tinggal sendiri.

Jumlah responden berpendidikan tamat SD hampir sama dengan responden berpendidikan SMA. Menurut data BPS pada tahun 2007 sebagian besar penduduk lanjut usia tidak/ belum pernah sekolah dan tidak tamat SD. Angka buta huruf penduduk lanjut usia masih tinggi, sekitar 30,62 persen pada tahun 2007. Tidak berbeda dengan angka buta huruf penduduk secara keseluruhan, angka buta huruf lanjut usia juga lebih besar di pedesaan dibandingkan di perkotaan. Keadaan tersebut juga ditemui oleh peneliti. Selama penelitian berlangsung terdapat beberapa orang yang mengalami buta huruf, sehingga tidak masuk dalam kriteria sebagai sampel penelitian. Menurut penuturan lansia tersebut, mereka mengalami buta huruf karena tidak pernah bersekolah atau tidak menamatkan pendidikan SD dengan berbagai alasan.

Berdasarkan hasil penelitian jumlah responden yang memiliki riwayat penyakit hipertensi lebih banyak dibanding dengan riwayat diabetes mellitus. Dari banyak penelitian epidemiologi, didapat bahwa dengan meningkatnya umur dan tekanan darah meninggi, hipertensi menjadi masalah pada lanjut usia karena sering ditemukan dan menjadi

faktor utama payah jantung dan penyakit jantung koroner (Nugroho, 2006). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Oktora (2007) yang menyatakan bahwa insidensi hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan umur. Pasien yang berumur di atas 60 tahun, 50 – 60 % mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal ini merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usianya

2. Fungsi kognitif responden di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar responden tidak mengalami gangguan kognitif. Responden yang mengalami gangguan kognitif ringan sebanyak 10,3% dan responden dengan gangguan kognitif berat sebanyak 1,8%. Hasil ini berbeda dengan penelitian Ruwayda (2007) yang menyatakan bahwa sebanyak 47,25% atau hampir setengah dari jumlah responden di Kabupaten Purworejo mengalami gangguan kognitif. Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi fungsi kognitif seseorang diantaranya adalah usia. Usia responden paling banyak adalah usia 60 – 74 tahun. Hal ini diikuti pula dengan sebagian responden yang tidak mengalami gangguan kognitif. Menurut Lumbantobing (2006) fungsi dari otak yang mengalami penurunan terus menerus akibat bertambahnya usia adalah kecepatan belajar, kecepatan memproses informasi baru dan kecepatan bereaksi terhadap rangsangan sederhana

atau kompleks, penurunan ini berbeda antar individu. Fungsi dari otak tersebut yang mempengaruhi fungsi kognitif seseorang. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Zulsita (2010), menyimpulkan bahwa penurunan fungsi kognitif terjadi pada lansia *old-old* (80-89 tahun) lebih banyak dibandingkan pada lansia *young-old* (60-69 tahun).

Jumlah responden perempuan yang lebih banyak dibandingkan dengan responden laki-laki, dalam penelitian ini juga diikuti dengan responden perempuan yang cenderung mengalami gangguan fungsi kognitif. Hasil tersebut didukung oleh penelitian Zulsita (2010) bahwa perempuan lebih banyak mengalami penurunan fungsi kognitif daripada laki-laki. Berdasarkan penelitian epidemiologi oleh Czlonkowska (2003) diketahui bahwa penurunan hormon estrogen pada wanita menopause meningkatkan risiko penyakit neurodegeneratif, karena hormon ini diketahui memegang peranan penting dalam memelihara fungsi otak. Ada perbedaan bermakna skor pemeriksaan MMSE antara perempuan dengan laki-laki, dimana perempuan kecenderungan untuk memiliki skor yang rendah (Fried *et al.*, 1996 *cit* Ruwayda, 2007).

