

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Mekanisme Koping

2.1.1. Pengertian Mekanisme Koping

Menurut kamus lengkap psikologi (J. P. Caplin. 2006) mekanisme koping atau *coping behaviour* (tingkah laku atau tindakan penanggulangan) adalah sembarang perbuatan dimana individu melakukan interaksi dengan lingkungan sekitarnya dengan tujuan menyelesaikan sesuatu (masalah atau tugas). Dalam buku Diagnosa Keperawatan Edisi 7 disebutkan bahwa koping individu adalah suatu keadaan dimana individu mempunyai pengalaman, atau mengalami keadaan yang beresiko tinggi, suatu kemampuan untuk mengatasi stresor internal maupun eksternal secara adekuat (Carpenito, 2007).

Koping merupakan perubahan progresif terhadap kemampuan kognitif dan perilaku untuk mengatur baik kebutuhan internal maupun eksternal untuk menghadapi atau menjawab permasalahan dari individu. Koping juga dapat diartikan sebagai hubungan antara sifat dari seseorang dan waktu untuk memproses masalah yang mereka dapatkan. (Winnie, 2012)

Menurut Birkeland & Natgiv koping dilihat dari dua sisi, yang pertama sebagai sifat atau karakteristik seseorang dan sebagai proses perubahan yang berhubungan dengan situasi saat ini. Koping merupakan suatu keadaan yang multi-dimensional tergantung situasi yang dihadapi, kemampuan beradaptasi dan sumber pendukung. Koping didefinisikan sebagai perubahan secara progresif pada kognitif dan perilaku yang berfungsi untuk mengontrol kebutuhan internal maupun eksternal (Winnie, 2012).



5

5



Rentang respon koping menurut Gail W. Stuart (2007) yaitu:



(gambar 2.1 Continuum of social responses)

1.1.2 Faktor Predisposisi

Merupakan semua kejadian, hal, atau peristiwa yang terjadi di sepanjang hidup manusia yang dapat meningkatkan resiko terjadinya gangguan jiwa pada manusia tersebut. Faktor predisposisi mencakup aspek biologi, psikologis, dan sosial budaya. Hal tersebut dapat dilihat sebagai kondisi atau faktor resiko yang berdampak pada jenis koping yang dapat digunakan untuk seseorang menanggapi stres.

Faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Faktor risiko ini antara lain faktor

biologi, psikologi dan sosio cultural (Stuart, 2007)

1.1.3 Faktor Presipitasi

Stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk koping. Tantangan, ancaman, atau tuntutan ini tergantung dari sifat, asal (*nature* dan *origin*), waktu (*timing*) serta jumlah stressor (*number*).

1.1.4 Penilaian Terhadap Stresor

Suatu evaluasi tentang makna stresor bagi kesejahteraan seseorang di mana stresor mempunyai arti, intensitas dan kepentingannya. Evaluasi ini terdiri atas penilaian kognitif, afektif, psikologi dan respon sosial.

1.1.5 Sumber Koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Sumber koping meliputi kemampuan ekonomi, kemampuan dan keahlian, teknik pertahanan, *social support* serta motivasi.

1.1.6 Macam Mekanisme Koping

a. Mekanisme koping adaptif

Adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan. Cara yang dilakukan untuk kategori mekanisme koping adaptif yaitu berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang, dan beraktivitas secara konstruktif.

1) *Solitude*

- a) Terpisah dari orang lain
- b) Tidak terganggu dengan lingkungan sekitar

2) *Autonomy*

- a) Mandiri
- b) *Conformity* (mampu menyesuaikan diri)
- c) Mampu mengatur diri sendiri
- d) Mampu membuat keputusan sendiri.

3) *Mutuality* (Kebersamaan)

- a) Hangat dan bersahabat
- b) Rasa percaya berhubungan dengan orang lain
- c) Memiliki perasaan empati
- d) *Affection* dan *intimacy*.

4) *Interdependence* (Saling ketergantungan)

- a) Mampu memutuskan kapan membutuhkan orang lain
- b) Sadar bahwa dirinya membutuhkan orang lain dan sebaliknya.

b. Mekanisme koping maladaptif

Adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecahkan pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Biasanya hal-hal yang lebih sering dilakukan adalah makan secara berlebihan, bekerja secara berlebihan dan menghindar.

