

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS
HIDUP PADA LANSIA DI KELURAHAN PENANGGUNGAN MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



Oleh:
Nasywa Florean Dzakiyyah
NIM 165070107111013

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**MALANG
2019**

DAFTAR ISI

Judul.....	i
Daftar Isi.....	ii
Halaman Pengesahan.....	vi
Abstrak.....	vii
Abstract.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Akademis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Lansia.....	6
2.1.1 Definisi Lansia.....	6
2.1.2 Proses Penuaan.....	6
2.2 Konsep Kualitas Hidup.....	13
2.2.1 Definisi Kualitas Hidup.....	13
2.2.2 Kualitas Hidup Lansia.....	13



2.2.3 Pengukuran Kualitas Hidup	14
2.3 Konsep Kecemasan.....	14
2.3.1 Definisi Kecemasan.....	14
2.3.2 Etiologi Kecemasan.....	15
2.3.3 Jenis-Jenis Kecemasan.....	17
2.3.4 Rentang Respon Kecemasan.....	19
2.3.5 Kecemasan pada Lansia	20
2.3.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kecemasan	21
2.3.7 Pengukuran Kecemasan.....	26
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konsep	27
3.2 Hipotesis Penelitian	28
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian.....	29
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	29
4.2.1 Populasi Penelitian.....	29
4.2.2 Sampel Penelitian	29
4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian.....	30
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	30
4.4 Variabel Penelitian.....	31
4.5 Definisi Operasional.....	31
4.6 Bahan dan Alat / Instrumen Penelitian	32
4.6.1 Uji Validitas dan Realibilitas	33
4.7 Alur Penelitian	34
4.8 Prosedur Pengambilan Data.....	34

4.9 Pengolahan Data.....	37
4.9.1 <i>Editing</i>	37
4.9.2 <i>Coding</i>	37
4.9.3 <i>Entry</i>	37
4.9.4 <i>Cleaning</i>	38
4.9.5 Analisis Data.....	38

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Data Hasil Penelitian	40
5.1.1 Karakteristik Responden	40
5.1.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan	42
5.1.3 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup.....	43
5.2 Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup	46

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Tingkat Kecemasan pada Lansia di Kelurahan Penanggungan	47
6.2 Kualitas Hidup pada Lansia di Kelurahan Penanggungan.....	49
6.3 Hubungan antara Tingkat Kecemasan pada Kualitas Hidup di Kelurahan Penanggungan	52
6.4 Implikasi Kedokteran	58
6.5 Keterbatasan Penelitian.....	58

BAB 7 PENUTUP

7.1 Kesimpulan.....	60
7.2 Saran.....	60

DAFTAR PUSTAKA.....	62
----------------------------	-----------





HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS HIDUP
PADA LANSIA DI KELURAHAN PENANGGUNGAN MALANG**

Oleh:

Nasywa Florean Dzakiyah

NIM : 165070107111013

Telah diuji pada

Hari : Kamis, 28 November 2019

Dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

dr. Dessika Rahmawati, Sp.S (K), M.Biomed

NIP. 2016098212112001

Pembimbing-I

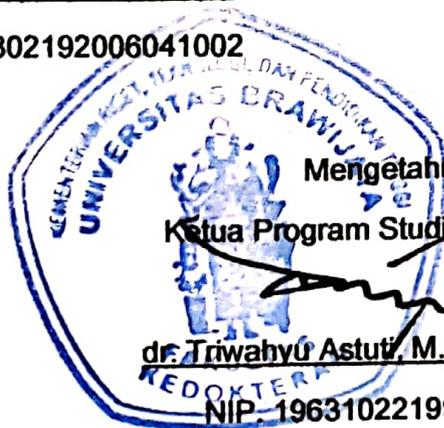
dr. Arief Alamsyah, MARS

NIP. 197802192006041002

Pembimbing-II

dr. Laksmi Sasirini, Sp.PD, KEMD

NIP.197505082009122002



Mengetahui,

Ketua Program Studi Kedokteran

dr. Triwahyu Astuti, M.Kes., Sp. P(K)

NIP. 196310221996012001

ABSTRAK

Dzakiyyah, Nasywa Floean. 2019. **Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup pada Lansia di Kelurahan Penanggungan Malang.** Tugas Akhir, Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Arief Alamsyah, MARS, (2) dr. Laksmi Sasiarini, Sp.PD, KEMD

Di seluruh dunia kelompok penduduk lanjut usia mengalami pertumbuhan yang lebih pesat dibandingkan dengan kelompok usia lebih muda. Oleh karena itu, perubahan demografi yang terjadi menciptakan tantangan baru bagi pemerintah dan tenaga kesehatan untuk dapat mempertahankan kondisi kesehatan serta meningkatkan kualitas hidup lansia. Kualitas hidup yang optimal pada lansia digambarkan dengan kondisi fungsional yang maksimum atau optimal pada lansia, sehingga masa tua dapat dinikmati dengan penuh makna, berguna, dan berkualitas. Salah satu hal yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia adalah kecemasan yang disebabkan oleh perubahan-perubahan yang terjadi seiring dengan bertambahnya usia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Penanggungan Malang. Sebanyak 92 responden lansia yang mengisi kuesioner *Taylor Manifest Anxiety Scale* dan *EuroQol-5 Dimension* dengan didampingi peneliti ditetapkan sebagai subjek penelitian. Dilakukan analisis univariat pada karakteristik demografi lansia dan analisis bivariat menggunakan teknik *Spearman rank*. Mayoritas responden berkelamin perempuan (60.9%), berada pada rentang usia 60 – 74 tahun (81.5%), dan berstatus menikah (62.0%). Ditemukan bahwa sebagian besar responden lansia di Kelurahan Penanggungan Malang sebanyak 64 orang (69.6%) memiliki tingkat kecemasan yang ringan dan persebaran yang hampir sama rata antara lansia berkualitas hidup baik dan buruk (51.1% dan 48.9%). Tidak terdapat hubungan yang bermakna ($p > 0.05$) atau korelasi signifikan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Penanggungan Malang. Penelitian selanjutnya diharapkan menggunakan sampel yang lebih besar dan bervariasi agar hasil yang dari penelitian dapat merepresentasikan populasi dengan akurat dan mencegah terjadinya bias.

Kata Kunci: kecemasan, kualitas hidup, lansia

ABSTRACT

Dzakiyyah, Nasywa Florean. 2019. **Relationship between Levels of Anxiety and Quality of Life in Elderly Living in Kelurahan Penanggungan Malang**. Final Assignment, Medical Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) dr. Arief Alamsyah, MARS, (2) dr. Laksmi Sasiarini, Sp. PD, KEMD

All over the world, the number of elderly populations is growing faster than the younger age group. Therefore, the demographic change that occur presents new challenges for the government and healthcare professionals to improve health and quality of life of the elderly. Optimal quality of life in the elderly is often described as a maximum or optimal functional capacity in the elderly, so that old age can be experienced with meaning, usefulness, and quality. One of the things that can affect quality of life in elderly is the manifestation of anxiety symptoms because of changes caused by increasing age. This study aims to determine the relationship between anxiety levels with quality of life in the elderly in Kelurahan Penanggungan Malang. A total of 92 elderly respondents that completely filled in the Taylor Manifest Anxiety Scale and EuroQol-5 Dimension questionnaires accompanied by researchers were selected as study participants. Univariate analysis was performed on the demographic characteristics of the elderly along with bivariate analysis between anxiety and quality of life using the Spearman rank technique. The majority of respondents are female (60.9%), aged between 60 – 74 years old (81.5%), and married (62.0%). Most elderly respondents in Kelurahan Penanggungan Malang as much as 64 people (69.6%) have a low level of anxiety and an almost equal distribution between those with bad and good quality of life (51.1% and 48.9%). There was no significant relationship ($p > 0.05$) found between anxiety level and quality of life in the elderly in Kelurahan Penanggungan Malang. Next research about the same topics should use more varied and bigger sample size to accurately represents the population and preventing bias.

Keywords: anxiety, quality of life, elderly

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lansia atau lanjut usia didefinisikan sebagai seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun (Kemenkes RI, 2017). Di seluruh dunia kelompok penduduk lanjut usia ini mengalami pertumbuhan yang lebih pesat dibandingkan dengan kelompok usia lebih muda. Dengan menurunnya tingkat kesuburan dan meningkatnya angka harapan hidup, diperkirakan bahwa populasi lansia akan terus meningkat cepat.

Jumlah lansia diperkirakan akan berkembang dari 524 juta pada tahun 2010 hingga mencapai 1,5 miliar pada tahun 2050 dengan peningkatan terbanyak terjadi di negara-negara berkembang (World Health Organization, 2011).

Indonesia sendiri adalah salah satu negara yang telah memasuki era penduduk berstruktur lansia (*aging structured population*) karena jumlah penduduk yang berusia 60 tahun ke atas berjumlah lebih dari 7 persen. Data proyeksi penduduk tahun 2017 menunjukkan bahwa jumlah penduduk lansia di Indonesia mencapai angka 23,66 juta jiwa (9,03%). Diprediksi jumlah ini akan terus meningkat hingga 48,19 jiwa pada tahun 2035 (Kemenkes RI, 2017).

Sejak awal, berbagai penelitian mengenai penuaan tidak hanya bertujuan untuk dapat mendeskripsikan proses dan mekanisme penuaan tetapi juga mencari tahu pengetahuan yang ada untuk dapat mengubah kondisi kehidupan lansia menjadi lebih baik (Tesch-Roemer, 2012). Oleh karena itu, perubahan demografi yang terjadi menciptakan tantangan baru bagi pemerintah dan tenaga kesehatan untuk dapat mempertahankan kondisi kesehatan serta meningkatkan kualitas hidup lansia.

World Health Organization (2012) mendeskripsikan kualitas hidup sebagai persepsi individual akan situasi hidupnya yang dipahami dalam konteks sosial, makna, serta hubungannya dengan ekspektasi dan standar yang diberikan oleh masyarakat. Pada lansia, kualitas hidup dikaitkan dengan kemampuan untuk menjadi independen dalam kegiatan sehari-hari (Garcia and Navarro, 2018).

Konsep menua sehat pada hakikatnya sesuai dengan slogan Tahun Usia Lanjut dari WHO yang menyatakan bahwa usia panjang tidaklah berarti bila tidak disertai dengan kebergunaan, produktivitas, serta kualitas hidup yang baik (Pranarka, 2006). Segala potensi yang dimiliki lansia dapat dijaga, dipelihara, dan dipertahankan untuk mencapai kualitas hidup yang optimal (*Optimum Aging*). Kualitas hidup yang optimal pada lansia digambarkan dengan kondisi fungsional yang maksimum atau optimal pada lansia, sehingga masa tua dapat dinikmati dengan penuh makna, berguna, dan berkualitas (Sutikno, 2011).

Salah satu hal yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia adalah kecemasan. Ini sejalan dengan definisi WHO yang menetapkan kesehatan sebagai kesejahteraan mental, fisik dan sosial, bukan hanya dari keabsenan suatu penyakit. Kecemasan pada lansia disebabkan oleh proses penuaan yang terjadi seiring dengan bertambahnya usia. Proses penuaan dideskripsikan sebagai proses yang secara progresif mengubah individu yang sehat secara fisiologis dan kognitif menjadi lebih rentan terhadap cedera, penyakit, dan kematian. Dengan demikian, penurunan fungsi fisik dan kognitif serta peningkatan kerentanan terhadap berbagai kondisi morbid menjadi dua masalah utama yang penting untuk diatasi selama masa penuaan (Fillit *et al.*, 2010).

Proses penuaan memaksa individu untuk dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi di hidupnya sehingga menimbulkan respon emosional yang berupa kecemasan (Darmojo, 2010).

Kecemasan adalah kondisi emosional berupa kekhawatiran dan perasaan tidak nyaman yang berasal dari antisipasi terhadap bahaya yang tidak jelas dan tidak spesifik. Hal inilah yang membedakan kecemasan dengan perasaan takut yang muncul sebagai respon tubuh terhadap ancaman langsung (Schwartz, 2000). Gejala-gejala seperti produksi keringat berlebihan, peningkatan detak jantung, tangan dan kaki terasa dingin, gangguan pencernaan, mulut dan tenggorokan kering, serta peningkatan frekuensi buang air kecil sering terjadi ketika seseorang berada dalam keadaan cemas (Maramis, 2016). Perasaan cemas merupakan hal wajar yang dialami oleh setiap orang dan menurut Freud (dalam Andri, 2007) merupakan mekanisme yang berfungsi untuk memperingatkan individu mengenai kemungkinan datangnya suatu bahaya sehingga dapat dipersiapkan mekanisme pertahanan yang sesuai. Namun, kecemasan yang berlebihan dan tidak terkontrol dapat menjadi sebuah gangguan yang menghambat kemampuan fungsional seseorang (Maina *et al*, 2016).

Gangguan kecemasan umum terjadi pada lansia dan bersama dengan depresi, menjadi masalah serius yang perlu ditangani (Chapman, 2008). Data dari *World Health Organization* menunjukkan lebih dari 20% orang dewasa yang berusia 60 tahun ke atas menderita gangguan mental. Dari keseluruhan populasi lansia dunia, 7% menderita depresi dan 3,8% mengalami gangguan kecemasan.

Gejala kecemasan secara signifikan mempengaruhi fungsi kerja, fungsi sosial, dan kesehatan. Kecemasan telah diasosiasikan dengan berbagai pengaruh negatif yang dapat memperburuk kualitas hidup individu (Brenes, 2007).

Meskipun telah banyak studi yang meneliti pengaruh gejala kecemasan dan depresi pada kualitas hidup, hanya sedikit yang mengungkap topik mengenai pengaruh independen gejala kecemasan terhadap kemampuan fungsional individu. Di Indonesia sendiri, Suryani (2016) pernah melakukan penelitian yang

bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas lansia yang tinggal di Panti Wredha Dharma Bhakti Pajang Surakarta.

Penelitiannya menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas lansia yang hidup di Panti Wredha Dharma Bhakti Pajang Surakarta. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut

hubungan antara tingkat kecemasan terhadap kualitas hidup lansia, khususnya yang tinggal di komunitas. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota

Malang menunjukkan bahwa dari keseluruhan jumlah penduduk usia lanjut (>60 tahun), sebesar 11% prevalensi usia lanjut dengan penyakit degeneratif yang tinggi >40% bertempat tinggal di Kelurahan Penanggungan Kec. Sukun Kota

Malang sehingga Kelurahan Penanggungan menjadi pilihan lokasi penelitian.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan dasar untuk sasaran promosi kesehatan tentang kualitas hidup lansia.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang dipaparkan di atas, permasalahan penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut: “Adakah Hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan terhadap kualitas hidup lansia.

1.3.2 Tujuan Khusus

a) Mengetahui tingkat kecemasan pada lansia yang tinggal di Kelurahan Penanggungan Malang.

b) Mengetahui kualitas hidup pada lansia yang tinggal di Kelurahan Penanggungan Malang.

c) Menganalisis hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup yang tinggal di Kelurahan Penanggungan Malang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi tambahan di bidang keilmuan, studi literatur, data dan referensi kepustakaan sebagai dasar pengembangan penelitian selanjutnya untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan terhadap kualitas hidup pada lansia.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sumber informasi dan rujukan untuk memberikan pengetahuan tentang hubungan tingkat kecemasan terhadap kualitas hidup lansia.

1.4.2.2 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang bermanfaat terutama bagi masyarakat usia lanjut agar dapat menjaga serta meningkatkan kualitas hidupnya.