Pendidikan seseorang akan mempengaruhi fungsi kognitif seseorang. Pendidikan paling banyak adalah SMA dan sebagian besar responden tidak mengalami gangguan kognitif. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Zulsita (2010), bahwa berdasarkan status pendidikan, lansia dengan status pendidikan SD lebih banyak mengalami penurunan fungsi kognitif, yaitu 62,5% daripada lansia dengan status

pendidikan lainnya. Pendidikan mempunyai kapasitas otak dan berdampak pada tes kognitif (Farmer *et al.*, 1995 *cit* Ruwayda, 2007). Menurut Lee (2003) pendidikan dapat memberi efek langsung pada struktur otak awal kehidupan dengan meningkatkan nomor sinaps atau vaskularisasi dan menciptakan cadangan kognitif. Selain itu, pendidikan dapat menunjukkan kesehatan yang lebih baik atau pilihan perilaku lain yang pada akhirnya mengarah pada pemeliharaan fungsi kognitif.

Menurut penelitian Harrington (2000) menemukan bahwa ada hubungan hipertensi dengan penurunan fungsi kognitif selama 4 tahun *follow-up*. Karena diketahui peningkatan prevalensi penyakit asimtomatik serebral menimbulkan gejala hipertensi dengan banyaknya infark kecil di otak seperti mencetus timbulnya demensia. Penelitian yang dilakukan oleh Barness (2007), diketahui bahwa gangguan kognitif dan gejala depresi terjadi pada sekitar 1/3 pasien diabetes mellitus tipe 2. Efek ringan sampai dengan sedang terjadi pada fungsi kognitif pasien diabetes mellitus tipe 1 (Brands *et al.*, 2006).

Hasil penilaian fungsi kognitif menggunakan MMSE diketahui bahwa pada item pertama MMSE hampir sebagian besar responden tidak mendapatkan skor maksimal. Item pertama tersebut berisi tentang penilaian orientasi. Sebagian responden tidak mengetahui atau lupa tanggal, hari, bulan dan tahun, ketika dilakukan penilaian fungsi kognitif. Gangguan ini termasuk dalam gangguan visuospasial yaitu seseorang banyak lupa waktu, tidak tahu kapan siang dan malam, dan sering tidak

tahu tempat (diorientasi waktu, tempat, dan orang). Gangguan visuospasial merupakan salah satu manifestasi gangguan kognitif (Lumbantobing, 1997 *cit* Dongaran, 2007).

Dalam penilaian memori atau daya ingat dan atensi, pada beberapa responden juga mengalami gangguan. Gangguan mengingat sering merupakan gejala yang pertama timbul pada demensia dini. Pada tahap awal yang terganggu adalah memori baru, namun lambat laun memori lama juga terganggu (Lumbantobing, 1997 *cit* Dongaran, 2007). Memori yang banyak terganggu pada responden adalah memori baru (*recent memory*), yaitu memori dalam rentang waktu beberapa menit, jam, bulan, bahkan tahun.

Selama penelitian berlangsung peneliti menjumpai beberapa responden yang mengalami gangguan kognitif ringan mengatakan bahwa kegiatan mereka saat ini telah berkurang. Responden tersebut dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, toileting, mencuci, atau memasak secara mandiri, namun terkadang memerlukan bantuan dari orang lain. Sedangkan responden yang mengalami gangguan kognitif berat, anggota keluarganya mengatakan bahwa untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari memerlukan bantuan dari orang lain. Hanya sekedar untuk mengingatkan ataupun menyediakan keperluan responden tersebut. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Gill (1997) *cit* Ruwayda (2007) bahwa usia lanjut yang dapat melakukan ADL (*activities of daily living*) dengan baik ternyata didukung oleh fungsi kognitif yang baik

ditandai dengan skor pemeriksaan MMSE di atas 28, mempunyai tingkat mobilitas tinggi, status nutrisi yang baik dan umur di bawah 85 tahun.