1) *Manipulation*

- a) Orang lain diperlakukan seperti objek
- b) Hubungan terpusat pada masalah pengendalian
- c) Individu berorientasi pada diri sendiri atau pada tujuan, bukan berorientasi pada orang lain.

2) *Impulsivity*

- a) Tidak mampu merencanakan sesuatu
 - b) Tidak mampu belajar dari pengalaman
 - c) Penilaian yang buruk
 - d) Tidak dapat diandalkan
- 3) *Narcicism*
- a) Harga diri yang rapuh
 - b) Secara terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian
 - c) Sikap egosentris
 - d) Pencemburu
 - e) Marah jika orang lain tidak mendukung.

2.1.7. Faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Cara individu menangani situasi yang mengandung tekanan ditentukan oleh sumber daya individu yang meliputi kesehatan fisik/energi, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial dan dukungan sosial dan materi.

a. Kesehatan Fisik

Kesehatan merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengatasi stres individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar

b. Keyakinan atau pandangan positif

Keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (*eksternal locus of control*) yang mengerahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi coping tipe : *problem-solving focused*

coping

c. Keterampilan Memecahkan masalah

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.

d. Keterampilan social

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku di masyarakat.

e. Dukungan social

Dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya

f. Materi

Dukungan ini meliputi sumber daya berupa uang, barang barang atau layanan yang biasanya dapat dibeli

2.2. Lansia

2.2.1. Pengertian Lansia dan Penggolongannya

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Keliat, 1999). Sedangkan menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seorang

yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun.

Kelompok lanjut usia adalah kelompok penduduk yang berusia 60 tahun ke atas (Hardywinoto dan Setiabudhi, 2005). Lansia atau lanjut usia adalah periode penutup dalam rentang kehidupan seseorang, yaitu periode dimana seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan. Bila seseorang telah beranjak jauh dari periode hidupnya yang terdahulu, ia sering melihat masa lalunya, biasanya dengan penuh penyesalan, dan cenderung ingin hidup di masa sekarang, mengabaikan masa depan sedapat mungkin (Hurluck, 1996).

Penggolongan lansia menurut Depkes menjadi tiga kelompok yakni :

- a. Kelompok lansia dini (55 – 64 tahun), merupakan kelompok yang baru memasuki lansia.
- b. Kelompok lansia (65 tahun ke atas).
- c. Kelompok lansia resiko tinggi, yaitu lansia yang berusia lebih dari 70 tahun.

Menurut WHO lansia digolongkan menjadi :

- a. *Middle Age* (usia pertengahan) usia 45 – 59 tahun.
- b. *Elderly* (lanjut usia) usia 60 – 74 tahun.
- c. *Old* (lanjut usia pertengahan) usia 75 – 90 tahun.
- d. *Very Old* (usia sangat tua) usia > 90 tahun

Drs. H. Zainuddin Sri Kuntjoro, M.Psi. menyebutkan beberapa tipe kepribadian lansia sebagai berikut

- a. Tipe Kepribadian Konstruktif

Tipe ini tidak banyak mengalami gejolak, tenang dan mantap sampai sangat tua.

- b. Tipe Kepribadian Mandiri

Ada kecenderungan mengalami *post power syndrome*, apalagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya.

c. Tipe Kepribadian Tergantung

Sangat dipengaruhi kehidupan keluarga, apabila kehidupan keluarga selalu harmonis, maka pada masa lansia tidak akan bergejolak, tetapi jika pasangan hidup meninggal maka pasangan yang ditinggalkan akan menjadi merana, apalagi jika tidak segera bangkit dari kedukaannya.

d. Tipe Kepribadian Bermusuhan

Lansia selalu tidak puas akan kehidupannya, banyak keinginan yang tidak diperhitungkan dengan seksama sehingga keadaan perekonomiannya morat – marit.

e. Tipe Kepribadian Kritik Diri

Umumnya lansia terlihat sengsara, karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya.