1.4.2.3 Bagi Pemerintah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebuah landasan atau dasar bagi pemerintah untuk menjadi sasaran promosi kesehatan tentang kualitas hidup lansia

BAB 2**TINJAUAN PUSTAKA****2.1 Konsep Lansia****2.1.1 Definisi Lansia**

Usia lanjut merupakan tahap akhir perkembangan dalam kehidupan manusia. Seseorang yang mencapai tahapan usia lanjut mengalami fenomena alamiah yang diakibatkan oleh proses penuaan. Proses penuaan bukanlah suatu penyakit, melainkan suatu keadaan wajar yang dialami oleh setiap individu. Di Indonesia, seseorang yang berusia di atas 60 tahun dikategorikan sebagai lansia. Besarnya jumlah penduduk lansia yang terus meningkat dapat memberikan dampak positif dan negatif pada negara. Jika lansia mengalami penurunan kesehatan, lansia dapat menjadi beban karena mengakibatkan peningkatan biaya pelayanan kesehatan, penurunan pendapatan, serta peningkatan disabilitas. (Kemenkes RI, 2017)

2.1.2 Proses Penuaan

Proses penuaan merupakan suatu proses yang berjalan sepanjang hidup dan dimulai sejak awal kehidupan. Penuaan didefinisikan sebagai penurunan fungsi tubuh yang bertahap secara progresif dan *irreversible* serta terus meningkat seiring dengan penambahan umur sehingga lansia menjadi rentan terhadap penyakit dan kematian. Proses penuaan akan menyebabkan hilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan struktur serta fungsi yang normal sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas dan tidak dapat memperbaiki kerusakan yang diderita (Darmojo, 2010).

Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) perubahan yang terjadi pada individu lansia yang terdiri dari perubahan fisiologis, psikososial, psikologis, dan spiritual.

1. Perubahan Fisiologis

a. Sistem Kardiovaskular

Seiring bertambahnya umur terjadi penurunan jumlah miosit dan penegangan pembuluh darah besar serta miokardium.

Akibatnya, volume afterload meningkat dan pengisian diastolik awal terganggu. Daya tanggap β -adrenergik jantung dan jumlah sel pacemaker menurun sehingga denyut jantung maksimum yang bisa dicapai menjadi terbatas. Terjadi juga kekakuan dan penurunan elastisitas dari pembuluh darah. Secara keseluruhan, efek dari penuaan terhadap sistem kardiovaskular adalah peningkatan tekanan sistolik dan tekanan diastolik yang bermanifestasi sebagai tingginya denyut nadi

b. Sistem Respirasi

Penuaan menyebabkan perubahan pada mekanik paru, kekuatan otot pernapasan, pertukaran gas, dan kontrol ventilasi.

Tekanan parsial oksigen arteri menurun serta respon ventilasi terhadap hipoksia dan hiperkapnia berkurang. Di sisi lain, saluran

pernapasan bronkial dan saluran alveolar menunjukkan peningkatan ukuran secara signifikan dari waktu ke waktu,

terutama setelah usia 60 tahun. Seiring pertumbuhan alveolus, luas permukaan kumulatif yang tersedia untuk pertukaran gas

menurun hingga 15% pada usia 70 tahun. Atrofi bertahap dan melemahnya otot interkostal selama proses penuaan juga

menuntut kontribusi yang lebih besar dari diafragma dan otot perut

untuk bernapas. Secara kolektif, proses penuaan normal mengubah struktur anatomi dan sifat jaringan yang mempengaruhi fitur fisiologis pernafasan dalam beberapa aspek. Laju aliran ekspirasi dan tekanan parsial oksigen arteri yang menurun seiring bertambahnya usia merupakan faktor risiko yang dapat menyebabkan komplikasi pulmoner pada lansia.

c. Sistem Urinaria

Berat ginjal akan menurun setelah usia 50 tahun. Penurunan volume ini disebabkan karena hilangnya jaringan kortikal ginjal akibat glomerulosklerosis yang menghambat aliran darah korteks namun tetap mempertahankan aliran ke medulla dan parenkim sistem pengumpul. Glomerulosklerosis secara langsung mempengaruhi glomerular filtration rate (GFR) sehingga terjadi penurunan GFR 1mL/menit per tahun. Kemampuan tubulus untuk mereabsorpsi dan mensekresi juga menurun, diiringi dengan melemahnya respon hormon anti diuretik sehingga lansia menjadi lebih rentan terhadap gangguan cairan, elektrolit, dan asam-basa.

d. Sistem Gastrointestinal

Perubahan dalam fitur fisiologis gastrointestinal normal dapat secara umum dipecah menjadi 3 area: perubahan fungsi neuromuskular, perubahan struktur saluran pencernaan itu sendiri, dan perubahan fungsi absorpsi dan sekretorik usus. Perubahan neuromuskular mempengaruhi saluran pencernaan bagian atas, terutama esofagus, dan dapat menyebabkan gejala yang konsisten dengan berbagai proses penyakit, seperti refluks dan achalasia. Perubahan struktur dinding usus yang paling

menonjol terjadi di bagian distal usus besar, dan bertanggung jawab untuk diverticula, gangguan kolon terkait usia yang paling umum terjadi. Perubahan fungsional dalam sekresi dan absorpsi terutama ditemukan di lambung dan usus halus.

e. Sistem Hepatobilier

Beberapa perubahan fitur fisiologis hati terjadi sering dengan berjalannya proses penuaan. Ukuran hati menurun setelah usia 50 tahun, menurun dari sekitar 2,5% dari total massa tubuh menjadi hanya 1,5%. Meskipun jumlah total hepatosit pada lansia mengalami penurunan, ada peningkatan volume sel rata-rata, yang ditafsirkan sebagai respon seluler terhadap peningkatan permintaan biologis pada sel-sel yang tersisa. Sebagian besar hasil tes fungsi hati tetap normal pada orang tua, seperti halnya hasil tes fungsi standar, seperti untuk filtrasi, detoksifikasi, eliminasi etanol, dan konjugasi. Sintesis beberapa protein, termasuk faktor pembekuan, dapat berkurang meskipun fungsi dasar tidak ikut terganggu. Belum ditemukan adanya hubungan langsung antara penuaan dan fungsi kandung empedu; termasuk absorpsi, fitur fisiologis mukosa, dan sifat kontraktile. Meskipun terjadi peningkatan kejadian cholelithiasis pada orang tua (yang secara teoritis dikaitkan dengan peningkatan rasio lipid-kolesterol dalam empedu), proses yang mendasari ini belum dapat dijelaskan.

f. Sistem Endokrin

Perubahan terkait usia yang terjadi pada berbagai fungsi endokrin telah didokumentasikan dengan baik dalam literatur. Salah satunya adalah perubahan pascamenopause yang

menghasilkan keadaan defisiensi estrogen. Menopause ditandai dengan berhentinya menstruasi dan penurunan kadar estrogen seiring dengan peningkatan luteinizing hormone dan kadar hormon perangsang folikel. Penurunan massa skeletal yang terkait dengan menopause juga terjadi sehingga semakin memperumit masalah osteoporosis dan fraktur pada lansia. Efek lebih lanjut dari kadar estrogen rendah yang dialami dalam menopause termasuk perubahan dalam gejala vasomotor, urogenital, atrofi, peningkatan perubahan suasana hati, dan hilangnya libido.

Pada pria, tingkat testosteron, estradiol, dehydroepiandrosterone, dan sulfat dehydroepiandrosterone perlahan menurun dengan bertambahnya usia, sementara globulin pengikat hormon seks, luteinizing hormone, dan kadar hormon perangsang folikel meningkat. Kadar testosteron yang rendah berhubungan dengan penurunan libido, penurunan hematokrit, atrofi otot, osteoporosis, dan kemungkinan disfungsi ereksi.

Fungsi adrenal pada usia lanjut menyebabkan perubahan pola kortisol di siang hari, yang menghasilkan tingkat kortisol lebih tinggi pada malam hari. Akibatnya termanifestasi sebagai gangguan tidur dan waktu bangun yang relatif lebih awal dibandingkan dengan individu yang lebih muda. Selain itu, ada korelasi positif antara peningkatan tingkat baseline epinefrin dan norepinefrin dan usia; namun, respons epinefrin dan norepinefrin terhadap stimuli menjadi tumpul. Lansia memiliki respon vasokonstriksi kulit yang lebih sedikit terhadap rangsangan dingin

dibandingkan dengan individu yang lebih muda, sehingga membuat lansia lebih rentan terhadap hipotermia.

g. Sistem Imun

Fungsi kekebalan juga memiliki penurunan yang berkaitan dengan usia. Usia lanjut mengarah pada gangguan fungsi imunitas yang diperantarai oleh sel limfosit-T dan peningkatan kerentanan terhadap infeksi. Respon limfosit T terhadap interleukin 2 juga terganggu pada lansia serta terjadi peningkatan Natural Killer Cell yang terkait dengan stress.

h. Sistem Saraf

Kajian histologis spesimen otak dari subjek tanpa demensia atau gambaran patologis lainnya telah menunjukkan kerugian neuron yang minimal seiring dengan proses penuaan normal. Namun, atrofi kortikal telah berulang kali terbukti mengalami percepatan seiring dengan bertambahnya usia. Atrofi kortikal dikatakan dapat mendahului proses neurodegenerasi. Singkatnya, atrofi kortikal menurunkan ambang batas neurodegenerasi pada lansia. Respons simpatis dan parasimpatetik yang tumpul terhadap rangsangan menghasilkan respons yang lebih moderat terhadap stress dan biasanya waktu pemulihan lansia memerlukan waktu yang lebih lama untuk kembali ke fungsionalitas awal.

Dapat disimpulkan bahwa lansia mengalami perubahan fisiologis normal yang terkait dengan penuaan di semua sistem. Perubahan-perubahan ini mengarah pada cadangan fisiologis yang berkurang pada usia lanjut

(Aalami *et al.*, 2003).

2. Perubahan Psikososial

Perubahan peran memainkan bagian yang penting dalam proses penuaan. Ada banyak transisi yang dialami oleh lansia, tetapi dua perubahan peran utama yang terjadi pada usia lanjut adalah masa pensiun atau peralihan dari pekerja menjadi pengangguran serta masa berkabung yang terjadi setelah kehilangan pasangan hidup akibat kematian. Peralihan peran yang penting ini menghadirkan suatu tantangan bagi lansia untuk mendefinisikan kembali identitasnya dan menciptakan peran baru untuk menggantikan peran yang hilang. Studi menunjukkan bahwa lansia yang berhasil dalam menciptakan peran baru untuk diri mereka sendiri mengalami tingkat kesejahteraan yang lebih besar daripada mereka yang kurang berhasil dalam proses peralihan ini (Sadock *et al.*, 2010).

3. Perubahan Psikologis

Berbagai penelitian tentang lansia menunjukkan adanya perubahan perilaku emosional pada usia lanjut. Lansia cenderung menjadi apatis dalam kehidupan, kurang responsif dibandingkan ketika masih muda, dan kurang antusias. Secara khusus, respon-respon emosional mereka lebih spesifik, kurang bervariasi dan kurang mengena daripada orang-orang muda. Lansia memperlihatkan tanda-tanda kemunduran dalam perilaku emosional; seperti sifat-sifat yang negatif, mudah marah, suka bertengkar, berpikir aneh, dan tidak dapat akurat. Perasaan-perasaan ketakutan, kecemasan, ketidakpuasan dan kekecewaan, serta perasaan tersiksa merupakan hal yang lebih umum terjadi daripada perasaan-perasaan yang lebih menyenangkan. Lansia membutuhkan waktu yang lebih lama untuk mengobati berbagai gangguan emosional tersebut dibandingkan pada saat muda. Pada usia muda, energi emosional dapat

disalurkan dengan bermain atau bekerja, namun orang-orang berusia lanjut umumnya tidak memiliki penyaluran tersebut sehingga mereka menjadi cemas dan tertekan untuk waktu yang lama (Hurlock, 2003).

2.2 Konsep Kualitas Hidup

2.2.1 Definisi Kualitas Hidup

Menurut *World Health Organization* (WHO), kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap kehidupannya yang dipahami dalam konteks sosial, makna, serta hubungannya dengan ekspektasi dan standar yang diberikan oleh masyarakat. Kualitas hidup mencakup kepuasan dalam dimensi yang luas, meliputi seluruh aspek kehidupan. Umumnya, pengukuran kualitas hidup tidak terfokus pada suatu penyakit atau pengobatan tertentu, melainkan penilaian subjektif kesehatan individu secara keseluruhan (Ciorba *et al.*, 2012).

2.2.2 Kualitas Hidup Lansia

Menjaga kualitas hidup yang baik pada lanjut usia sangat dianjurkan dalam kehidupan sehari-hari. Seperti yang dikemukakan oleh Sutikno (2011), kehidupan lanjut usia yang berkualitas merupakan keadaan dimana lansia memiliki kondisi fungsional yang optimal, sehingga mereka dapat menikmati masa tuanya dengan penuh makna dan dapat berguna. Di antara faktor-faktor utama penentu kualitas hidup lansia, terdapat kesepakatan umum mengenai peranan kunci yang dipegang oleh kesehatan. Meskipun begitu, terdapat hasil yang bervariasi antara hubungan status kesehatan dengan kualitas hidup lansia. Banyak lansia dengan masalah kesehatan memiliki kualitas hidup yang baik sehingga kemungkinan terdapat pengaruh faktor lain

yang dapat membantu mengkompensasi penurunan kesehatan yang dialami oleh lansia (Martinez *et al.*, 2012).

2.2.3 Pengukuran Kualitas Hidup

Kuesioner EuroQoL-5 Dimension (EQ-5D) merupakan kuesioner yang dikembangkan di Eropa dan secara luas digunakan untuk mengukur kualitas hidup. Kualitas hidup diukur berdasarkan deskripsi status kesehatan yang ditilik dari lima domain terkait, yakni: mobilitas, perawatan diri, aktivitas sehari-hari, rasa nyeri/tidak nyaman, serta rasa depresi/cemas. Tiga tingkat keparahan diberikan sebagai pilihan yang menggambarkan keadaan untuk tiap domain dengan tingkat keparahan terendah dari tidak bermasalah, sedikit bermasalah, hingga sangat bermasalah yang merupakan tingkat keparahan tertinggi. Tiap tingkat keparahan diberikan kode level 1 sampai 3 secara berurutan sehingga model deskripsi ini memberikan 243 kemungkinan untuk status kesehatan responden. Kemungkinan status kesehatan ini bervariasi mulai dari 11111 (tidak ada masalah pada semua domain) hingga 33333 (sangat bermasalah pada semua domain). Data dari kuesioner ini dapat dipresentasikan dalam bentuk deskripsi status kesehatan atau di konversikan menjadi indeks skor kesehatan menggunakan *value set* yang disesuaikan untuk tiap negara berbeda (Whynes, 2013).

2.3 Konsep Kecemasan

2.3.1 Definisi Kecemasan

Istilah kecemasan atau *anxiety* berasal dari Bahasa Latin *anxius* yang memiliki arti mencekik. Kecemasan merupakan keadaan emosional yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman dan terancam yang timbul akibat

penyebab yang tidak jelas. Keadaan emosi ini merupakan pengalaman individu yang subjektif dan tidak diketahui penyebabnya secara khusus.