Responden yang mengalami gangguan kognitif jarang sekali mengikuti kegiatan di kampung atau di sekitar rumah sehingga interaksi dengan orang lain berkurang. Hubungan sosial yang kurang merupakan faktor risiko penurunan kognitif di antara lansia (Bassuk *et al.*, 1999 *cit* Ruwayda, 2007). Menurut Hurlock bertambahnya usia mengakibatkan banyak usia lanjut yang mengurangi frekuensi kegiatan sosialnya. Hal ini sering diistilahkan sebagai lepas dari kegiatan kemasyarakatan (*social disengagement*) yaitu suatu proses pengunduran diri secara timbal balik pada masa usia lanjut dari lingkungan sosial.

### 3. Kualitas hidup responden di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

Penilaian kualitas hidup pada responden dengan menggunakan instrumen CBS menunjukkan bahwa nilai rata-rata kualitas hidup responden di Dusun Gamping Kidul adalah 24. Menurut beberapa ahli terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang diantaranya adalah jenis kelamin, usia, status pernikahan, pendidikan, dan riwayat penyakit. Rentang usia yang paling banyak dalam penelitian ini adalah 60 – 74 tahun. Menurut Rapley (2003) *cit* Oktavia (2009) menyatakan bahwa menua berarti mengalami berbagai macam perubahan, baik perubahan organobiologik (fisik) maupun

psikososial. Meningkatnya umur dapat mempengaruhi kualitas fisik seseorang sehingga kualitas hidupnya menurun.

Nilai rata-rata kualitas hidup pada responden perempuan hampir sama. Namun perempuan memiliki nilai lebih tinggi dibanding dengan laki-laki. Rapley (2003) *cit* Oktavia (2009), rata-rata angka harapan hidup telah meningkat yaitu lebih dari 70 tahun untuk laki-laki dan lebih dari 80 tahun untuk wanita. Hal ini mengandung arti bahwa rata-rata angka harapan hidup yang meningkat disertai dengan kualitas hidup yang tinggi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status pernikahan yang terbanyak adalah menikah. Robles (2003), menyebutkan bahwa hidup dengan pasangan dan kualitas hubungan berhubungan positif dengan kesehatan dan umur yang panjang. Kesehatan dan umur panjang menunjukkan bahwa kualitas hidupnya baik.

Responden paling banyak berpendidikan SMA. Pendidikan yang tinggi mempengaruhi penilaian tentang kualitas hidup. Menurut Mirowsky (2003), menyatakan bahwa pendidikan dapat mengembangkan kemampuan individu untuk mengontrol kehidupan mereka sendiri, dan mendorong hidup sehat. Terkait dengan kesehatan, maka pendidikan akan mempengaruhi tingkatan sosial ekonomi (termasuk pekerjaan dan pendapatan) dan perilaku (termasuk perilaku kesehatan seperti berolahraga) dan keadaan tersebut dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang. Menurut Fleck (2008), tingkat pendapatan dan

pendidikan, kondisi hidup dan kesehatan yang baik, berhubungan baik dengan teman-teman, dan pemeliharaan hubungan yang baik dengan keluarga merupakan faktor-faktor yang dapat berkontribusi terhadap kualitas hidup dan kesejahteraan subjektif.

Sakit yang banyak diderita oleh responden adalah hipertensi. Menurut responden dengan riwayat hipertensi mengatakan bahwa sakit yang responden derita sudah lama. Ada beberapa responden yang rutin kontrol di pelayanan kesehatan, namun ada pula yang tidak. Responden mengatakan bahwa karena kondisi kesehatan yang menurun, maka fisik maupun ikut terpengaruh. Kondisi kesehatan yang mulai menurun mengharuskan responden untuk menjaga fisik maupun psikologis mereka agar tetap baik. Menurut Renwick (1996) *cit* Oktavia (2009) menyatakan bahwa bagi individu yang menderita penyakit kronis, kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan dapat digambarkan sebagai suatu perasaan bagaimana individu tersebut merasakan penyakit yang dideritanya sehingga mempengaruhi kesejahteraan fisik, psikologis dan sosial.