2.2.2. Permasalahan Yang Terjadi Pada Lansia

Di dalam Setiabudi (2005) disebutkan berbagai permasalahan yang berkaitan dengan lansia antara lain:

a. Permasalahan umum

- 1) Makin besarnya jumlah lansia yang berada pada garis kemiskinan
- 2) Makin melemahnya nilai kekerabatan sehingga anggota keluarga yang berusia lanjut kurang diperhatikan.
- 3) Masih rendahnya kualitas dan kuantitas tenaga profesional pelayanan lansia

4) Belum membudayakan dan melembagakannya kegiatan pembinaan lansia.

b. Permasalahan khusus

- 1) Berlangsungnya proses menua yang berakibat timbulnya masalah baik fisik, mental, maupun sosial.
- 2) Berkurangnya integrasi sosial lanjut usia.
- 3) Rendahnya produktivitas kerja lansia
- 4) Banyaknya lansia yang miskin terlantar dan cacat.
- 5) Berubahnya nilai sosial masyarakat yang mengarah pada tatanan masyarakat individualistis.
- 6) Adanya dampak negatif dan proses pembangunan yang dapat mengganggu kesehatan fisik lansia.

2.2.3. Kemandirian Lansia

Kemandirian adalah suatu keadaan dimana seseorang yang memiliki hasrat bersaing untuk maju demi kebaikan dirinya, mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi, memiliki kepercayaan diri dalam mengerjakan tugas-tugasnya, dan mampu bertanggung jawab terhadap apa yang dilakukannya. Menurut Nurul Huda (2003) mandiri Aktifitas Dasar Sehari-hari (ADS) adalah kebebasan untuk bertindak, tidak bergantung kepada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur dirinya sendiri atau aktifitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai masalah kesehatan atau penyakit.

Lansia hidup sendiri adalah lansia yang memilih untuk mandiri di rumah dengan umur lebih dari 55 tahun dan tidak memerlukan dari orang lain untuk

memenuhi kebutuhan sehari-hari mereka seperti berpakaian, mengurus rumah, mencuci, mandi atau makan. Mereka tidak memiliki penyakit yang berat atau gangguan mobilisasi dan mampu berpindah atau berjalan tanpa menggunakan alat bantu seperti kursi roda ataupun tongkat. Hidup mandiri di rumah, biasa dikenal dengan *retirement communities* (kelompok pensiun) adalah untuk para lansia yang secara umum dalam keadaan sehat dan tidak membutuhkan bantuan dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) mereka. Tinggal di rumah sendiri dan bertanggung jawab terhadap kegiatan sehari-hari mereka sendiri, membuat lansia bebas untuk melakukan apa saja, memilih fasilitas yang mereka butuhkan, beraktifitas dan bersosialisasi dengan siapa saja.

Menurut tingkat kemandiriannya, para lansia dapat digolongkan dalam kelompok-kelompok sebagai berikut: usia lanjut mandiri sepenuhnya, usia lanjut mandiri dengan bantuan langsung keluarga, usia lanjut mandiri dengan bantuan tidak langsung, usia lanjut dengan bantuan badan sosial, usia lanjut di panti werda, usia lanjut yang dirawat di rumah sakit, usia lanjut dengan gangguan mental (Depkes RI, 2000).

Karakteristik ekonomi, demografi, dan kesehatan penduduk usia lanjut menunjukkan presentase yang tinggi pada dasar ADL yang baik. Semakin tua kelompok umur penduduk usia lanjut, semakin tinggi presentase untuk mendapat ADL yang buruk. Sebaliknya, semakin muda muda kelompok umur semakin tinggi presentase mendapatkan ADL yang baik. Perlu adanya peningkatan program untuk para usia lanjut mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative dengan memberikan penyuluhan dan pelayanan kesehatan usia lanjut, membiasakan olahraga sesuai dengan kemampuan, menjaga keseimbangan gizi

dengan diet yang tepat, menurunkan kondisi kegemukan, menghilangkan kebiasaan merokok, menghindari cara hidup yang tidak teratur dan kurang sehat serta kebiasaan hidup lainnya yang kurang baik bagi kesehatan di masa lanjut usia (Rustika, 1997).

2.2.4. Perawatan Lansia di Rumah

Perawatan di rumah untuk usia lanjut adalah suatu upaya pelayanan kesehatan secara menyeluruh (baik segi promosi, prevensi, kurasi, dan rehabilitasi) untuk pasien usia lanjut yang dilakukan oleh tenaga medik/paramedik di rumah pasien, dengan keterlibatan anggota keluarga lain yang tinggal di rumah. Perawatan di rumah secara prinsip dapat dilakukan oleh siapa saja, mulai dari tenaga kesehatan profesional (dokter, perawat, fisioterapis), ahli gizi, *care-giver*, hingga pekerja sosial dan keluarga. Yang penting adalah bahwa untuk melakukan perawatan usia lanjut di rumah siapapun harus dibekali prinsip-prinsip pelayanan kesehatan bagi usia lanjut yang bersifat paripurna dan interdisiplin (Kuntjoro, 2010).