Kecemasan hampir menyerupai ketakutan dan keduanya adalah emosi negatif. Ketakutan adalah respon normal yang muncul akibat suatu ancaman langsung sedangkan kecemasan adalah kekhawatiran mengenai bahaya yang tidak terduga dan terletak di masa depan. Kecemasan dapat terjadi tanpa rasa takut, namun ketakutan tidak dapat terjadi tanpa kecemasan.

(Sadock *et al.*, 2010). Gejala kecemasan dapat bersifat fisik maupun mental.

Gejala fisik akibat kecemasan bisa berupa jari tangan yang terasa dingin, peningkatan detak jantung, berkeringat dingin, kepala pusing, berkurangnya nafsu makan, gangguan tidur, dan sesak dada. Sementara gejala yang bersifat mental biasanya seperti timbul kekhawatiran, kesulitan berkonsentrasi, perasaan tidak tenang, serta keinginan untuk lari dari kenyataan. (Sundari dan Rumini, 2004).

2.3.2 Etiologi Kecemasan

2.3.2.1 Teori Biologis

Kecemasan merupakan emosi yang dikarakterisasikan dengan aktivitas dari aksis Hipotalamus-Pituitari-Adrenal (HPA) dan perasaan tidak nyaman seperti ketegangan hingga kepanikan. Kecemasan dianggap normal ketika terjadi pada keadaan yang menimbulkan stress dan berlangsung selama durasi yang singkat. Namun beberapa populasi mengalami aktivasi HPA dan kecemasan emosional dalam durasi yang lama dan terjadi pada saat keadaan yang tidak sesuai sehingga menimbulkan gangguan kecemasan. Beberapa peneliti berargumen bahwa kecemasan yang terjadi terkait dengan usia dapat dijelaskan akibat distress psikologis yang dialami seiring dengan

menurunnya fungsi kognitif serta fisik. Hubungan antara kecemasan dan fungsi kognitif serta fisik bersifat sirkuler. Stress psikologis akibat penurunan fungsi fisik dan kognitif menimbulkan kecemasan dan sebaliknya, peningkatan kecemasan memperburuk fungsi fisik dan kognitif pada lansia (Jorm dkk., 1997; Prévillé dkk., 2002).

Secara fisiologis, kecemasan sebagai respon terhadap stress dikoordinasikan oleh inisiasi jalur hormonal dengan pelepasan corticotropin releasing hormone (CRH) oleh hipotalamus. Pelepasan CRH menstimulasi sekresi adrenocorticotropin hormone (ACTH) di pituitari anterior. ACTH akan mencapai kelenjar adrenal melalui aliran darah, sehingga memicu sintesis serta sekresi hormon stress (glukokortikoid) seperti kortisol. Ketika sampai di dalam sel, glukokortikoid akan berikatan dengan reseptornya, lalu bertranslokasi ke nukleus dan berfungsi sebagai faktor transkripsi yang dapat mengaktivasi atau menekan ekspresi gen. Seiring dengan bertambahnya usia, terjadi proses degenerasi neurogenesis yang berdampak pada hilangnya interneuron inhibisi pada otak sehingga menyebabkan terganggunya modulasi inhibisi pada fungsi neuroendokrin. Hilangnya modulasi inhibisi ini mengakibatkan terjadinya peningkatan sekresi hormon seperti CRH dan menghasilkan respon stress yang berlebihan (Scrable *et al.*, 2009).

2.3.2.2 Teori Psikoanalitik

Dalam sudut pandang psikoanalitik, Freud menjelaskan bahwa struktur kepribadian manusia terdiri dari tiga komponen pokok yaitu; Id, Ego, dan Superego. Ketiganya saling berhubungan meskipun masing-masing memiliki sifat, fungsi, tujuan dan kedudukan yang berbeda. Id

atau naluri adalah sesuatu yang telah ada sejak lahir, bersifat *pleasure principle* untuk selalu dipuaskan dan mempunyai kekuatan berupa dorongan untuk memenuhi kebutuhan biologis. Ego merupakan pertentangan dari Id dan bersifat *reality principle*. Ego muncul dalam perkembangan individu karena lingkungan tidak selalu dapat memenuhi keinginannya sehingga dorongan dapat ditunda sesuai dengan realita yang ada. Superego terbentuk dari hasil absorbs nilai-nilai norma dalam kultur, agama, serta nilai-nilai yang ditanamkan orang tua. Pribadi akan menjadi sehat jika Ego dapat menjalankan fungsinya sebagai pengendali dan pengatur kepribadian antara Id dan Superego. Kecemasan tidak akan terjadi apabila Ego berfungsi penuh, maka fungsi Id dan Ego yang berlawanan dapat terserasikan. Namun jika terjadi tekanan pada individu yang menjadi dorongan pada individu untuk memuaskannya, akan timbul kecemasan yang memberikan peringatan bahwa Ego sedang dalam keadaan terancam dan perlu dilakukan tindakan agar Ego tidak terbuang secara keseluruhan. Untuk mempertahankan Ego, individu akan mencoba lari dari situasi yang mengancam serta berusaha membatasi kebutuhan impuls yang merupakan sumber bahayanya (Andri dan Dewi, 2007).

2.3.3 Jenis-jenis Kecemasan

Menurut Spielberger (1972), kecemasan terbagi menjadi dua bentuk, yaitu:

1. *Trait Anxiety*

Adanya rasa khawatir dan terancam yang menghinggap diri seseorang dalam kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya. *Trait*

anxiety ini disebabkan oleh kepribadian individu yang memang memiliki potensi cemas lebih besar dibandingkan dengan individu lainnya sehingga menyebabkan perbedaan respon cemas yang berbeda pada tiap individu,

2. State Anxiety

Merupakan kondisi emosional dan keadaan sementara pada diri individu dengan adanya perasaan tegang dan khawatir yang dirasakan secara sadar serta bersifat subjektif ketika berhadapan dengan sesuatu yang dianggap sebagai ancaman.

Sedangkan Freud (dalam Andri dan Dewi, 2007) membedakan kecemasan menjadi tiga jenis:

1. Kecemasan Realitas atau Objektif

Suatu kecemasan yang bersumber dari adanya ketakutan terhadap bahaya yang mengancam di dunia nyata. Kecemasan seperti ini misalnya ketakutan terhadap kebakaran, angin tornado, gempa bumi, atau binatang buas. Kecemasan ini menuntun kita untuk berperilaku bagaimana menghadapi bahaya. Tidak jarang ketakutan yang bersumber pada realitas ini menjadi ekstrim.

2. Kecemasan Moral

Kecemasan ini merupakan hasil dari konflik antara Id dan Superego. Ketika individu termotivasi untuk mengekspresikan impuls instingtual yang berlawanan dengan nilai moral yang dianut dalam superego individu itu maka ia akan merasa malu atau merasa bersalah. Dapat dikatakan bahwa yang menyebabkan kecemasan adalah kata hati individu itu sendiri.

3. Kecemasan Neurosis

Kecemasan ini mempunyai dasar pada masa kecil, pada konflik antara pemuasan instingtual dan realitas. Kecemasan neurotik yang muncul adalah ketakutan akan hukuman yang akan terjadi akibat pemenuhan impuls yang didominasi oleh Id.

2.3.4 Rentang Respon Kecemasan

Respon kecemasan terbagi menjadi beberapa rentang tingkatan. Antara lain:

1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang presepsinya. Stimulasi sensori yang meningkat dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

2. Kecemasan Sedang

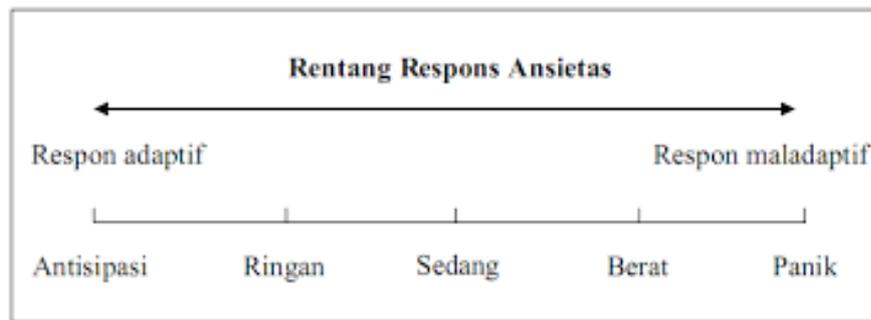
Kecemasan ini memungkinkan individu untuk memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan hal lainnya sehingga perilaku dapat menjadi lebih terarah.

3. Kecemasan Berat

Kecemasan ini sangat mengurangi lapang presepsi individu sehingga cenderung memusatkan perhatian pada suatu hal spesifik serta memerlukan banyak pengarahannya untuk dapat memusatkan perhatian pada suatu area lainnya.

4. Panik

Pada tingkat ini, individu merasakan ketakutan dan terror yang menyebabkan hilangnya kendali serta kontrol diri sehingga tidak mampu melakukan sesuatu meskipun dengan pengarahan. Selain mengakibatkan peningkatan aktivitas motorik, panik juga menyebabkan penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi, dan hilangnya pikiran rasional (Stuart dan Sundeen, 2006).



Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan (Stuart dan Sundeen, 2006)

2.3.5 Kecemasan pada Lansia

Kecemasan merupakan salah satu masalah kesehatan mental yang umum terjadi pada lansia. Penelitian telah mengestimasi bahwa prevalensi lansia dengan gejala kecemasan mencapai angka 20%. Jumlah presentase lansia yang menderita kecemasan ini bahkan mungkin lebih tinggi dari yang diperkirakan karena beberapa faktor, salah satunya adalah stigma yang ada di kalangan kelompok lanjut usia berhubungan dengan isu penyakit mental sehingga kelompok lansia dengan kecemasan memiliki peluang yang lebih minim dalam mencari bantuan professional dibandingkan dengan kelompok umur yang lebih muda. (Lauderdale dan Sheikh, 2003). Selain itu,



kesulitan diagnosis gangguan kecemasan pada lansia disebabkan oleh adanya beberapa kondisi medis dapat menimbulkan gejala-gejala yang mirip dengan kecemasan (contohnya seperti pada diabetes atau gangguan tiroid).

Oleh karena itu, keberadaan dari kondisi medis ini dapat menimbulkan kecurigaan bahwa kecemasan yang terjadi didasari oleh kondisi medis tersebut (Bryant dkk., 2013).

2.3.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan. Faktor-faktor ini dibagi menjadi faktor internal dan faktor eksternal yang terdiri dari:

1. Faktor Internal

a. Usia

Usia merupakan rentang kehidupan yang diukur dengan tahun.

Usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saan berulang tahun. Umur seseorang sangat menentukan beberapa hal menyangkut penanganan terhadap stress. Lansia memiliki lebih sedikit kontrol akan lingkungannya dibandingkan dengan saat berusia muda sehingga dapat berpengaruh buruk terhadap mekanisme kopingnya (Aldwin, 1991).

b. Gender

Seperti pada peningkatan prevalensi depresi pada wanita, Institusi Kesehatan Mental Nasional US melaporkan bahwa prevalensi gangguan kecemasan pada wanita 60% lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki. Ini disebabkan karena wanita memiliki kerentanan yang lebih tinggi terhadap paparan stress dibandingkan dengan laki-laki sehingga memicu gangguan mental (Donner dan Lowry, 2013). Hormon estrogen dan progesterone pada wanita

memiliki efek substansial pada fungsi sistem neurotransmitter yang terkait dengan kecemasan dan berfluktuasi akibat siklus menstruasi sehingga sistem homeostasis wanita cenderung kurang stabil dibandingkan dengan laki-laki. Selain itu, pada laki-laki, dilaporkan juga bahwa hormon testosterone memiliki efek ansiolitik sehingga menurunkan respon terhadap stress dan menghambat aktivitas dari aksis Hipotalamus-Pituitari-Adrenal (HPA) (Christiansen, 2015).

c. Pengalaman

Pengalaman yang dimiliki seseorang merupakan faktor yang sangat berperan dalam menginterpretasikan stimulus yang diperoleh.

Pengalaman masa lalu atau apa yang telah didapat akan menyebabkan terjadinya perbedaan interpretasi. Individu yang memiliki modal kemampuan pengalaman mengalami stress dan punya cara menghadapinya akan lebih menganggap stress sebagai masalah yang bisa diselesaikan. Tiap pengalaman merupakan sesuatu yang berharga dan belajar dari pengalaman dapat meningkatkan keterampilan menghadapi stress (Notoatmodjo, 2005). Namun, jika stress yang disebabkan oleh peristiwa-peristiwa di hidup individu tidak terselesaikan, maka dapat timbul kecemasan.

Pengalaman dalam kehidupan juga mempengaruhi perkembangan kepribadian seseorang. Orang yang mengalami stressor psikososial tidak semuanya akan mengalami gangguan cemas. Resiko gangguan kecemasan lebih tinggi pada orang yang berkepribadian tidak matang (Hawari, 2008).

d. Aset Fisik

Salah satu komponen yang sangat menguntungkan dari program kesehatan mental adalah olahraga dalam rangka mempertahankan

kondisi kesehatan yang baik. Hal yang sangat menguntungkan adalah sekecil apapun jumlah aktivitas fisik yang dilakukan dapat meningkatkan sikap, mengurangi stress, dan mencegah perasaan depresi (Stanley, 2007). Orang dengan aset fisik yang besar, kuat, dan garang akan menggunakan aset itu untuk menghalau stress yang datang.

2. Faktor Eksternal

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek atau indera yang dimilikinya. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan presepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran dan indra pengelihatan. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda. Seseorang yang mempunyai ilmu pengetahuan dan kemampuan intelektual akan dapat meningkatkan kemampuan dan rasa percaya diri dalam menghadapi stress dan mengikuti berbagai kegiatan untuk meningkatkan kemampuan diri yang akan banyak menolong individu tersebut (Keumala, 2012).

Pengetahuan lansia tentang sumber kecemasan, ketegangan dan ketakutan akan mempengaruhi pengambilan keputusan tentang perawatannya dan dengan melibatkan anggota keluarga dalam perawatannya terkait proses pemberian keyakinan, penjelasan dan pemberian tekanan pada sikap positif akan meringankan kecemasan lansia (Nugroho, 2008).

b. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Pendidikan diperlukan untuk menuntun manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupannya untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan juga diperlukan untuk mendapatkan informasi, misalnya mengenai hal-hal yang menunjang kesehatan.

Makin tinggi pendidikan seseorang, maka mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya.