Lawton (1991) menetapkan kerangka konseptual untuk kualitas hidup pada lansia yang terdiri dari empat domain penting yaitu kemampuan dalam berperilaku atau beraktivitas, lingkungan obyektif, kesejahteraan psikologis, dan pemahaman tentang kualitas hidup. Setiap domain mempunyai hubungan yang erat untuk mengkaji kualitas hidup pada lansia khususnya dengan gangguan kognitif. Kemampuan berperilaku termasuk di dalamnya adalah kesehatan fisik, aktivitas

sehari-hari (bekerja, rekreasi), fungsi kognitif, dan perilaku sosial. Lingkungan obyektif adalah benda atau material yang dimiliki, dukungan sosial, dan interaksi atau jaringan sosial. Kesejahteraan psikologis adalah kemampuan seseorang untuk menilai dan menerima semua domain dalam kualitas hidup. Pemahaman tentang kualitas hidup adalah tingkat kepuasan terhadap semua domain penting dalam hidup seperti fungsi sosial, aktivitas yang menyenangkan, fasilitas dan pendapatan.

Sedangkan menurut Ready (2002) kualitas hidup dinilai dari beberapa aspek yaitu tanda-tanda terkait dengan mood, gangguan ideasional, gangguan perilaku, tanda-tanda fisik, dan fungsi siklik. Setiap aspek mewakili penilaian keadaan seseorang baik secara fisik, psikologis, tingkat ketergantungan, sosial, maupun lingkungan. Setiap aspek yang dinilai terdapat perilaku negatif dan positif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa skor minimum yang diperoleh responden adalah -1 dan hanya satu orang responden yang mendapatkan skor tersebut. Sedangkan skor tertinggi adalah 38 dan nilai rata-rata kualitas hidup adalah 24. Sebagian besar responden memiliki nilai di atas nilai rata-rata. Skor yang semakin positif menunjukkan kualitas hidup yang semakin baik. Semakin negatif skor penilaian semakin rendah pula kualitas hidupnya (Ready, 2002).

Selama penelitian banyak dari responden yang mengatakan bahwa masih mampu untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dan tinggal bersama anggota keluarga lain, untuk kegiatan di desa pun sering

mereka ikuti seperti posyandu lansia ataupun pertemuan warga pada tiap RW sehingga interaksi sosial dengan orang lain masih terjalin dengan baik. Menurut Matsuo (2003) lansia yang melakukan aktivitas memiliki status kesehatan yang lebih baik sehingga kualitas hidup menjadi lebih tinggi. Sehat adalah kondisi untuk ikut serta dalam aktivitas dan partisipasi itu sendiri dapat membantu orang merasa lebih baik dan lebih sehat. Ketika seorang lansia berada di rumah tanpa kegiatan rutin sehari-hari, sedikit dari mereka merasa sehat. Partisipasi dalam aktivitas sehari-hari dapat menghasilkan rasa sehat dengan cara mengetahui kemampuan mereka untuk bergerak atau menghasilkan sesuatu.

4. Hubungan antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup pada lansia di Dusun Gamping Kidul, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta  
Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan korelasi *Spearman Rho*, diketahui bahwa antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup pada lansia memiliki hubungan yang bermakna, dengan kata lain terdapat hubungan antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup pada lansia di Dusun Gamping Kidul. Hal ini ditunjukkan dengan nilai signifikansi antara kedua variabel adalah 0,000 ( $p < 0,05$ ). Beberapa penelitian mendukung hasil tersebut, seperti penelitian yang dilakukan oleh Hoe (2006) menyatakan bahwa kualitas hidup yang tinggi pada demensia berhubungan dengan skala depresi dan kecemasan yang rendah,

ketidakmampuan fisik rendah, gangguan kognitif rendah, gejala *neuropsychiatric* lebih sedikit.