Home care bagi lansia merupakan salah satu unsur pelayanan kesehatan secara luas yang ditujukan untuk kesehatan perorangan atau kesehatan keluarga di tempat tinggal mereka untuk tujuan promotif, rehabilitatif, kuratif, *assessment* dan mempertahankan kemampuan individu untuk mandiri secara optimal selama mungkin. Sedikitnya terdapat empat kelompok penderita yang dapat secara efektif dan efisien dilakukannya *home care* yaitu penyakit kronik multisistem, kondisi terminal pada keganasan, kondisi kronik pada lansia dan demensia. Tentunya potensi-potensi setempat perlu dilibatkan seperti pihak keluarga, masyarakat, dokter keluarga, perawat keluarga, asuransi kesehatan, dan yayasan atau lembaga swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan untuk diajak menjalin

kerjasama dalam berbagai beban seefektif mungkin (Walsh & Wieck, 1987).

Pendirian *home care* secara umum bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup usia lanjut, sedang rehabilitatif yaitu pencegahan *sekunder* dan *tertier* yaitu pengobatan kronik penderita keganasan/penyakit lainnya serta menghambat laju penyakit dan menghambat timbulnya keterbatasan-keterbatasan (*disability*) sehingga penderita dapat mempertahankan otonominya selama mungkin. Secara khusus, tujuan yang diharapkan dari Pendampingan dan Perawatan lanjut usia di rumah (Stanhope & Lancaster, 1996) adalah:

- a. Meningkatnya kemampuan lanjut usia untuk menyesuaikan diri terhadap proses perubahan dirinya secara fisik, mental dan sosial.
- b. Terpenuhinya kebutuhan dan hak lanjut usia agar mampu berperan dan berfungsi di masyarakat secara wajar.
- c. Meningkatnya kemampuan keluarga dan masyarakat dalam pendampingan dan perawatan lanjut usia di rumah.
- d. Terciptanya rasa aman, nyaman dan tentram bagi lanjut usia baik di rumah maupun di lingkungan sekitarnya.

Adapun sasaran dari *home care* bagi lansia ini (Nugroho, 2008), antara lain

- a. Lanjut usia 60 tahun ke atas
- b. Lanjut usia yang tinggal sendiri dan lanjut usia yang tinggal bersama keluarga baik keluarganya sendiri maupun keluarga pengganti.
- c. Lanjut usia yang mengalami hambatan, seperti lanjut usia yang sakit, lanjut usia penyandang cacat, lanjut usia uzur dan lain-lain.
- d. Lanjut usia yang terlantar atau miskin.

Mempertimbangkan karakteristik pasien usia lanjut yang berbeda dengan usia

muda, terlebih lagi mereka yang pasca perawatan di rumah sakit masih membutuhkan bantuan untuk pemulihannya, melakukan pengkajian dan memberikan perawatan bagi usia lanjut di rumah ada hal-hal khusus yang harus diperhatikan. (Kuntjoro, 2010).

Komponen-komponen yang harus dikaji pada saat melakukan perawatan usia lanjut di rumah adalah:

- a. Kondisi fisik-medik
- b. Status mental dan kognitif
- c. Status fungsional
- d. Status nutrisi
- e. Penggunaan obat-obatan
- f. Dukungan sosial (*social support*)
- g. Pengkajian keselamatan dan keamanan rumah/lingkungan

Seperti sudah disebutkan di atas, pelayanan kesehatan usia lanjut di rumah harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang sudah dibekali prinsip-prinsip pelayanan yang komprehensif dan interdisiplin. Seorang dokter atau perawat yang melakukan perawatan usia lanjut di rumah, yang karena keterbatasan seringkali datang seorang diri, harus menempatkan dirinya sebagai anggota dan berlaku sebagai wakil dari suatu tim interdisiplin (Kuntjoro, 2010).

Komponen perawatan kesehatan lansia di rumah (Zang & Bailey, 2004) antara lain :

- a. Komponen pokok
 - 1) Klien

Klien adalah usila yang akan menerima perawatan di rumah dan

salah satu anggota keluarga bertindak sebagai penanggung jawab yang mewakili klien. Apabila diperlukan dapat menunjuk seorang sebagai pengasuh (*caregiver*) yang akan melayani kebutuhan sehari-hari klien.