Sebaliknya, pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang harus diperkenalkan. Faktor pendidikan seseorang sangat menentukan tingkat kecemasan. Individu dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih mampu mengatasi stress serta menggunakan coping yang efektif dan konstruktif daripada seseorang dengan pendidikan rendah (Keumala, 2012)

c. Status Ekonomi

Sadock dkk. (2007) menjelaskan status ekonomi dan pekerjaan dapat mempengaruhi timbulnya stress yang dapat berlanjut pada terjadinya kecemasan. Orang dengan status ekonomi yang baik akan lebih sulit mengalami stress dibandingkan orang-orang dengan status ekonomi yang buruk.

d. Dukungan Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan emosional. Keluarga merupakan sistem sosial karena masing-masing anggota mempunyai peran sosial

yang berbeda dengan ciri saling berhubungan dan tergantung antar individu (Suprajitno, 2006). Peran keluarga sangat penting dalam tahapan-tahapan perawatan kesehatan dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan, sampai rehabilitasi. Adanya masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga akan memungkinkan munculnya faktor resiko pada anggota keluarga yang lain (Setiawati, 2008). Lingkungan kecil dimulai dari lingkungan keluarga sehingga peran pasangan dalam hal ini sangat berarti dalam memberi dukungan. Istri dan anak yang penuh perhatian serta dapat mengimbangi kesulitan yang dihadapi suami akan dapat memberikan dukungan kepada kondisi stress suaminya serta sebaliknya.

e. Dukungan Sosial

Komponen penting yang lain dari masa tua yang sukses dan kesehatan mental adalah adanya system pendukung yang efektif. Sumber pendukung pertama biasanya merupakan anggota keluarga. Dukungan sosial dan sumber-sumber masyarakat serata lingkungan sekitar individu juga akan sangat membantu seseorang dalam menghadapi stressor. Pemecahan masalah bersama-sama dan tukar pendapat dengan orang di sekitarnya akan membuat situasi individu lebih siap menghadapi stress yang akan datang (Stanley, 2007).

f. Obat

Dalam bidang Psikiatri dikenal obat-obatan yang tergolong dalam kelompok anti-ansietas. Obat-obatan ini mempunyai kasiat mengatasi ansietas sehingga penderitanya cukup tenang. Obat penenang menimbulkan dampak sensasi yang menyenangkan, relaks, dan tenang. Obat penenang menyebabkan berkurangnya kecemasan dengan cepat tetapi mengurangi atau bahkan menghilangkan peluang

untuk belajar praktik dan mengembangkan keterampilan baru (Greenberg, 2004).

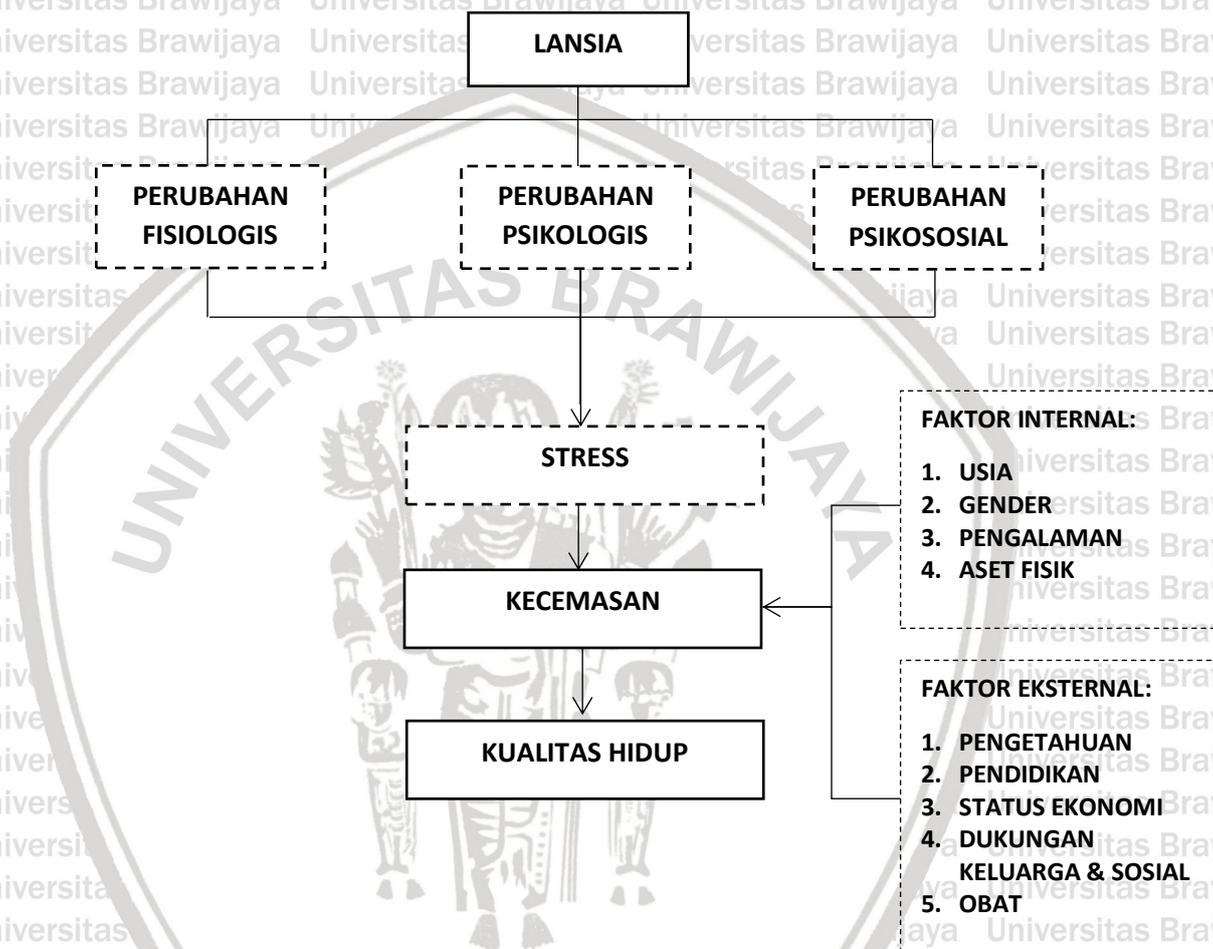
i. Pengukuran Kecemasan

Salah satu alat ukur kecemasan yang sering digunakan adalah Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS). TMAS tersedia dalam bentuk kuesioner yang terdiri dari 50 item dengan bentuk-bentuk pernyataan yang menggambarkan kecenderungan mengalami kecemasan. Jawaban untuk tiap item terdiri dari “ya” atau “tidak” menyesuaikan dengan keadaan yang dirasakan oleh responden. Kuesioner TMAS terdiri atas 13 pernyataan *unfavorable* dan 37 pernyataan *favorable*. Setiap jawaban dari pernyataan *favorable* bernilai 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”. Pada pernyataan *unfavorable*, jawaban “tidak” bernilai 1 sementara jawaban “ya” bernilai 0. Jawaban yang mengindikasikan kecemasan akan dihitung dan memberikan skor akhir antara 0 sampai 50. Tinggi rendahnya kecemasan ditentukan oleh tinggi rendahnya total nilai yang diperolehnya. Semakin tinggi total nilai yang diperoleh, maka tingkat kecemasannya juga semakin tinggi (McDowell, 2006).

BAB 3

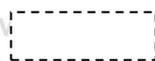
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

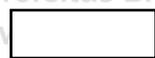


Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



: Tidak diteliti



: Diteliti



: Mempengaruhi



Uraian Kerangka Konsep

Lansia atau lanjut usia didefinisikan sebagai seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun (Kemenkes RI, 2017). Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) terjadi perubahan-perubahan terkait proses penuaan pada individu lansia yang terdiri dari perubahan fisiologis, psikososial, psikologis, dan spiritual. Proses penuaan memaksa individu untuk dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi di hidupnya sehingga menimbulkan respon emosional yang berupa kecemasan (Darmojo, 2010). Dalam menghadapi proses penuaan, segala potensi yang dimiliki lansia dapat dijaga, dipelihara, dan dipertahankan untuk mencapai kualitas hidup yang optimal (*Optimum Aging*). Kualitas hidup yang optimal pada lansia digambarkan dengan kondisi fungsional yang maksimum atau optimal pada lansia, sehingga masa tua dapat dinikmati dengan penuh makna, berguna, dan berkualitas (Sutikno, 2011).

Faktor psikologis ditemukan memiliki pengaruh yang dominan terhadap kualitas hidup lansia dibandingkan dengan faktor-faktor lainnya (Rohmah, Purwaningsih, dan Bariyah, 2012). Oleh karena itu, akan diteliti secara spesifik apakah terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup lansia. Kualitas hidup diukur berdasarkan deskripsi status kesehatan yang ditilik dari lima domain terkait, yakni: mobilitas, perawatan diri, aktivitas sehari-hari, rasa nyeri/tidak nyaman, serta rasa/cemas (Whynes, 2013).

3.2 Hipotesis Penelitian

H₀: Tidak terdapat hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Penanggalan Malang

H₁: Terdapat hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Penanggalan Malang.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Hubungan antara variabel dependen dan independen akan dianalisis dari data yang dikumpulkan dengan cara pengisian kuesioner. Variabel dependen yang digunakan adalah kualitas hidup pada lansia dan variabel independen adalah tingkat kecemasan.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah penduduk usia lanjut (>60 tahun) yang bertempat tinggal di kelurahan penanggung Malang yang jumlahnya tidak diketahui.

4.2.2 Sampel Penelitian

Pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling* sehingga siapa saja yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dapat dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi (Sugiyono, 2013). Menurut Sopiudin (2016), penentuan jumlah sampel minimal dari populasi tertentu yang dapat mewakili populasi dengan batas toleransi kesalahan 5% dihitung menggunakan rumus:

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{0,5 Jn \frac{(1+r)}{(1-r)}} \right] + 3$$

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})}{0,5 Jn \frac{(1+0,3)}{(1-0,3)}} \right]^2 + 3$$

$$n = 92$$

Keterangan :

n = Besar sampel minimum

Z_{α} = Nilai standar alpha

Z_{β} = Nilai standar beta

r = Koefisien korelasi minimal yang dianggap bermakna

Pada penelitian ini terkumpul 94 lembar kuesioner yang terisi lengkap dari sampel lansia. Data dari 92 responden digunakan untuk analisis penelitian sesuai dengan hasil jumlah sampel minimum yang diperlukan.

4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian

1. Kriteria Inklusi

- a. Penduduk Kelurahan Penanggungan yang masuk dalam kategori lansia (>60 tahun)
- b. Lansia yang bersedia menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi

- a. Lansia yang menderita demensia, afasia, atau mutisme
- b. Lansia yang mengonsumsi obat anti-ansietas

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan 7 Penganggungan Kec. Klojen Kota Malang. Penelitian dilakukan dari bulan Juli hingga September 2018.

4.4 Variabel Penelitian

a. Variabel Bebas

Variabel bebas dari penelitian ini adalah tingkat kecemasan dari kuesioner

Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS) yang diperoleh dari responden

b. Variabel Terikat

Variabel terikat dari penelitian ini adalah tingkat kualitas hidup dari kuesioner

EQ-5D, yang diperoleh dari responden

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel Independen					
1.	Tingkat Kecemasan	Tingkat kecemasan dilihat dari skor skala kecemasan yang diukur menggunakan kuesioner TMAS (Taylor Manifest Anxiety Scale)	Kuesioner Taylor Manifest Anxiety Scale	Ordinal	Kategori: Skor ≤ 16 : Kecemasan Ringan Skor 17-33: Kecemasan Sedang Skor ≥ 34 : Kecemasan Berat

Variabel Dependen					
1.	Kualitas Hidup	Kualitas hidup dinilai dari lima dimensi: mobilitas, perawatan diri, aktivitas sehari-hari, rasa nyeri/tidak nyaman, dan rasa cemas/depresi. Kondisi tiap domain diberikan kode sebagai berikut 1: Tidak Bermasalah 2: Sedikit Bermasalah 3: Sangat Bermasalah Lalu dikonversikan menjadi skor kualitas hidup yang berkisar antara 0-1 dengan <i>value set</i> tertentu.	Kuesioner EQ-5D-3L	Ordinal	Kategori: Kualitas Hidup Baik Baik: Skor \geq skor rata-rata Kualitas Hidup Buruk: Skor $<$ skor rata-rata

4.6 Bahan dan Alat / Instrumen Penelitian

Alat dan bahan penelitian ini terdiri dari formulir penjelasan dan consent, formulir identitas responden, kuesioner *Taylor Manifest Anxiety Scale*, dan kuisisioner EQ-5D-3L yang telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia.



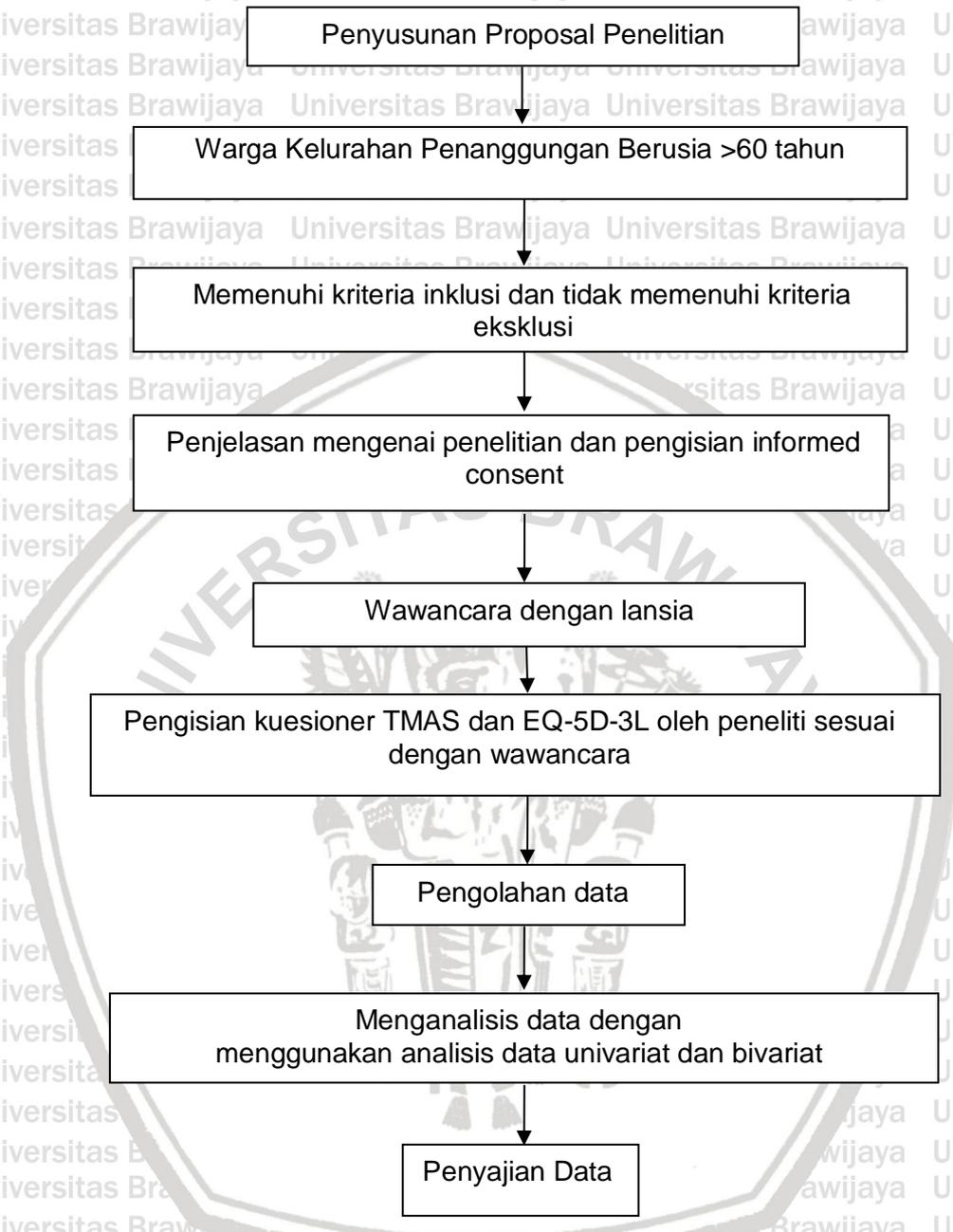
4.6.1 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner *TMAS* memiliki validitas sebagai berikut: sensitivitas 90%, spesifisitas 90,4%, efektivitas 92,5% dan skor reliabilitas sebesar 0,86.