Koefisien korelasi antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup adalah 0,416 yang berarti bahwa arah korelasi adalah positif dengan kekuatan korelasi yang sedang. Interpretasi korelasi positif tersebut adalah semakin besar nilai satu variabel maka semakin besar pula nilai variabel lainnya. Responden yang mengalami gangguan kognitif dan memiliki nilai skor MMSE yang rendah maka akan diikuti pula nilai kualitas hidup yang rendah.

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang tidak mengalami gangguan kognitif memiliki nilai kualitas hidup di atas nilai rata-rata kualitas hidup responden secara keseluruhan. Skor yang semakin positif menunjukkan kualitas hidup yang semakin baik. Semakin negatif skor penilaian semakin rendah pula kualitas hidupnya (Ready, 2002). Nilai MMSE yang tinggi tidak selalu diikuti pula dengan nilai kualitas hidup di atas nilai rata-rata kualitas hidup. Hal ini berdasarkan tabulasi silang yang menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami gangguan kognitif terdapat responden yang mendapatkan nilai kualitas hidup di bawah rata-rata paling banyak. Terdapat beberapa variabel perancu atau pengganggu yang tidak dikendalikan oleh peneliti sehingga dapat memberikan dampak pada penilaian variabel lainnya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Logsdon (2002), perbedaan antara grup kognitif (tingkat kognitif berdasarkan MMSE) merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Alasan lain untuk perbedaan kognitif berkaitan dengan kualitas hidup adalah perilaku dan ketrampilan yang mengalami kemunduran dan mempengaruhi persepsi tentang kualitas hidup. Berbagai kemunduran dalam memori, atensi atau perhatian, penilaian, pemahaman dan komunikasi mempengaruhi kemampuan individu dengan gangguan kognitif untuk mengerti pertanyaan atau menyampaikan jawaban subyektif mereka (Logsdon, 2002).

Sedangkan menurut WHO (*World Health Organization*) kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang kedudukan pada hidupnya dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan berkaitan dengan tujuan, harapan, dan standar. Selama penelitian responden dengan gangguan kognitif berat cenderung lebih sulit untuk memahami pertanyaan yang diajukan oleh peneliti terkait dengan kualitas hidup dibandingkan dengan responden tanpa gangguan kognitif, sehingga perlu pengulangan pertanyaan pada responden-responden tersebut.

Sejalan dengan Logsdon maka Smith (2005) menyimpulkan bahwa terdapat beberapa masalah yang muncul ketika melakukan penilaian kualitas hidup pada seseorang dengan gangguan kognitif berat antara lain adalah masalah memori yang menyebabkan masalah dalam hasil penilaian diri yang tepat. Masalah yang lain adalah menjaga

perhatian yang dapat membuat seseorang dengan demensia sulit untuk fokus pada wawancara. Gangguan bahasa yang sering dialami seorang dengan demensia akan membatasi ruang lingkup untuk berpartisipasi penuh dalam wawancara. Selain itu kemampuan untuk membuat penilaian dapat terganggu pada orang dengan demensia, membuat sulit untuk menghasilkan penilaian yang valid tentang kualitas hidup.

Menurut Ready dan Ott (2003) gangguan kognitif yang semakin meningkat keparahannya akan diikuti pula dengan peningkatan level demensia. Pasien biasanya akan kehilangan kemampuannya untuk berkomunikasi secara efektif, sehingga akan berpengaruh pada penilaian kualitas hidup. Penilaian kualitas hidup untuk seseorang dengan tingkat gangguan kognitif berat tidak lepas dari hasil penilaian secara *proxy report* (penilaian dari *caregiver* atau keluarga) tidak hanya penilaian dari diri sendiri (*self report*).