2) Pengasuh

Pengasuh adalah sanak famili, relawan, tetangga atau kerabat anggota keluarga yang bertugas menjaga dan merawat klien sehari-hari di rumah. Umumnya mereka adalah yang dapat mendukung dan membantu klien, sehingga mereka dapat diberdayakan sesuai kemampuan dan kondisinya.

3) Pengelola di rumah

Pengelola perawatan di rumah adalah institusi/yayasan yang bertanggung jawab terhadap seluruh pengelolaan perawatan kesehatan di rumah, baik penyediaan tenaga kesehatan, fasilitas yang dibutuhkan, sarana dan prasarana, mekanisme pelaksanaan kegiatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Pengelola dapat sebagai bagian dari rumah sakit, puskesmas, klinik, ataupun secara mandiri.

4) Koordinator kasus

Koordinator kasus adalah tenaga kesehatan profesional yang di bantu oleh tenaga kesehatan lain terkait dengan fungsinya sebagai pengelola pelayanan kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan.

5) Pramusila

Pramusila merupakan tenaga sukarela ataupun yang diberi imbalan untuk melaksanakan kegiatan dan tugas-tugas perawatan kesehatan di rumah. Pramusila adalah salah satu komponen penting bagi pencapaian

keberhasilan perawatan kesehatan di rumah.

b. Komponen penunjang

Komponen penunjang terdiri dari tim perawatan kesehatan masyarakat yang berada di puskesmas, dokter keluarga yang berada di masyarakat, dan tim kesehatan dari rawat rumah yang berada di rumah sakit, terutama yang memiliki klinik geriatrik.

1) Tim perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas)

Tim perawatan kesehatan masyarakat adalah tim dari unit pelayanan keperawatan kesehatan rumah yang berada di puskesmas yang terdiri dari berbagai tim/tenaga kesehatan yang berada di puskesmas.

2) Dokter keluarga

Dokter keluarga merupakan dokter yang melaksanakan praktek kedokteran keluarga secara mandiri ataupun berkelompok.

3) Tim rawat rumah (RR)

Tim ini adalah tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat, bidan, ahli gizi, terapis, dll yang bertugas untuk melaksanakan tindak lanjut pelayanan kepada klien di rumah setelah dinyatakan dapat menjalani proses rawat jalan oleh dokter yang merawat. Pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat holistic dengan memperhatikan aspek psikososial, ekonomi dan budaya yang penyelenggaraannya bekerja sama dengan puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan tingkat dasar yang dekat dengan masyarakat.

2.3. Activity Daily Living

Activity Daily Living (ADL) atau biasa disebut dengan Aktifitas Dasar Sehari-hari (ADS) merupakan sebuah aktifitas rutin yang dilakukan oleh seseorang secara mandiri. Secara umum ADL dibagi menjadi 6 kegiatan dasar yaitu: makan, mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah dan kontinensi. Kemampuan seseorang melakukan ADL sangat penting untuk menentukan jenis perawatan jangka panjang (*long-term care*) seperti *nursing-home care* atau *home care* serta mencakup kebutuhan seseorang seperti *medicare*, *Medicaid* atau *long-term care insurance*. ADL adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari. ADL merupakan aktivitas pokok pokok bagi perawatan diri. ADL meliputi antara lain : ke *toilet*, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat . (Hardywinito & Setiabudi, 2005).

Sugiarto (2005) dalam penelitiannya membagi ADL dalam beberapa kelompok, antara lain:

- a. *ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, *toileting*, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto,2005).
- b. *ADL instrumental*, yaitu *ADL* yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas (Sugiarto,2005)
- c. *ADL vokasional*, yaitu *ADL* yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.

- d. ADL *non vokasional*, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang.

d.e)1. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemenuhan ADL

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk memenuhi ADL lansia antara lain faktor internal dan faktor eksternal.

a. Faktor internal

Semakin tua umur seseorang maka semakin besar pula tingkat ketergantungannya terhadap kemampuan melakukan aktifitas dasar sehari-hari. Umur seseorang menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana seseorang bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan aktifitas sehari-harinya (Potter, 2005).

Kesehatan fisiologis adalah dampak kesehatan dari anatomi dan fisiologi secara keseluruhan, penyakit kronis, dan cedera sebagai penyebab penghambatan dan penurunan fungsi terhadap kemampuan pemenuhan kebutuhan aktifitas dasar sehari-hari.

Fungsi kognitif adalah kemampuan berfikir dan member rasional termasuk proses mengingat, menilai, orientasi, persepsi, dan memperhatikan (Keliat 1995). Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berfikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif yang meliputi perhatian, memori, dan kecerdasan.

Fungsi psikologis berhubungan dengan kehidupan emosi seseorang,

meskipun orang tersebut sudah terpenuhi kebutuhan materialnya. Tetapi bila kebutuhan psikologisnya tidak terpenuhi, maka dapat mengakibatkan dirinya merasa tidak senang dengan kehidupannya, sehingga kebutuhan psikologis harus terpenuhi agar kehidupan emosionalnya menjadi stabil (Tamber, 2009).

Kondisi stress merupakan respon non-spesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang menyebabkan stress disebut dengan stressor, dapat timbul dari dalam diri maupun lingkungan dan dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stress dibutuhkan dalam pertumbuhan dan perkembangan. Stress dapat mempunyai efek negatif atau positif pada kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya (Miller, 2004).

Perilaku yang mempengaruhi kesehatan seperti aktifitas fisik yang rendah, merokok, konsumsi alcohol dan gaya hidup tidak sehat yang lain dapat mengakibatkan timbulnya bermacam-macam penyakit khusus yang berdampak negatif pada tubuh. Dampak dari gaya hidup yang tidak sehat tersebut dibarengi dengan adanya faktor-faktor penuaan akan meningkatkan resiko para lansia untuk terserang penyakit kronis yang dapat mempengaruhi aktifitasnya.

b. Faktor eksternal

Lingkungan fisik sangat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Lingkungan fisik yang tidak nyaman seperti kebisingan, kejahatan, penerangan yang kurang, fasilitas-fasilitas umum yang tidak memadai ternyata membuat lansia merasa terasing

dan mengalami gangguan fungsional yang lebih besar dari pada lansia yang hidup dalam lingkungan fisik yang nyaman (Balfour, 2002).

Lingkungan sosial seperti dukungan sosial, kesempatan mendapatkan pendidikan dan pembelajaran seumur hidup, damai dan perlindungan dari kekerasan dan pelecehan adalah faktor utama pada lingkungan yang mempengaruhi kesehatan. Keluarga merupakan tempat paling nyaman bagi para lansia. Dukungan dari keluarga merupakan faktor penting untuk membantu lansia yang rentan dengan masalah, baik ekonomi, sosial, budaya, fisiologis maupun psikologis agar lansia tetap sehat, sejahtera dan bermanfaat. Lansia yang kehilangan anggota keluarga dan teman-teman lebih rentan menjadi kesepian dan berhubungan pada kesejahteraan baik fisik maupun mental (Miller, 2004).

b.e)2. Komponen Aktifitas Dasar Sehari-hari (ADL)

Bedasarkan penelitian Boedhi – Darmojo dan Martono (2004), terdapat 6 kategori penilaian, yaitu:

a. Bathing

Mandiri: dapat melakukan sendiri atau memerlukan bantuan hanya pada satu bagian tubuh.

Tergantung: memerlukan bantuan lebih dari satu anggota badan atau tidak dapat mandi sendiri.

b. Dressing

Mandiri: menaruh, mengambil, memakai dan melepaskan pakaian sendiri serta menalikan sepatu sendiri.

Tergantung: tidak dapat mengenakan pakaian sendiri.

c. *Toileting*

Mandiri: pergi ke toilet, duduk sendiri di kloset dan mampu membersihkan kotoran.

Tergantung: memerlukan bantuan lebih dari satu kegiatan atau lebih.

d. *Transferring*

Mandiri: berpindah dari posisi tidur ke duduk, duduk ke berdiri, dari tempat tidur ke tempat duduk baik memakai alat bantu maupun tidak.

Tergantung: berpindah dengan bantuan.

e. *Continence*

Mandiri: mampu mengontrol BAB dan BAK

Tergantung: tidak dapat mengontrol sebagian atau seluruhnya dengan bantuan manual atau menggunakan kateter.

f. *Feeding*

Mandiri: mengambil makanan, piring dan yang lainnya serta memasukkan ke dalam mulut (tidak termasuk kemampuan memotong daging dan menyiapkan makanan seperti mengoleskan mentega pada roti).

Tergantung: memerlukan bantuan untuk makan seperti disuapi atau tidak dapat makan sendiri secara parenteral.