(Wijaya, 2014). Di Indonesia, kuesioner *TMAS* sudah sering digunakan sebagai instrumen ukur tingkat kecemasan pada lansia, contohnya pada penelitian oleh Andri dkk. (2009) tentang “Hubungan Dukungan Sosial dengan Kecemasan Lansia yang Tidak Memiliki Pasangan Hidup di Panti Sosial Tresna Werdha Unit Abiyoso Yogyakarta” dan penelitian oleh Setiawan (2017) mengenai “Perbedaan Tingkat Kecemasan dan Depresi Lansia yang Melakukan Senam dan Tidak di Panti Wredha Dharma Bhakti Surakarta”.

Kuesioner kualitas hidup EQ-5D-3L sudah sering digunakan sebagai instrumen pengukuran kualitas hidup di Indonesia. Berdasarkan uji validasi dan reliabilitas, diperoleh hasil bahwa kuesioner ini valid. Hal ini disebabkan karena nilai r hitung untuk semua pertanyaan dalam kuesioner lebih besar dari r tabel ($>0,444$). Berdasarkan uji reliabilitas, diperoleh nilai reliabilitas yaitu sebesar 0,89. Reliabilitas dikatakan baik jika bernilai $>0,80$ (Suwendar, 2017). Beberapa contoh penggunaan kuesioner ini dalam pengukuran kualitas hidup lansia dapat dilihat pada penelitian milik Sumbang dkk. (2017) pada Lansia di Kelurahan Kinilow Kota Tomohon dan penelitian Setiati dkk. (2011) pada Lansia yang tinggal dalam komunitas di 43 kota berbeda.

4.7 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.8 Prosedur Pengambilan Data

Data penelitian dikumpulkan dengan wawancara yang dilakukan secara tatap muka dengan responden penelitian. Lembar pengumpulan data berisi karakteristik responden (umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat

pendidikan, dan pekerjaan) serta kuesioner Taylor Manifest Anxiety Scale dan kuesioner EQ-5D-3L yang diisi oleh peneliti sesuai dengan hasil wawancara.

Pengambilan data dilakukan satu kali dalam satu saat tanpa adanya pengulangan dan *follow up*. Sebelum melakukan pengambilan data, peneliti menjelaskan dahulu tujuan dan prosedur penelitian serta meminta kesediaan responden untuk mengikuti penelitian dengan menandatangani lembar informed consent. Setelah mendapatkan persetujuan, dilakukan pengisian identitas responden dan dilanjutkan dengan pengambilan data tingkat kecemasan dan kualitas hidup.

A. Prosedur Pengisian Kuesioner *Taylor Manifest Anxiety Scale*

TMAS berisi 50 butir pernyataan, di mana responden menjawab keadaan "ya" atau "tidak" sesuai dengan keadaan dirinya, dengan memberi tanda (O) pada kolom jawaban "ya" atau tanda (X) pada kolom jawaban "tidak". Kuesioner *TMAS* terdiri atas 12 pernyataan unfavourable dan 38 pernyataan favourable.

Pembagian item item favourable dan unfavourable sebagai berikut:

- *Favorable* : 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49
- *Unfavorable* : 1, 3, 4, 9, 12, 15, 18, 20, 29, 32, 38, 50

Setiap jawaban dari pernyataan favourable bernilai 1 untuk jawaban "ya" dan 0 untuk jawaban "tidak". Pada pernyataan unfavourable bernilai 1 untuk jawaban "tidak" dan bernilai 0 untuk jawaban "ya" (Hidayah, 2010).

Gardos (Subandi, 2002), membagi tingkat kecemasan menjadi

3 skala berdasarkan hasil pengukuran *TMAS*:

a. Skor 1-16 : Kecemasan ringan

b. Skor 17–33 : Kecemasan sedang

c. Skor 34-50 : Kecemasan berat

B.3. Prosedur Pengisian Kuesioner Kualitas Hidup EQ-5D-3L

Pengukuran kualitas hidup menggunakan kuesioner EQ-5D-3L

dinilai berdasarkan deskripsi status kesehatan dari lima domain terkait, yakni: mobilitas, perawatan diri, aktivitas sehari-hari, rasa nyeri/tidak nyaman, serta rasa depresi/cemas. Tiga tingkat keparahan diberikan sebagai pilihan yang menggambarkan keadaan untuk tiap domain dengan tingkat keparahan terendah dari tidak bermasalah, sedikit bermasalah, hingga sangat bermasalah yang merupakan tingkat keparahan tertinggi.

Tiap tingkat keparahan diberikan kode angka 1 sampai 3. Kemungkinan status kesehatan ini bervariasi mulai dari 11111 (tidak ada masalah pada semua domain) hingga 33333 (sangat bermasalah pada semua domain). Angka tersebut kemudian dikonversikan menjadi skor kualitas hidup berdasarkan *value set* yang disesuaikan untuk negara-negara berbeda. Sehubungan tidak tersedianya *value set* EQ-5D-3L untuk Indonesia, digunakan *value set* milik Malaysia dengan mempertimbangkan kemiripan dalam segi demografi, sosikultural, serta ekonomi (Endarti dkk., 2015). Skor terendah adalah 0 dan tertinggi 1.

Penentuan batas nilai kualitas hidup didasarkan pada penelitian oleh Prihandiwati dkk. (2019) yang membagi kualitas hidup menjadi dua tingkatan:

a. Kualitas Hidup Baik Baik: Skor \geq skor rata-rata

b. Kualitas Hidup Buruk: Skor $<$ skor rata-rata

4.9 Pengolahan Data

4.9.1 Editing

Editing yaitu pemeriksaan lembar observasi yang dientrikan oleh peneliti. Pemeriksaan ini bisa berupa kelengkapan jawaban dan kebenaran perhitungan skor.

4.9.2 Coding

Coding adalah pemberian tanda atau mengelompokkan jawaban dari para responden ke dalam kelompok kategori tertentu. Peneliti memberikan kode-kode atau lambang-lambang tertentu untuk memudahkan pengolahan data.

Tabel 4.2 Koding Variabel

Variabel	Kategori	Coding
Usia	60 – 74 Tahun	1
	74 – 90 Tahun	2
Jenis Kelamin	Laki-laki	1
	Perempuan	2
Status Perkawinan	Belum Menikah	1
	Menikah	2
	Bercerai	3
	Janda/Duda	4
Tingkat Kecemasan	Kecemasan Ringan	0
	Kecemasan Sedang	1
	Kecemasan Berat	2
Kualitas Hidup	Kualitas Hidup Baik	0
	Kualitas Hidup Buruk	1

4.9.3 Entry

Jawaban-jawaban yang telah dibubuhi kode kategori kemudian dientrikan dalam tabel menggunakan menghitung frekuensi data. Data diolah menggunakan cara manual atau melalui program statistik komputer dengan SPSS. *Entry* diterapkan dengan bantuan SPSS 16. Peneliti memasukkan setiap data hasil kuesioner ke dalam komputer untuk kemudian dilakukan analisis univariat dan analisis bivariat.

4.9.4 Cleaning

Cleaning yaitu cara yang diimplementasikan dalam pembersihan data, dengan meninjau variabel apakah data sudah tepat atau belum. Data yang telah dientry diperiksa kembali sejumlah sampel dari kemungkinan data yang belum di *entry*. Hasil dari *Cleaning* ditunjukkan dengan tidak ada kesalahan sehingga seluruh data dapat digunakan.

4.9.5 Analisis Data

4.9.5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan pada tiap variabel dari hasil penelitian dengan menggunakan analisis deskriptif. Analisis ini digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti sehingga dapat menjadi informasi yang berguna. Hasil analisis univariat dapat disajikan dalam bentuk tabel atau grafik. Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan distribusi dari masing-masing variabel yang diteliti tanpa membuat kesimpulan berdasarkan hasil yang didapat. Analisis univariat akan dilakukan terhadap data usia, jenis kelamin, status perkawinan. Hasil analisis data univariat ini disajikan dalam bentuk tabel.

4.9.5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel. Untuk mengetahui hubungan dan seberapa kuat hubungan tersebut, hasil penilaian suatu variabel diuji dengan menggunakan uji statistik. Dalam penelitian ini digunakan uji korelasi menggunakan uji statistik *Spearman rank* karena kedua variable yang diteliti merupakan variable ordinal (Dahlan, 2008).

Tingkat kepercayaan yang digunakan dalam penelitian ini adalah 95%

($\alpha=5\%$). Uji korelasi dilakukan dengan menggunakan aplikasi SPSS 25 for Windows.



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian yang terdiri dari distribusi karakteristik responden dan analisis data mengenai hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Penanggungan Malang. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli hingga September 2018 di Kelurahan Penanggungan dengan jumlah responden sebanyak 92 orang.

5.1 Data Hasil Penelitian

5.1.1 Karakteristik Responden

Karakteristik umum responden mencakup jenis kelamin, rentang usia, dan status pernikahan. Karakteristik khusus terdiri dari tingkat kecemasan dan kualitas hidup lansia.

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik	N = 92
Usia (tahun)	67.5 ± 6.1*
Usia, rentang	
60 – 74 Tahun	75 (81.5%)
75 – 90 Tahun	17 (18.5%)
Jenis Kelamin	
Laki-laki	36 (39.1%)
Perempuan	56 (60.9%)
Status Pernikahan	
Belum Menikah	1 (1.1%)
Menikah	57 (62%)
Bercerai	4 (4.3%)
Janda/Duda	30 (32.6%)
Kecemasan (skor)	14.2 ± 5.6*
Tingkat Kecemasan	64 (69.6%)
Kecemasan Ringan	27 (29.3%)
Kecemasan Sedang	1 (1.1%)
Kecemasan Berat	
Kualitas Hidup (skor)	0.92 ± 0.09*
Kualitas Hidup	
Kualitas Hidup Baik	45 (48.9%)
Kualitas Hidup Buruk	47 (51.1%)

*mean ± SD



Persebaran data menurut jenis kelamin menunjukkan bahwa responden penelitian sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 56 responden (60.9%), sedangkan responden yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 36 responden (39.1%).

Mengenai distribusi karakteristik responden berdasarkan rentang usia, dapat disimpulkan bahwa dari jumlah sampel 92 orang, responden dengan usia rentang 60 – 74 tahun memiliki jumlah paling banyak yaitu 75 responden (81.5%) dan sisanya termasuk dalam rentang usia 75 – 90 tahun sebanyak 17 responden (18.5%).

Distribusi karakteristik responden berdasarkan status pernikahan menunjukkan bahwa sebagian besar responden berstatus menikah dengan jumlah 57 responden (62.0%) sedangkan jumlah responden yang berstatus janda/duda sebanyak 30 responden (32.6%). Sebagian kecil responden berstatus telah bercerai sebanyak 4 responden (4.3%) dan 1 responden (1.1%) belum menikah.

Pengambilan data variabel tingkat kecemasan menggunakan instrumen kuesioner Taylor Minnesota Anxiety Scale yang membagi kecemasan menjadi tiga tingkatan. Berdasarkan Tabel 5.1 sebagian besar responden lansia di Kelurahan Penanggungan Malang sebanyak 64 orang (69.6%) memiliki tingkat kecemasan yang ringan. Adapun sisanya yang memiliki kecemasan sedang berjumlah 27 orang (29.4%) dan 1 orang (1%) memiliki tingkat kecemasan berat. Skor rata-rata kecemasan pada penelitian ini adalah 14.2 dengan standar deviasi 5.6.

Pengambilan data variabel kualitas hidup menggunakan kuesioner *EuroQol 5D* yang menilai kualitas hidup dari lima domain indikator. Skor kualitas hidup akan dibagi menjadi dua kategori yaitu kualitas hidup baik dan kualitas hidup buruk. Penentuan batas nilai kualitas hidup didasarkan pada

penelitian oleh Prihandiwati dkk. (2019), yang menetapkan apabila skor lebih dari atau sama dengan skor rata-rata maka masuk dalam kategori kualitas hidup baik sementara apabila skor kurang dari skor rata-rata maka masuk dalam kategori kualitas hidup buruk. Skor rata-rata kualitas hidup pada penelitian ini adalah 0.92 dengan standar deviasi 0.09.

Data dari tabel 5.1 menunjukkan bahwa responden lansia dari kelurahan Penanggungan sebanyak 47 orang (51.1%) memiliki kualitas hidup yang buruk sementara sebanyak 45 orang (48.9%) memiliki kualitas hidup baik.

5.1.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan

Distribusi frekuensi tingkat kecemasan berdasarkan jenis kelamin responden ditunjukkan pada tabel berikut ini.

Tabel 5.2 Distribusi Tingkat Kecemasan berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Tingkat Kecemasan						Total	
	Ringan		Sedang		Berat		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Laki-laki	28	30.4	7	7.6	1	1.1	36	39.1
Perempuan	36	39.2	20	21.7	0	0	56	60.9
Total	64	69.6	27	29.3	1	1.1	92	100

Dapat dilihat dari tabel 5.2 bahwa sebagian besar responden penelitian ini berjenis kelamin perempuan sebanyak 56 orang (60.9%) dan sebagian besar berada di kategori tingkat kecemasan ringan sebanyak 36 orang (39.1%).

Responden dengan tingkat kecemasan berat hanya berjumlah 1 orang (1.1%) dan berjenis kelamin laki-laki.

Distribusi frekuensi tingkat kecemasan berdasarkan rentang usia responden ditunjukkan pada tabel berikut ini:



Tabel 5.3 Distribusi Tingkat Kecemasan berdasarkan Usia

Usia	Tingkat Kecemasan						Total	
	Ringan		Sedang		Berat		N	%
	N	%	N	%	N	%		
60 – 74 Tahun	52	56.5	22	23.9	1	1.1	75	81.5
75 – 90 Tahun	12	13.1	5	5.4	0	0	17	18.5
Total	64	69.6	27	29.3	1	1.1	92	100

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa responden penelitian ini paling banyak berada pada rentang usia 60-74 tahun yaitu sebanyak 75 orang (81.5%) dan sebagian besar memiliki tingkat kecemasan ringan sebanyak 52 orang (56.5%).

Distribusi frekuensi tingkat kecemasan berdasarkan status pernikahan responden ditunjukkan pada tabel berikut ini.

Tabel 5.4 Distribusi Tingkat Kecemasan berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	Tingkat Kecemasan						Total	
	Ringan		Sedang		Berat		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Belum Menikah	0	0	1	1.1	0	0	1	1.1
Menikah	46	50	10	10.9	1	1.1	57	62.0
Bercerai	2	2.2	2	2.1	0	0	4	4.3
Janda/Duda	16	17.4	14	15.2	0	0	30	32.6
Total	64	69.6	27	29.3	1	1.1	92	100

Menurut tabel 5.4 sebagian besar responden penelitian ini berstatus menikah sebanyak 57 orang (62%) dan kebanyakan memiliki kecemasan yang ringan (50%), sedangkan yang berstatus belum menikah hanya 1 orang (1.1%) dan memiliki tingkat kecemasan sedang.

5.1.3 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup

Distribusi frekuensi kualitas hidup berdasarkan jenis kelamin responden ditunjukkan pada tabel berikut ini.



Tabel 5.5 Distribusi Kualitas Hidup berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kualitas Hidup				Total	
	Baik		Buruk		N	%
	N	%	N	%		
Laki-laki	18	19.5	18	19.5	36	39.1
Perempuan	27	29.4	29	31.5	56	60.9
Total	45	48.9	47	51.1	92	100

Dapat dilihat dari tabel 5.5 bahwa sebagian besar responden penelitian ini berjenis kelamin perempuan sebanyak 56 orang (60.9%). Lebih dari separuh jumlah responden perempuan sebanyak 29 orang (31.5%) memiliki kualitas hidup yang buruk.

Distribusi frekuensi kualitas hidup berdasarkan rentang usia responden ditunjukkan pada tabel berikut ini.

Tabel 5.6 Distribusi Kualitas Hidup berdasarkan Usia

Usia	Kualitas Hidup				Total	
	Baik		Buruk		N	%
	N	%	N	%		
60 – 74 Tahun	38	41.3	37	40.2	75	81.5
75 – 90 Tahun	7	7.6	10	10.9	17	18.5
Total	45	48.9	47	51.1	92	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden penelitian ini paling banyak berada pada rentang usia 60-74 tahun yaitu sebanyak 75 orang (81.5%).

Dalam rentang usia 60 – 74 tahun, 38 responden (41.3%) memiliki kualitas hidup yang baik sementara 37 responden (40.2%) memiliki kualitas hidup yang buruk,

Distribusi frekuensi kualitas hidup berdasarkan status perkawinan responden ditunjukkan pada tabel berikut ini.



Tabel 5.7 Distribusi Kualitas Hidup berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	Kualitas Hidup				Total	
	Baik		Buruk		N	%
	N	%	N	%		
Belum Menikah	1	1.1	0	0	1	1.1
Menikah	28	30.4	29	31.6	57	62.0
Bercerai	2	2.2	2	2.1	4	4.3
Janda/Duda	14	15.2	16	17.4	30	32.6
Total	45	48.9	47	51.1	92	100

Menurut tabel 5.7 sebagian besar responden penelitian ini berstatus menikah sebanyak 57 orang (62%). Responden berstatus menikah sebanyak 29 orang (31.6%) memiliki kualitas hidup yang buruk sedangkan sebanyak 28 orang (30.4%) memiliki kualitas hidup yang baik.

Penilaian kualitas hidup berdasarkan lima domain terkait ditunjukkan di dalam tabel berikut

Tabel 5.8 Distribusi Lima Domain Kualitas Hidup

Domain Kualitas Hidup	Tidak Bermasalah		Agak Bermasalah		Sangat Bermasalah		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mobilitas	84	91.3	8	8.7	0	0	92	100
Perawatan Diri	91	98.9	1	1.1	0	0	92	100
Aktivitas Sehari-hari	87	94.6	5	5.4	0	0	92	100
Rasa Nyeri/Tidak Nyaman	51	55.4	38	41.3	3	3.3	92	100
Rasa Depresi/Cemas	84	91.3	8	8.7	0	0	92	100

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa domain yang banyak bermasalah pada responden lansia di Kelurahan Penanggungan adalah Rasa Nyeri/Tidak Nyaman dengan kategori sedikit bermasalah pada 38 orang (41.3%) dan sangat bermasalah pada 3 orang (3.3%). Sedangkan domain perawatan diri



jarang dirasakan bermasalah dan hanya dirasakan sedikit bermasalah pada 1 orang responden (1.1%).

5.3 Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Penanggungan Malang, maka diperlukan pengujian statistic. Analisis hubungan ini menggunakan uji *Spearman rank* dengan program *SPSS 25 for Windows*. Hasil uji hubungan kedua variabel disajikan dalam bentuk tabel berikut.

Tabel 5.9 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup Lansia

Variabel	Kualitas Hidup Baik		Kualitas Hidup Buruk		N	%	Koefisien <i>r</i>	<i>p</i> value
	N	%	N	%				
Kecemasan Ringan	34	36.9	30	32.7	64	69.6		
Kecemasan Sedang	10	10.9	17	18.4	27	29.3	-0.118	0.261
Kecemasan Berat	1	1.1	0	0	1	1.1		
Total	45	48.9	47	51.1	92	100		

Berdasarkan tabel di atas, dari hasil uji *Spearman* didapatkan nilai signifikansi atau nilai *p* sebesar 0.261 ($p > 0.05$) dengan nilai koefisien korelasi $r -0.118$. Nilai $p > 0.05$ memiliki arti bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna atau korelasi signifikan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Penanggungan Malang. Arah dan kekuatan korelasi dapat dilihat dari nilai *r*. Koefisien korelasi bernilai negatif yang berarti hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup tidak searah sehingga tingkat kecemasan yang meningkat akan menurunkan kualitas hidup pada lansia.



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Tingkat Kecemasan pada lansia di Kelurahan Penanggungan

Kecemasan merupakan perasaan subjektif berupa ketegangan mental yang menimbulkan kegelisahan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan untuk mengatasi suatu keadaan atau tidak adanya rasa aman. Perasaan tidak menentu tersebut dapat menimbulkan atau disertai dengan perubahan fisiologis dan psikologis (Nur Rochman, 2010). Kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan dapat menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya (Fauziah & Widuri, 2007). Menurut de Beurs dkk. (1999) gejala kecemasan umum terjadi pada usia tua dan secara serius menimbulkan gangguan signifikan pada aktivitas sehari-hari.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 64 orang (69.6%) lansia yang tinggal di Kelurahan Penanggungan memiliki tingkat kecemasan yang ringan. Sementara sisanya yang memiliki tingkat kecemasan sedang berjumlah 27 orang (29.4%) dan 1 orang (1%) memiliki tingkat kecemasan berat.

Hasil ini serupa dengan hasil penelitian Rohmawati dkk. (2015) pada lansia di Kota Yogyakarta yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden penelitian yang berjumlah 158 orang (73,8%) memiliki tingkat kecemasan ringan dan sebanyak 56 orang (26,2%) memiliki tingkat kecemasan sedang. Sementara itu, pada penelitian lain yang dilakukan oleh Heningsih (2014) pada populasi lansia

di Panti Wredha di Surakarta, sebagian besar responden (42.3%) memiliki tingkat kecemasan sedang. Penelitian ini dilakukan pada populasi lansia yang tinggal di komunitas sehingga kemungkinan terdapat perbedaan prevalensi kecemasan antara lansia yang tinggal di Panti Werdha dengan lansia yang tinggal di komunitas. Dubey dkk. (2017) mengemukakan bahwa lansia yang tinggal di rumah memiliki perilaku yang positif terhadap hari tua dibandingkan dengan lansia yang tinggal di Panti Wredha. Lansia yang tinggal di rumah cenderung memiliki relasi yang lebih baik dengan orang-orang sekitar sehingga dapat mengatasi stress dan kekhawatiran yang timbul akibat penuaan dengan lebih baik serta mencegah peningkatan kecemasan yang berlebihan.

Penyebab serta faktor resiko kecemasan yang dapat terjadi pada sepanjang lintas usia bersifat multidimensional dan kompleks serta berhubungan dengan tipe kepribadian dan faktor lingkungan seperti trauma dan stress (Tales dan Basoudan, 2016). Meskipun beberapa pendapat menyatakan bahwa lansia mengalami fenomena positivity effect seiring bertambahnya usia sehingga lebih cenderung mengingat informasi positif daripada negatif bila dibandingkan dengan usia lebih muda (Carstensen dan Mikels, 2005), stresor kronis dan kejadian buruk dalam hidup dapat menurunkan strategi regulasi emosi adaptif ini dan menyebabkan lansia rentan mengalami kecemasan (Charles, 2010).

Terlepas dari penyebab, tipe, maupun definisi teoritik, banyak bukti penelitian yang mengindikasikan adanya hubungan antara kecemasan pada lansia dengan perburukan beban penyakit, kemampuan sehari-hari, kualitas hidup, serta konsekuensi kesehatan lainnya (Strine dkk., 2005). Meskipun dengan berbagai bukti yang ada, kecemasan pada lansia masih seringkali tidak terdeteksi dan dibiarkan tanpa penanganan terutama dalam latar medis. Masalah ini kemungkinan disebabkan karena kesulitan diagnosis akibat keadaan psikiatri

multiple, kondisi medis lain, keterbatasan sistem klasifikasi dan definisi kecemasan, serta properti dari instrumen uji yang digunakan (Calleo dkk., 2009).

Namun, kemajuan dalam kesehatan dan kesejahteraan lansia dapat dicapai dengan meningkatkan kesadaran mengenai potensi dampak kecemasan pada kelompok usia ini serta keuntungan yang didapatkan dari diagnosis dan penanganan kecemasan (Ayers dkk., 2009).

Mekanisme koping memiliki peran yang penting dalam menangani kecemasan. Jenis-jenis koping berpengaruh pada kerentanan kecemasan dan menjadi prediktor yang kuat untuk gejala kecemasan (Matheson dan Anisman, 2003). Tingkat kecemasan yang tinggi ditemukan pada orang-orang yang menggunakan emotion-oriented coping. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Lazarus dan Folkman (1986) jenis mekanisme koping dibagi menjadi emotion-oriented dan problem-oriented. Perubahan mekanisme koping dari emotion-oriented ke problem-oriented dapat menjadi solusi yang sesuai dalam mengurangi gejala kecemasan dan psikopatologi secara umum (Pozzi dkk., 2015). Karena itu, penanganan kecemasan pada lansia lebih mengutamakan pendekatan non-farmakologis terlebih dahulu daripada penggunaan obat.

6.2 Kualitas Hidup pada Lansia di Kelurahan Penanggungan

Kualitas hidup mengacu pada perasaan individu mengenai kesejahteraan dalam hidupnya secara keseluruhan meliputi dimensi fisik, psikologis, emosional, sosial, dan spiritual. Ferrans dan Powers (1992) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi kesejahteraan individu yang dinilai dari kepuasan serta ketidakpuasan pada dimensi kehidupan yang dianggap penting oleh individu tersebut. Oleh karena itu, sifat dari kualitas hidup yang sangat subyektif dan multidimensional ini menimbulkan beragam perdebatan mengenai cara terbaik

untuk dapat menilai kualitas hidup secara akurat (Anderson dkk., 2001). Ada tiga pendekatan untuk menilai kualitas hidup yakni: pendekatan normatif berdasarkan norma-norma yang didiktekan oleh kepercayaan, prinsip, dan filosofi mengenai kehidupan yang baik; pendekatan berdasarkan preferensi kepuasan dengan menilai kualitas hidup tergantung pada ketersediaan materi untuk dipilih dan kemampuan untuk mendapatkannya; serta pendekatan berdasarkan evaluasi subjektif bahwa kehidupan yang baik adalah yang dialami dengan perasaan tersebut. Dua pendekatan terakhir umumnya digunakan dalam mengembangkan instrumen pengukuran kualitas hidup (Netuveli dan Blane, 2008).

Pemeliharaan kualitas hidup adalah salah satu tujuan terpenting dari layanan perawatan pada lansia. Beberapa aksi internasional mengenai penuaan menunjukkan dukungan atas pentingnya kualitas hidup dan terlihat juga adanya peningkatan minat mengenai pengukuran kualitas hidup pada lansia (Makai dkk., 2014). Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pada responden lansia di Kelurahan Penanggungan sebanyak 47 orang (51.1%) memiliki kualitas hidup yang buruk, sementara sebanyak 45 orang (48.9%) memiliki kualitas hidup baik. Terlihat bahwa pada lansia di Kelurahan Penanggungan distribusi antara kualitas hidup baik dan buruk tersebar hampir sama rata. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kathiravellu (2015) juga menunjukkan hasil yang mirip dengan hasil penelitian ini. Pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Petang II Kabupaten Badung Bali ditemukan bahwa terdapat selisih yang kecil antara lansia dengan kualitas hidup baik (49.5%) dan lansia dengan kualitas hidup buruk (50.5%). Hasil lain yang didapatkan dari pengukuran kualitas hidup lansia di Indonesia dengan latar belakang yang berbeda dapat dilihat dalam penelitian milik Puspawati dan Rekawati (2017). Sampel yang diteliti pada penelitian tersebut merupakan lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha di

Jakarta. Dari hasil penelitian, ditemukan bahwa 53,5% lansia memiliki kualitas hidup baik dan 42,6% memiliki kualitas hidup tidak baik.

Beberapa transkrip wawancara dengan lansia yang dikutip dalam penelitian oleh Van Leeuwen dkk. (2019) mengungkapkan bahwa kesehatan seringkali disebut sebagai komponen yang diperlukan bahkan dinilai paling penting dalam mendefinisikan kualitas hidup yang baik pada lansia. Persepsi kesehatan ditentukan oleh sejauh mana lansia merasa bugar dan aktif atau menderita akibat gangguan fisik, mental, dan kognitif. Kesehatan dianggap sebagai hal penting karena merupakan dasar bagi banyak aspek kualitas hidup lainnya. Kondisi kesehatan yang baik memfasilitasi kemampuan seseorang untuk dapat melakukan kegiatan yang bermakna, mengurus diri sendiri, melakukan tugas-tugas rumah tangga, serta untuk keluar, berkomunikasi, dan berpartisipasi dalam masyarakat. Murphy dkk. (2009) memperhatikan bahwa terutama ketika fungsi fisik mulai menurun, kebanyakan lansia cenderung mendefinisikan sehat dalam konteks kemampuan dibandingkan dengan ketiadaan dari penyakit. Kondisi kesehatan yang buruk pada lansia hanya akan dirasakan ketika mereka terhambat dalam melakukan aktivitas dalam hidupnya.

Oleh karena itu, dapat dipahami bahwa lansia mempertimbangkan pentingnya keutamaan kesehatan untuk kehidupan. Kapasitas fisik yang memadai dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan dalam melaksanakan otonomi pribadi dan berpartisipasi dalam masyarakat dengan tetap mempertimbangkan keterbatasan akibat usia. Lebih lanjut lagi, selain komponen fisik, kesehatan juga terdiri atas komponen psikologis dan sosial. Kesehatan psikologis dari kesehatan berfokus pada gejala psikologis sementara kesehatan sosial didefinisikan dari kemampuan individu untuk dapat berinteraksi dengan lingkungan sosialnya (Vinokur dkk., 1983).

Kepentingan akan faktor fisik, psikologis, dan sosial dalam usia tua yang sehat juga sudah disadari oleh tenaga kesehatan profesional dan para pemangku kebijakan (Beswick dkk., 2008). Terinspirasi oleh konsep yang dikemukakan oleh Walker (2002), World Health Organization (WHO) mulai mempromosikan program Active Ageing (AA) sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup lansia. Program ini berusaha meningkatkan kualitas hidup dengan cara mengoptimalkan kesempatan dalam kesehatan, keamanan, dan partisipasi untuk lansia. Maksud dari kata Active dalam Active Ageing mengacu pada keberlangsungan partisipasi lansia dalam aspek-aspek berbeda di kehidupan. Untuk mencapai tujuan dari program AA, WHO menentukan tujuh faktor penentu yang perlu dikaji dan diperhatikan. Faktor penentu tersebut terdiri dari faktor potong lintang yang mencakup kultur dan gender, faktor yang terkait dengan sistem pelayanan sosial dan kesehatan, faktor perilaku, faktor personal, faktor lingkungan fisik, faktor lingkungan sosial, dan faktor ekonomi (Van Malderen dkk., 2012). Fakta-fakta yang ada semakin memperkuat bukti mengenai pentingnya kualitas hidup lansia serta dibutuhkannya kerjasama lintas bidang untuk dapat merealisasikan kualitas hidup yang baik di masa-masa akhir kehidupan.

6.3 Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup pada lansia di Kelurahan Penanggungan

Dewasa ini telah terjadi revolusi demografis global yang ditandai dengan adanya pergeseran gambaran piramida penduduk dimana proporsi penduduk berusia lebih dari 60 tahun (lansia) mengalami peningkatan yang lebih cepat dibandingkan kelompok usia lainnya. Perubahan demografi ini perlu mendapatkan perhatian khusus karena lansia merupakan salah satu kelompok populasi berisiko yang masalah kesehatannya memiliki kemungkinan untuk

berkembang menjadi lebih buruk (Allender dkk., 2014). Pada masa lanjut usia, seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif, maupun dalam kehidupan psikososialnya (Papalia dkk., 2001). Perubahan-perubahan ini dapat berperan sebagai faktor stressor yang menyebabkan lansia rentan mengalami gejala kecemasan. Gejala kecemasan memiliki prevalensi yang tinggi pada kalangan lansia, bahkan hingga mencapai angka 24% (Bryant dkk., 2008). Kebanyakan gejala ini tidak memenuhi kriteria diagnostik untuk dikategorikan sebagai gangguan kecemasan, namun beberapa penelitian menyatakan bahwa gejala kecemasan maupun gangguan kecemasan sama-sama memiliki pengaruh negatif yang serupa pada kemampuan fungsional lansia dan menyebabkan peningkatan kerentanan terhadap penyakit (de Beurs dkk., 1999). Kesehatan dianggap sebagai hal yang utama bagi sebagian besar lansia dalam menjalani masa tua yang berkualitas (Marques dkk., 2014). Oleh karena itu, penelitian ini berusaha mencari tahu apakah terdapat hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia.

Hasil analisa hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup lansia di Kelurahan Penanggungan menggunakan uji *rank Spearman* memberikan nilai signifikansi atau nilai *p* sebesar 0.261 ($p > 0.05$). Nilai $p > 0.05$ memiliki arti bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup lansia. Hasil ini berlawanan dengan hasil dari penelitian yang pernah dilakukan pada lansia di Panti Wredha Dharma Bakti Pajang Surakarta. Pada penelitian tersebut, Suryani (2016) menemukan bahwa terdapat hubungan bermakna dengan korelasi negatif antara tingkat kecemasan terhadap kualitas hidup lansia. Hubungan ini menggambarkan bahwa semakin tinggi tingkat kecemasan maka kualitas hidup lansia akan mengalami penurunan.

Kontradiksi ini kemungkinan dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti konsep kecemasan, persepsi kualitas hidup pada lansia, serta faktor yang memediasi hubungan antara keduanya. Pada tahun 1985, Spielberger mengemukakan teorinya mengenai pembagian kecemasan menjadi dua konsep yang berbeda: *trait anxiety* dan *state anxiety*. *Trait anxiety* didefinisikan sebagai predisposisi respon individu terhadap stressor sementara *state anxiety* merupakan keadaan emosi yang ditandai dengan perasaan ketegangan dan ketakutan. Perbedaan kedua konsep ini dapat dianalogikan serupa dengan perbedaan antara energi potensial dan energi kinetik. Salah satu alat ukur kecemasan yang didasari pada konsep kecemasan dari Spielberger tersebut adalah *Taylor Manifest Anxiety Scale* yang digunakan pada penelitian ini. *TMAS* merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan seseorang sebagai sifat kepribadian. Penggunaan kata sifat atau *trait* memberikan implikasi adanya kecenderungan seseorang untuk bereaksi secara konsisten terhadap berbagai situasi yang dihadapinya (Endler dan Kocovski, 2001). Dengan begitu, dapat ditarik kesimpulan bahwa skor *TMAS* yang tinggi mencerminkan kecenderungan timbulnya gejala kecemasan pada individu ketika dihadapkan pada faktor stressor. Meski demikian, terdapat beberapa penentangan yang menyatakan bahwa individu selalu berperilaku secara koheren tanpa adanya konsistensi yang absolut maupun relative (Magnusson dan Endler, 1997). Tentang ini membuka peluang adanya ketidaksinkronan antara tingkat kecemasan lansia dengan gejala kecemasan yang timbul sehingga juga dapat mempengaruhi efeknya pada kesehatan dan kualitas hidup. Terdapat kemungkinan bahwa pada pengukuran tingkat kecemasan menggunakan *TMAS*, tingkat kecemasan ringan mungkin saja dapat menimbulkan gejala kecemasan yang patologis sementara tingkat kecemasan yang lebih tinggi dapat menimbulkan gejala kecemasan yang tidak signifikan.

Kemungkinan kedua berhubungan dengan persepsi lansia mengenai konsep kualitas hidup. Persepsi sangat berpengaruh dalam penilaian kualitas hidup karena sifat dari konsep kualitas hidup yang sangat subjektif. Pada lansia, persepsi mereka mengenai kualitas hidup berhubungan dengan ekspektasi yang dimiliki, pencapaian pribadi, dan juga titik referensi yang digunakan dalam menilai hidup mereka terutama mengenai kesehatannya. Dalam hal ini, kesehatan lansia dapat dideskripsikan sebagai fenomena relatif yang dapat disesuaikan dengan apa yang dianggap wajar jika dilihat bersamaan dengan usia, riwayat, dan kondisi sosial yang ada (Bergland dan Narum, 2007). Sebagai contoh, beberapa lansia memperlihatkan penerimaan atas rasa nyeri, kelelahan, dan penyakit yang dialaminya seiring dengan bertambahnya umur serta membandingkan kondisi mereka yang lebih baik jika dibandingkan dengan orang lain yang memiliki keadaan yang lebih buruk (Lysack dan Seipke, 2002). Fenomena ini menjelaskan mengapa lansia masih dapat menyatakan bahwa kesehatannya baik terlepas dari penyakit dan kesulitan yang diderita. Sebaliknya, lansia yang memiliki ekspektasi terlalu tinggi dan membandingkan keadaannya dengan saat waktu muda dapat menilai kondisi kesehatannya dengan tidak memuaskan.

Ketiga, terdapat faktor yang dapat memediasi hubungan antara kecemasan dan kualitas hidup. Salah satu faktor tersebut adalah dukungan sosial yang dimiliki oleh lansia. Jaringan dukungan sosial diartikan sebagai dukungan antara orang-orang yang saling mengenal dan menghasilkan efek emosional positif yang dapat menjadi faktor psikososial penting untuk meningkatkan kepuasan hidup. Sebuah jaringan merupakan sumber hubungan sosial yang ditandai dengan adanya hubungan timbal balik dan kasih sayang antar individu yang terlibat di dalamnya. Kawachi dan Berkman (2001)

menyatakan bahwa hubungan sosial memiliki beberapa tingkatan yang dapat memberikan efek positif pada kesehatan. Tingkat hubungan ini terbagi menjadi hubungan intim (seperti dalam ikatan pernikahan), hubungan eksternal (seperti kedekatan dengan saudara dan teman), dan hubungan 'lemah' (seperti partisipasi dalam aktivitas komunitas, kerja sukarelawan, dan aktivitas keagamaan). Jenis hubungan yang terakhir dikatakan lemah karena walaupun memberikan identitas sosial serta perasaan memiliki pada seseorang namun tidak secara kuat mempromosikan interaksi antar satu individu dengan individu lainnya. Perasaan dicintai dan dilindungi yang didapatkan dari dukungan sosial berhubungan dengan berkurangnya gejala kecemasan, depresi, dan somatisasi serta adaptasi yang lebih baik pada situasi bertekanan (Costa dan Ludermir, 2005). Beberapa penelitian juga telah menemukan hubungan positif antara dukungan sosial dengan pasien-pasien dengan gangguan mental. Strine dkk. (2008) menemukan bahwa orang yang tidak memiliki dukungan sosial, empat kali lebih mungkin menunjukkan gejala kecemasan. Sementara pada penelitian yang dilakukan oleh Portugal dkk. (2016), bahkan dengan kasus kecemasan, hubungan sosial yang kuat memiliki asosiasi positif dengan kualitas hidup sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa pada kasus tekanan emosional seperti pada kecemasan, dukungan sosial dapat menghasilkan efek positif pada hidup seseorang. Intervensi untuk meningkatkan jaringan dukungan sosial pada pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan untuk meminimisasi pengaruh negatif dari penyakit mental atau memberikan efek protektif terhadap perkembangan penyakit mental terutama pada lansia. Lansia dengan kecemasan ringan dapat memiliki kualitas hidup yang buruk jika dukungan sosialnya tidak baik dan lansia dengan kecemasan sedang atau berat dapat memiliki kualitas hidup yang baik jika dukungan sosial dari orang-orang

sekitarnya baik. Pada penelitian ini, tidak dilakukan pengukuran pada tingkat dukungan sosial yang diterima lansia di Kelurahan Penanggungan.

Faktor lain yang dapat memediasi hubungan antara tingkat kecemasan pada kualitas hidup lansia adalah karakteristik demografi responden.

Karakteristik demografi yang diteliti pada penelitian ini adalah jenis kelamin, usia, dan status pernikahan. Sebagian besar responden pada penelitian ini adalah

perempuan yang kebanyakan memiliki tingkat kecemasan ringan dan lebih dari separuhnya berkualitas hidup buruk. Penjelasan dari hal ini dapat dilihat dalam

penelitian milik Lipscombe dkk. (2014) yang menemukan bahwa gejala kecemasan ringan meningkatkan inaktivitas pada wanita, sementara pada pria

hanya kecemasan sedang dan berat yang dapat mempengaruhi aktivitas fisik. Jika dilihat berdasarkan status pernikahan, sebagian besar responden penelitian

ini berstatus telah menikah dengan sebagian besar memiliki tingkat kecemasan ringan dan separuhnya berkualitas hidup buruk. Seseorang yang telah menikah

memiliki kondisi mental yang lebih baik dibandingkan dengan orang yang bercerai atau ditinggal mati pasangannya (Bierman, 2009). Namun, melihat

hubungannya dengan kualitas hidup, Lee (1998) menemukan bahwa status menikah mempengaruhi kualitas hidup secara negatif pada pria sedangkan pada

wanita memberikan efek positif pada kualitas hidupnya. Perbedaan ini dapat dijelaskan oleh peran pria dalam konteks rumah tangga dimana tanggung

jawabnya sebagai tulang punggung keluarga bersilangan dengan peran ibu sebagai komando utama di rumah yang menciptakan beban bagi pria yang

sudah menikah (Ahn, 1995). Terakhir, berdasarkan distribusi rentang usia, mayoritas responden berada berusia antara 60 – 74 tahun dengan tingkat

kecemasan ringan dan kualitas hidup yang sama rata antara baik dan buruk.

Kualitas hidup terlihat cenderung fluktuatif sepanjang waktu dan lebih ditentukan oleh perubahan keadaan dibandingkan perubahan usia (Webb dkk., 2011).

Meskipun hasil penelitian ini tidak menunjukkan hubungan statistik yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia. Tetap perlu diperhatikan bahwa arah hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup sesuai dengan hipotesis yang diajukan dimana meningkatnya kecemasan pada lansia menunjukkan kecenderungan turunnya kualitas hidup.

6.4 Implikasi Kedokteran

Implikasi yang dimiliki penelitian ini terhadap bidang kedokteran adalah sebagai sumber informasi dan pengetahuan untuk meningkatkan kesadaran terutama pada dokter umum mengenai pengaruh kecemasan pada kesehatan dan kualitas hidup lansia. Kualitas hidup yang baik ditetapkan sebagai *outcome* dalam pelayanan dan perawatan lansia sehingga diharapkan dokter dapat memberikan intervensi yang sesuai pada gejala kecemasan di setting klinis.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan mengikuti prosedur ilmiah yang sesuai, namun peneliti menyadari masih banyak kekurangan yang disebabkan oleh:

1. Waktu penelitian dan tenaga peneliti terbatas sehingga menyebabkan karakteristik populasi yang dijadikan sampel dalam penelitian juga terbatas dan keberagaman karakteristik kurang mewakili (sebagian besar responden adalah lansia yang dapat mengikuti kegiatan di Kelurahan sehingga tidak dapat mewakili lansia yang mungkin memiliki keterbatasan gerak yang berat).

2. Pada sampel lansia terdapat faktor perancu (kepribadian dan dukungan sosial) yang mungkin dapat menyamakan hubungan antar variabel yang sebenarnya.

3. Kuesioner yang digunakan masih memiliki jumlah item yang terlalu banyak bagi lansia sehingga pada saat pengisian kuesioner, ketika lansia mulai bosan, jawaban yang diberikan mungkin tidak akurat.

4. Pengumpulan data dan wawancara dilakukan oleh beberapa orang sehingga pernyataan kuesioner dapat ditafsirkan secara berbeda-beda.



BAB 7 PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian “Hubungan antara Tingkat Kualitas Hidup dengan Kualitas Hidup Lansia di Kelurahan Penanggungan Malang” adalah sebagai berikut.:

1. Sebagian besar responden lansia di Kelurahan Penanggungan Malang sebanyak 64 orang (69.6%) memiliki tingkat kecemasan yang ringan. Adapun sisanya yang memiliki kecemasan sedang berjumlah 27 orang (29.4%) dan 1 orang (1%) memiliki tingkat kecemasan berat.
2. Pada responden lansia dari Kelurahan Penanggungan, sebanyak 47 orang (51.1%) memiliki kualitas hidup yang buruk sementara sebanyak 45 orang (48.9%) memiliki kualitas hidup baik. Persebaran kualitas hidup baik dan buruk hampir sama rata.
3. Tidak terdapat hubungan yang bermakna ($p > 0.05$) atau korelasi signifikan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Penanggungan Malang. Nilai r yang negatif menunjukkan hubungan yang tidak searah antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup lansia.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian diatas, ada beberapa saran yang bias diberikan kepada pihak-pihak terkait sebagai berikut:

1. Bagi Tenaga Kesehatan: Kecemasan pada lansia sudah terbukti sering terabaikan dan tidak terdeteksi sehingga diperlukan kesadaran dari tenaga kesehatan untuk dapat mendeteksi serta menanganinya.

2. Bagi Masyarakat: Masyarakat terutama yang memiliki anggota keluarga lansia perlu turut ikut andil dalam usaha mempertahankan kualitas hidup yang baik pada lansia, salah satunya dengan cara memberikan dukungan untuk mencegah terjadinya kecemasan pada lansia.
3. Bagi Akademisi: Penelitian selanjutnya diharapkan menggunakan sampel yang lebih besar dan bervariasi agar hasil yang dari penelitian dapat merepresentasikan populasi dengan akurat serta menggunakan kuesioner yang lebih mudah dipahami dan dikerjakan oleh lansia.
4. Bagi Pemerintah: Sesuai dengan hasil penelitian ini, sasaran promosi kesehatan tentang kualitas hidup lansia dapat ditekankan pada cara penanganan dan pencegahan kecemasan pada lansia, terutama dengan menekankan pentingnya dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman.
5. Bagi Kelurahan Penanggung: Dengan ditemukannya lansia dengan tingkat kecemasan sedang dan lansia dengan kualitas hidup buruk, diperlukan kegiatan rutin yang melibatkan lansia dan bertujuan untuk menjaga serta meningkatkan kesehatan lansia seperti posyandu lansia.

DAFTAR PUSTAKA

Aalami O.O., *et al.*, 2003. Physiological Features of Aging Person. *Arch Surg*, 138(10), 1068–1076

Ahn, B., 1995. The College Admission and the Family: Centering on the Role of the Father. *Korea Journal*, 35(2): 74 – 88.

Aldwin, C.M., 1991. Does age affect the stress and coping process? Implications of age in perceived control. *J Gerontol*, 46(4), 174-180

Allender, J.A., Rector, C., dan Warner, K.D., 2014. *Community and Public Health Nursing: Promoting the Public Health* (8th edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Anderson, K.L. and Burckhardt, C.S., 2001. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of advanced nursing*, 29(2), pp.298-306.

Andri, F., 2009. Hubungan Dukungan Sosial terhadap Tingkat Kecemasan Lansia yang Tidak Memiliki Pasangan Hidup di Panti Sosial Tresna Werdha Unit Abiyoso Yogyakarta. *Skripsi*. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Andri, Yenny Dewi. 2007. Teori Kecemasan Berdasarkan Psikoanalisis Klasik dan Berbagai Mekanisme Pertahanan terhadap Kecemasan. *Jurnal Sains dan Praktik Psikologi*, 57(7), 102-133

Ayers, C.R., Sorrell, J.T., Thorp, S.R. and Wetherell, J.L., 2007. Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and aging*, 22(1), p.8.

de Beurs, E., Beekman, A.T., van Balkom, A.J., Deeg, D.J., van Dyck, R., van Tilburg, W., 1999. Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol. Med.* 29, 583–593.

Bergland, A. and Narum, I., 2007. Quality of life demands comprehension and further exploration. *Journal of Aging and Health*, 19(1), pp.39-61.

Beswick, A.D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J. and Ebrahim, S., 2008. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 371(9614), pp.725-735.

Bierman, A., 2009. Marital status as contingency for the effects of neighborhood disorder on older adults' mental health. *Journals of Gerontology: Series B*, 64(3), pp.425-434.

Brenes, G.A., 2007. Anxiety, Depression, and Quality of Life in Primary Care Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 9, 437-443

Bryant, C., Jackson, H. and Ames, D., 2008. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *Journal of affective disorders*, 109(3), pp.233-250.

Bryant, C., Mohlman, J., Gum, A., Stanley, M., Beekman, A.T., Wetherell, J.L., Thorp, S.R., Flint, A.J. and Lenze, E.J., 2013. Anxiety disorders in older adults: Looking to DSM5 and beyond.... *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(9), pp.872-876.

Calleo, J., Stanley, M.A., Greisinger, A., Wehmanen, O., Johnson, M., Novy, D.,

Wilson, N. and Kunik, M., 2009. Generalized anxiety disorder in older medical

patients: diagnostic recognition, mental health management and service utilization. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 16(2), pp.178-185.

Carstensen, L. L., & Mikels, J. A. 2005. At the Intersection of Emotion and Cognition: Aging and the Positivity Effect. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 117-121

Chapman, D.P, dan Perry, G.S., 2008. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis*, 5(1), A22.

Charles, S.T., 2010. Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological bulletin*, 136(6), p.1068.

Christiansen, D.M., 2015. Examining Sex and Gender Differences in Anxiety Disorders. Available from: <http://www.intechopen.com/> [Accessed 11 July 2019]

Ciorba, A., Bianchini, C., Pelucchi, S. dan Pastore, A., 2012. The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical interventions in aging*, 7, 159.

Costa AG dan Ludermir AB, 2005. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.21, n.1, pp.73-79.

Dahlan, M.S., 2008. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan (3rd edition)*. Jakarta: Salemba Medika

Darmojo, R.B., 2010. *Buku Ajar Geriatrik (Ilmu Kesehatan Lanjut Usia)*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Donner, N.C., dan Lowry, C.A., 2013. Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Plufgers Arch*, 465(5), 601-626

Dubey, A., Bhasin, S., Gupta, N., & Sharma, N. 2011. A Study of Elderly Living in Old Age Home and Within Family Set-up in Jammu. *Studies on Home and Community Science*, 5(2), 93–98.

Endarti, D., Riewpaiboon, A., Thavorncharoensap, M., Praditsithikorn, N., Hutubessy, R. and Kristina, S.A., 2015. Evaluation of health-related quality of life among patients with cervical cancer in Indonesia. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(8), pp.3345-50.

Endler, N.S. and Kocovski, N.L., 2001. State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 15(3), pp.231-245.

Fauziah, Fitri dan Widuri, Julianty. 2007. Psikologi Abnormal Klinis Dewasa. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press)

Ferrans, C.E., dan Powers, M.J., 1992. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health*; 15: 29-38.

Fillit, H.M., Rockwood, K., dan Woodhouse, K., 2010. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Philadelphia: Saunders

Folkman, S. and Lazarus, R.S., 1986. Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), p.107.

Garcia, L.M.R, dan Navarro, J.M.R., 2018. The Impact of Quality of Life on The Health of Older People from a Multidimensional Prespective. *Journal of Aging Research*

Greenberg, 2004. *Manajemen Pikiran: Metode Ampuh Menata Pikiran Untuk Mengatasi Depresi, Kemarahan, Kecemasan, dan Perasaan Merusak Lainnya*. Bandung: Kaifa

Hawari, D., 2008. *Manajemen Stress, Cemas, dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Heningsih, 2014. Gambaran Tingkat Ansietas pada Lansia di Panti Wredha Dharma Bhakti Kasih Surakarta. *Skripsi*. Stikes Kusuma Husada

Hidayah, N., 2010. Perbedaan Tingkat Kecemasan Antara Siswa Putra dan Putri Kelas X Dalam Menghadapi Ujian Akhir Semester Pada SMA Nu Al Ma' Ruf Kudus. *Skripsi*. Universitas Sebelas Maret, Surakarta.

Hurlock, E.B., 2003. *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga

Jorm, A.F., Christensen, H.E.K.A., Korten, A.E., Henderson, A.S., Jacomb, P.A. and Mackinnon, A., 1997. Do cognitive complaints either predict future cognitive decline or reflect past cognitive decline? A longitudinal study of an elderly community sample. *Psychological medicine*, 27(1), pp.91-98.

Kathiravellu, S., 2016. Hubungan Status Depresi terhadap Kualitas Hidup Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Petang II Kabupaten Badung Bali Tahun 2015. *Intisari Sains Medis*; 6: 92-96.

Kawachi I, Berkman LF, 2001. Social ties and mental health. *J Urban Health*; 78:458-67.

Keumala, M., 2012. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Lansia di Desa Lambaro Kecamatan Kuta Alam Banda Aceh Tahun 2012. *Skripsi*. Universitas Syiah Kuala, Aceh

Kemendes RI, 2017. *Analisis Lansia di Indonesia*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemendes RI. Available from: <http://www.depkes.go.id/> [Accessed 28 September 2018]

Lee, S., 1998. Marital status, gender, and subjective quality of life in Korea. *Development and society (Soul Taehakkyo. Institute for Social Development and Policy Research)*, 27(2), p.35.

Lauderdale SA, Sheikh JI. Anxiety disorders in older adults. *Clin Geriatr Med* 2003;19: 721-741.

Lipscombe, C., Smith, K. J., Gariépy, G., & Schmitz, N. (2014). Gender Differences in the Relationship between Anxiety Symptoms and Physical Inactivity in a Community-Based Sample of Adults with Type 2 Diabetes.

Canadian Journal of Diabetes, 38(6), 444–450.

Lysack, C.L. and Seipke, H.L., 2002. Communicating the occupational self: A qualitative study of oldest-old American women. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(3), pp.130-139.

Netuveli, G. and Blane, D., 2008. Quality of life in older ages. *British medical bulletin*, 85(1), pp.113-126.

Notoarmodjo, 2007. *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta

Nugroho, W., 2008. *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta: EGC

Nur Rochman, Kholil. 2010. *Kesehatan Mental*. Purwokerto: Fajar Media Press

Magnusson, D., and Endler, N.S., 1997. Interactional psychology: present status and future prospects. In: D. Magnusson, & N. S. Endler (Eds.), *Current issues in interactional psychology* (pp. 3-36). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Maina, G., et al., 2016. Anxiety and Depression. *Journal of Psychopathology*, 22, 236-250

Makai, P., Brouwer, W.B., Koopmanschap, M.A., Stolk, E.A. and Nieboer, A.P., 2014. Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review. *Social science & medicine*, 102, pp.83-93.

Maramis, 2016. Kebermaknaan Hidup dan Kecemasan dalam Menghadapi Kematian pada Lansia di Panti Wredha Samarinda. *eJournal Psikologi*, 4(3), 319-332

Marques, B.G., Maria, E., Serdio Sánchez, C. and Palacios Vicario, B., 2014. Perception of the quality of life of a group of older people. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1).

Matheson, K. and Anisman, H., 2003. Systems of coping associated with dysphoria, anxiety and depressive illness: a multivariate profile perspective. *Stress*, 6(3), pp.223-234.

McDowell, I., 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford: Oxford University Press

Murphy, K., Cooney, A., Shea, E.O. and Casey, D., 2009. Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community. *Journal of advanced Nursing*, 65(3), pp.606-615.

Papalia, D.E., Old, S.W., dan Feldman, R.D., 2001. *Perkembangan Manusia*. Jakarta: Salemba Humanika

Portugal, F.B., Campos, M.R., Correia, C.R., Gonçalves, D.A., Ballester, D., Tófoli, L.F., Mari, J.D.J., Gask, L., Dowrick, C., Bower, P. and Fortes, S., 2016. Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care. *Cadernos de saude publica*, 32, p.e00165115.

Pozzi, G., Frustaci, A., Tedeschi, D., Solaroli, S., Grandinetti, P., Di Nicola, M. and Janiri, L., 2015. Coping strategies in a sample of anxiety patients: factorial analysis and associations with psychopathology. *Brain and behavior*, 5(8), p.e00351.

Pranarka, K., 2006. Penerapan Geriatrik Kedokteran Menuju Usia Lanjut Yang Sehat. *Universa Medicina*, 25 (4), 187-197

Prévile, M., Hébert, R., Bravo, G. and Boyer, R., 2002. Predisposing and facilitating factors of severe psychological distress among frail elderly

adults. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, 21(2), pp.195-204.

Prihandiwati, E., Pratiwi, M.D., Ayuhecacia, N., Ariani, N., Aisyah, N. and

Mardiana, M., 2019. Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin. *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina*, 4(1), pp.176-185.

Puspadewi, A.A.R. and Rekawati, E., 2017. Depresi Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Di Jakarta. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(3), pp.133-138.

Rohmah, N., Ika, A., Purwaningsih, P. and Bariyah, K., 2012. Kualitas Hidup Lanjut Usia. *Jurnal Keperawatan*, 3(2).

Rohmawati, N., Asdie, A.H. and Susetyowati, S., 2015. Tingkat kecemasan, asupan makan, dan status gizi pada lansia di Kota Yogyakarta. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 12(2), pp.62-71.

Sadock, B.J., Sadock, V.A., dan Ruiz, P., 2010. *Buku Ajar Psikiatri Klinis Kaplan & Saddock*. Jakarta: EGC

Schwartz, 2000. *Abnormal Psychology: a discovery approach*. California: Mayfield Publishing Company

Scrable, H., Burns-Cusato, M., dan Medrano, S., Anxiety and the aging brain: stressed out over p53. *Biochim Biophys Acta*, 1790(12), 1587-1591

Setiati, S., Harimurti, K., Dewiasty, E. and Istanti, R., 2011. Predictors and scoring system for health-related quality of life in an Indonesian community-dwelling elderly population. *Acta Med Indones*, 43(4), pp.237-242.

Setiawan, H., 2017. Perbedaan Tingkat Kecemasan dan Depresi Lansia yang Melakukan Senam Lansia dan Tidak di Panti Wredha Dharma Bhakti Surakarta. *Disertasi*. Universitas Sebelas Maret, Surakarta

Setiawati, 2008. *Penuntun Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: TIM

Spielberger, C. D., 1972. *Anxiety: Current trends in theory and research: I*. New York : Academic Press

Spielberger, C.D., 1985. *Anxiety, cognition and affect: A state-trait perspective*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Stanhope, M. dan Lancaster, J., 2004. *Community and Public Health Nursing*. St Louis Missouri: Mosby

Stanley, M., 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC

Strine, T.W., Chapman, D.P., Kobau, R. and Balluz, L., 2005. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(6), pp.432-438.

Strine, T.W., Chapman, D.P., Balluz, L. and Mokdad, A.H., 2008. Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(2), pp.151-159.

Stuart, G.W., dan Sundeen, A.J, 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 6*. Jakarta: EGC

Subandi, M.A., 2002. *Psikoterapi Pendekatan Konvensional dan Kontemporer*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Sugiyono, 2015. *Metode Penelitian & Pengembangan (Research and Development)*. Bandung: Penerbit Alfabeta

Sundari S. dan Rumini S., 2004. *Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: Rineka Cipta

Sumbung, M.W., Ratag, B.T. and Sekeon, S.A., 2017. Gambaran Kualitas Hidup pada Kelompok Lanjut Usia dengan Hipertensi di Kelurahan Kinilow Kecamatan Tomohon Utara Kota Tomohon Tahun 2017. *Media Kesehatan*, 9(3).

Suprajitno, 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*.

Jakarta: EGC

Suryani, 2016. Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup

Lanjut Usia di Panti Wredha Darma Bhakti Pajang Surakarta. *Skripsi*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Sutikno, E., 2011. Hubungan Fungsi Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia.

Tesis. Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta

Suwendar, S., Fudholi, A., Andayani, T.M. and Sastramihardja, H.S., 2017.

Evaluasi Kualitas Hidup dengan Kuesioner EQ-5D pada Pasien Kanker Serviks Rawat Inap Sebelum dan Setelah Kemoterapi. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 6(1), pp.1-10.

Tales, A. and Basoudan, N., 2016. Anxiety in old age and dementia-Implications for clinical and research practice. *Neuropsychiatry*, 6(4), pp.142-148

Tesch-Roemer, C., 2012. *Active Ageing and Quality of Life in Old Age*. Geneva:

United Nations Publication. Available from: <https://www.unece.org/> [Accessed 28 September 2018]

Van Leeuwen, K.M., Van Loon, M.S., Van Nes, F.A., Bosmans, J.E., De Vet,

H.C., Ket, J.C., Widdershoven, G.A. and Ostelo, R.W., 2019. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PloS one*, 14(3), p.e0213263.

Van Malderen, L., Mets, T. and Gorus, E., 2013. Interventions to enhance the

Quality of Life of older people in residential long-term care: a systematic review. *Ageing research reviews*, 12(1), pp.141-150

Vinokur, A., Cannell, C.F., Eraker, S.A., Juster, F.T., Lepkowski, J.M., and

Mathiowetz, N. 1983. *Cost-Effectiveness of Pharmaceuticals Report*

Series. Report 6: The Role of Survey Research in the Assessment of Health

and Quality-of-Life Outcomes of Pharmaceutical Interventions. Ann Arbor, Mich.: Institute for Social Research/University of Michigan

Walker, A., 2002. A strategy for active ageing. *International social security review*, 55(1), pp.121-139.

Webb, E., Blane, D., McMunn, A. and Netuveli, G., 2011. Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(6), pp.542-547.

Whynes, D.K., 2013. Does the correspondence between EQ-5D health state description and VAS score vary by medical condition?. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 155.

Wiguna, I.M.S, dan Ibrahim, A.S., 2003. Perbandingan Gangguan Ansietas Dengan Beberapa Karakteristik Demografi pada Wanita Usia 15-55 Tahun. *Jurnal Kedokteran Trisakti*, 22, 87-91

Wijaya, R., 2014. Perbedaan Kejadian Kecemasan Siswa Kelas Akselerasi dan Kelas Reguler di SMAN 1 Padang. *Skripsi*. Universitas Andalas

World Health Organization, 2011. *Global Health and Aging*. United States: National Institute on Aging. Available from: <http://www.who.int/> [Accessed 28 September 2018]