Dalam penilaian kualitas hidup menggunakan instrumen CBS (*Cornell Brown Scale*) for quality of life terdiri dari lima aspek yang dinilai yaitu tanda-tanda terkait dengan mood, gangguan ideasional, gangguan perilaku, tanda-tanda fisik, dan fungsi siklik. Kelima aspek tersebut adalah sebagai tolak ukur penilaian kualitas hidup seorang lansia yang berkaitan dengan fungsi kognitif. Aspek-aspek tersebut pada seseorang yang mengalami gangguan kognitif akan mengalami perubahan seperti *mood* pada seseorang yang mengalami demensia, *mood* akan turun khususnya pada awal demensia dan mereka akan bersikap

apati. Apati ini merupakan gejala yang lebih umum timbul ketika seseorang terkena demensia (Registered Nurses' Association of Ontario, 2003). Menurut penelitian, kualitas hidup pada demensia dipengaruhi oleh *mood* dan ketidaktergantungan faktor lingkungan pada keparahan demensia (Thorgrismen *et al.*, 2003; Hoe *et al.*, 2005).

Aspek yang kedua adalah gangguan perilaku antara lain orang tersebut menjadi bersikap agitasi, keluyuran atau pergi kemana saja yang dia mau, menarik diri, terdapat tanda-tanda delusi atau halusinasi tergantung tipe demensia, berbicara cepat dan berulang-ulang kali mengucapkan kalimat yang sama (Registered Nurses' Association of Ontario, 2003). Perilaku termasuk depresi, agitasi, atau psikosis kemungkinan dapat mempengaruhi tingkat kualitas hidup (Logsdon *et al.*, 2002). Sedangkan menurut penelitian Hoe (2006) menyatakan bahwa kualitas hidup yang tinggi pada demensia berhubungan dengan skala depresi dan kecemasan yang rendah, gejala *neuropsychiatric* lebih sedikit.

Aspek yang lain adalah fungsi siklik. Fungsi siklik atau pola tidur pada pasien demensia memungkinkan terjadi perubahan terutama pola tidur malam hari (Registered Nurses' Association of Ontario, 2003). Pasien dengan demensia dapat mengalami gangguan dalam tidur, yang dapat memperburuk keluhan tentang memori (Cole and Richards, 2005 *cit* Stuart, 2009). Mereka dapat menunjukkan perilaku afektif yang labil, terutama apabila sistem limbik terpengaruh oleh proses penyakit maka

beberapa kemunduran dalam kemampuan bersosialisasi atau interaksi sosial dapat muncul (Stuart, 2009). Kemunduran dalam bersosialisasi tersebut akan berdampak pula pada kualitas hidup. Menurut penelitian oleh Burgener & Twigg (2002) tingkat yang lebih tinggi pada kemampuan fisik, tingkat pendidikan, dan kontak sosial serta aktivitas berhubungan dengan kualitas hidup yang lebih tinggi pula pada demensia.

#### C. Keterbatasan Penelitian

Selama penelitian berlangsung ada beberapa hambatan yang ditemui oleh peneliti, yaitu :

1. Penelitian yang dilakukan bersamaan dengan posyandu lansia tidak berjalan maksimal karena waktu yang terbatas, sedangkan untuk melakukan wawancara kepada satu responden memerlukan waktu yang cukup lama, sehingga hanya beberapa responden saja yang dapat diwawancarai dan mengharuskan peneliti untuk mendatangi responden di rumah masing-masing lebih banyak dari yang ditargetkan. Keadaan ini membuat penelitian semakin lama.
2. Peneliti hanya melakukan wawancara kepada responden (lansia) saja tanpa bertanya kepada anggota keluarga yang serumah dengan responden untuk mengkonfirmasi lagi jawaban dari responden.

3. Variabel perancu atau pengganggu yaitu ekonomi atau pendapatan dan pekerjaan responden tidak dikendalikan dalam penelitian ini, sehingga kemungkinan akan berpengaruh pada penilaian variabel lainnya.

PERPUSTAKAAN  
STIKES JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA