

**KUALITAS HIDUP LANSIA (STUDI KASUS DI PONDOK
LANSIA AL-ISHLAH BLIMBING MALANG)**

SKRIPSI



Oleh:

**Nusaibah Nur Furqani Z.A
13410130**

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG
2018**

**KUALITAS HIDUP LANSIA (STUDI KASUS DI PONDOK LANSIA
AL-ISHLAH BLIMBING MALANG)**

SKRIPSI

Diajukan Kepada

Dekan Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang

Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Dalam

Memperoleh Gelar Sarjana Psikologi (S.Psi)

Oleh

Nusaibah Nur Furqani Z.A

13410130

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG
2018**

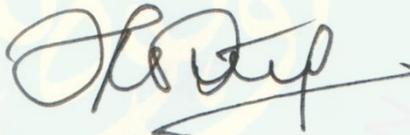
HALAMAN PERSETUJUAN

**KUALITAS HIDUP LANSIA (STUDI KASUS DI PONDOK
LANSIA AL-ISHLAH BLIMBING MALANG)**

SKRIPSI

Oleh:
NUSAIBAH NUR FURQANI Z.A
NIM : 13410130

Telah disetujui oleh:
Dosen Pembimbing Skripsi



Tristiadi Ardi Ardani, M.Si Psi.
NIP. 19720118 199903 1 002

Malang, 04 Januari 2018

Mengetahui,
Dekan Fakultas Psikologi



Dr. Siti Mahmudah, M.Si
NIP. 19671029 199403 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

KUALITAS HIDUP LANSIA (STUDI KASUS DI PONDOK LANSIA AL-ISHLAH BLIMBING MALANG)

SKRIPSI

Oleh:
NUSAIBAH NUR FURQANI Z.A
NIM : 13410130

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Dinyatakan Diterima sebagai
Salah Satu Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Psikologi (S.Psi)
Tanggal 15 Januari 2018

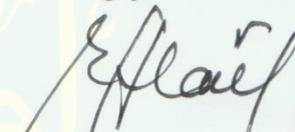
SUSUNAN DEWAN PENGUJI DAN TANDA TANGAN

Dosen Pembimbing



Tristiadi Ardi Ardani, M.Si Psi
NIP. 19720118 199903 1002

Penguji Utama



Dr. Elok Halimatus Sa'diyah, Msi
NIP. 19740518 200501 2 002

Ketua Penguji



Muhammad Jamaluddin, M.Si
NIP. 19801108 200801 1 007

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Psikologi
UIN Maulana Malik Ibrahim Malang



Dr. Siti Mahmudah, M.Si
NIP. 19671029 199403 2 001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nusaibah Nur Furqani Z.A

NIM : 13410130

Fakultas : Psikologi

Menyatakan bahwa skripsi yang saya buat dengan judul “**Kualitas Hidup Lansia (Studi kasus di pondok lansia Al-Ishlah blimbing malang)**”, adalah karya sendiri dan bukan karya orang lain, baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi akademis.

Malang, 04 Januari 2018

Peneliti,



Nusaibah Nur Furqani Z.A
13410130

MOTTO

إِنْ يَنْصُرْكُمُ اللَّهُ فَلَا غَالِبَ لَكُمْ وَإِنْ يَخْذُلْكُمْ فَمَنْ ذَا الَّذِي يَنْصُرُكُمْ مِنْ
بَعْدِهِ وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ

Jika Allâh menolong kamu, maka tak adalah orang yang dapat mengalahkan kamu; jika Allâh membiarkan kamu (tidak memberi pertolongan), maka siapakah gerangan yang dapat menolong kamu (selain) dari Allâh sesudah itu? Karena itu hendaklah kepada Allâh saja orang-orang mu'min bertawakkal. (QS.3:160)

HALAMAN PERSEMBAHAN

Skripsi ini dipersembahkan untuk :

1. Orang tua terkasih (mama dan papa yang ananda cintai dan sayangi, tanpa kalian ananda tidak akan sampai ke tahap ini. Tahap yang pernah mama dan papa alami juga. Terimakasih atas dukungan, dan doa-doa buat ananda.
2. Untuk M.Amin Al-mujaddid, Muhammad Faqih, dan Sofian tari adik-adik penulis tercinta. Penulis selalu merindukan kalian bertiga hingga tidak mampu menahan rindu, tapi ketika melihat wajah kalian, penulis sangat rindu, mendengar suara manis kalian, penulis ingin segera bertemu dengan adik-adik sekalian.
3. Untuk dosen pembimbing saya, pak Tristiadi Ardi Ardani yang telah membimbing saya, dengan sabar menghadapi segala tingkah laku saya, dengan sabar mengarahkan kepada penulis tentang penulisan skripsi ini, beribu-ribu maaf dan beribu-beribu terimakasih penulis sampaikan.
4. Untuk Dosen wali saya, Bu endah kurniawati terimakasih atas segala waktu yang diberikan, terimakasih atas arahan dan bimbingan mata kuliah saya selama ini.
5. Untuk sahabat, teman-teman saya terimakasih atas dukungan, dan doa-doa, dan semangat kepada saya (Egga, Eni, Kifti, Lyna, dan Meli)
6. Terakhir kepada seluruh pengurus panti lansia Al-Ishlah Blimbing Malang terimakasih atas ijin, waktu dan kerjasama semuanya. Karena kalian, saya bisa menambah pengetahuan, pengalaman lebih banyak.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur dan terucap Alhamdulillah, Kepada Allah SWT yang maha sempurna dan maha benar, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, yang telah memberikan kekuatan lahir dan batin kepada peneliti, sehingga dapat menyelesaikan tugas akhir, penyusunan karya ini. Shalawat serta salam selalu dihaturkan kepada baginda Rasulullah Nabi Muhammad SAW. Yang membawa zaman kegelapan menuju zaman yang penuh dengan cinta Allah SWT , penuh kasih sayang dan Rahmat.

Peneliti menyadari bahwa tersusunnya sebuah karya tulis ini tidak semata-mata atas usaha penulis sendiri. Melainkan kepada pihak yang berkontribusi. untuk itu, peneliti ucapkan banyak terimakasih atas dukungan, bantuan moril maupun materil, dengan segala masukan kepada:

1. Prof. Dr. Abdul Haris, M.Ag., Selaku rektor Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang
2. Dr. Siti Mahmudah, M. Si., Selaku dekan Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang
3. Bapak Tristiadi Ardi Ardani, M. Si.Psi selaku dosen pembimbing yang senantiasa memberikan masukan dan arahan, motivasi serta berbagi pengalaman dan pengetahuan yang berharga kepada peneliti
4. Ibu Dr. Endah Kurniawati Purwaningtyas, M.Psi yang dengan sabar membimbing, memberikan saran, masukan dan nasehat-nasehat kepada peneliti selama masa studi.

Malang, 4 januari 2018

Nusaibah Nur Furqani Z.A
13410130

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN	v
MOTTO	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
ABSTRAK.....	xv
ABSTRACK	xvi
مستخلص البحث.....	xvii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	15
C. Tujuan Penelitian	15
D. Manfaat Penelitian	16
BAB II.....	17
KAJIAN TEORI	17
A. Pengertian kualitas hidup	17

B. Lanjut Usia	21
C. Teori Biologis mengenai proses penuaan.....	22
D. Karakteristik Lansia.....	25
E. Perubahan yang terjadi pada lanjut usia.....	26
F. Perkembangan Masa Dewasa Akhir.....	30
BAB III.....	41
METODE PENELITIAN.....	41
A. Kerangka Penelitian.....	41
1. Pendekatan penelitian.....	41
2. Tahapan penelitian	42
B. Sumber data	45
C. Lokasi Penelitian.....	46
D. Teknik pengumpulan data.....	47
a. wawancara.....	47
b. observasi.....	49
c. Dokumentasi.....	50
E. Analisis Data.....	51
1. Teknik analisis data.....	52
2. Koding.....	52
3. Kategorisasi.....	53
F. Keabsahan/kredibilitas Data	53
BAB IV	55
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	55
A. Gambaran umum Pondok lansia Al-Ishlah.....	55
B. Sejarah berdirinya pondok lansia Al-Ishlah.....	55
1. Visi misi pondok lansia Al-ishlah	55
2. Struktur kepengurusan pondok lansia Al-Ishlah	56
3. Fasilitas	56
4. Program Pelaksanaan	57
B. Temuan Lapangan dan pembahasan.....	57
a. Setting Personal Responden penelitian.....	57

b. perjalanan hidup responden 1.....	59
c. perjalanan hidup responden 2.....	60
d. perjalanan hidup responden 3.....	62
e. Proses kualitas hidup lansia yang tinggal di pondok al-Ishlah.....	62
d. Faktor Protektif kualitas hidup lansia	88
f. Faktor Resiko kualitas hidup lansia	91
BAB V	97
KESIMPULAN DAN SARAN	97
A. Kesimpulan	97
B. Saran.....	97
DAFTAR PUSTAKA.....	98
LAMPIRAN	102

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Fokus penelitian.....	28
Gambar 3.2 Skema responden 1.....	29
Gambar 3.3. Skema responden 2.....	30
Gambar 3.4. Skema responden 3.....	31



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Profil Responden.....	29
Tabel 3.2 Informan	30



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 bukti konsultasi
- Lampiran 2 Pedoman umum wawancara
- Lampiran 3 contoh lembar Observasi
- Lampiran 4 verbatim wawancara umum responden 1
- Lampiran 5 verbatim wawancara umum responden 2
- Lampiran 6 verbatim wawancara umum responden 3
- Lampiran 7 verbatim wawancara kualitas hidup lansia responden 1
- Lampiran 8 verbatim wawancara kualitas hidup lansia responden 2
- Lampiran 9 verbatim wawancara kualitas hidup lansia responden 3
- Lampiran 11 Indonesia WHOQL
- Lampiran 12 Naskah Publikasi

ABSTRAK

Abstrak: Nur Furqani, Nusaibah (2018) Kualitas hidup lansia dan upaya lansia dalam mengatasi kesepian (Studi Kasus Di Pondok Al-Ishlah Blimbing Malang). Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.

Dosen Pembimbing : Tristiadi Ardi Ardani , M.Si. Psi.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana Tingkat kualitas hidup lansia berdasarkan aspek-aspek. dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia di pondok Al-Ishlah Blimbing Malang.

Subyek dalam penelitian ini adalah lansia yang tinggal di Pondok Al-Ishlah Blimbing Malang. Sasaran kepada lansia perempuan. Metode penelitian yang digunakan adalah wawancara, observasi dan dokumentasi. Sedangkan untuk menganalisis data yang diperoleh setelah melakukan penelitian, penulis menggunakan analisa reduksi data yaitu mengumpulkan data, mengkategorisasikan data, menyajikan data, penarikan kesimpulan dan verifikasi.

Dari hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa ketiga subjek (lansia) yang tinggal di Pondok Al-Ishlah blimbing malang yaitu responden pertama memiliki kualitas hidup kategori relatif rendah secara aspek fisik dan psikologis sedangkan kategori relative sedang pada aspek lingkungan dan hubungan sosial. Responden kedua memiliki kualitas hidup kategori relatif sedang pada aspek fisik dan tinggi pada aspek psikologis sedangkan pada aspek lingkungan dan hubungan sosial memiliki kualitas hidup kategori relative tinggi. Sementara responden 3 memiliki tingkat kualitas hidup kategori relative sedang pada aspek fisik, kategori relative tinggi pada aspek psikologis, dan pada aspek lingkungan dan hubungan sosial memiliki kualitas hidup yang kategori relative tinggi.

Kata Kunci: Kualitas hidup, Lansia

ABSTRACT

Abstrak: Nur Furqani, Nusaibah (2018) qualities of life elderly and efforts to overcome the problem of loneliness experienced by the elderly (Case study in Al-Ishlah Blimbing Malang). Faculty Psychology Islamic University Islam Maulana Malik Ibrahim Malang.

Advisor : Tristiadi Ardi Ardani M.Si.Psi.

The purpose of this research is to describe aspects qualities of life elderly and to know an overview experienced by the elderly in the cottage at Al-Ishlah blimbing malang,

The subject of this research is elderly that live in the elderly cottage at Al-ishlah blimbing malang. The targeted of this research is to elderly women. Research method that used in this research is interview, observation and documentation. To analyse the data that was obtained after doing research, the writer using data reduction to analysis that are collecting data, categorizing data, serve data, drawing conclusion and verification.

The result of this research, it can be conclude that three subject (elderly) that live in cottage at Al-ishah blimbing malang to first subject has a lower quality of life, and to second and three subject have the quality of life of the medium. While the problem of loneliness, the first subject experience social loneliness, situasional loneliness dan emotional, to second and three subject experiencing loneliness ssituasional the loneliness that they experience they can be overcome with the efforts of the elderly themselves as well as family supports and caring of people around. Because the subject that has high quality of life will able to more communicate, meet, mingle, and organize their own feelings so always positive thinking. While the elderly with low quality of life to be sensitive, aloof, and rarely to communicate.

Keywords: The quality of life, elderly

مستخلص البحث

نور فرقاني، نصيبة (2018م)، نوعية الحياة لكبار السن وجهوده في التعامل علي الشعور بالوحدة (دراسة الحالة في معهد الإصلاح بليمبينج مالانج). كلية علم النفس بجامعة الإسلامية الحكومية مولانا مالك إبراهيم مالانج.

المشرف : Tristiadi Ardi Ardani, M. Si.Psi.

الغرض من هذا البحث لوصف جوانب نوعية الحياة كبار السن و معرفة لمحة عامة عن المشكلة علي الشعور بالوحدة الذي يعاني منها كبار السن في معهد الإصلاح بليمبينج مالانج، وكيف جهودها في التعامل او التصدي لمشكلة الشعور بالوحدة بمعهد الإصلاح.

الموضوعات في هذا البحث هي كبار السن الذي يعيش في معهد الإصلاح بليمبينج مالانج. الهدف هو الي كبار السن من النساء. طريقة البحث هي المقابلة، والملاحظة، والوثائق. أما لتحليل البيانات المحصلة بعد البحوث ، تستخدم الباحثة تحليل الحد من البيانات وهو جمع البيانات، تصنيف البيانات، عرض البيانات، انسحاب الخلاصة، و التحقيق.

من حصول البحث، أخذنا الخلاصة أنّ هذا الموضوع الثلاثة (كبار السن) الذي يعيش في معهد الإصلاح بليمبينج مالانج . في الموضوع الأول له انخفاض من نوعية الحياة، الموضوع الثاني والثالث لهما نوعية الحياة البسيطة. وأما مشكلة الشعور بالوحدة يعني الموضوع الأول له الشعور بالوحدة المزمنة، الموضوع الثاني والثالث لهما الوحدة المؤقتة (١) . الشعور بالوحدة يستطيع أن يجلّه بالجهود والمحاولة من كبار السن نفسه مع الدفع من الأهل والإهتمام من حولهم. لأن الموضوع الذي له نوعية الحياة العالية قادرة أكثر للتواصل، واللقاء، والمعاملة وكذلك تنظيم مشاعرهم الخاصة حتي لهم التفكير الإيجابي. أما كبار السن بنوعية المزمنة تميل أن تكون الحساسية، والعزلة، ونادر للتواصل.

الكلمات الأساسية: نوعية الحياة، الشعور بالوحدة، كبار السن، والجهد

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Beberapa ahli perkembangan membedakan antara tua-awal (65 hingga 74 tahun), dan tua-menengah, atau lanjut usia (75 tahun atau lebih) (Charness & Bosman, 1992). Kini sebagian orang yang tergolong tua-akhir adalah wanita dan mayoritas dari para wanita ini adalah janda, hidup sendiri atau tinggal di institusi/panti jompo. Kadangkala banyak diantara mereka juga tinggal di rumah sakit selama tahun-tahun terakhir masa hidupnya; banyak juga yang meninggal sendirian di rumah sakit atau di panti jompo. Kebutuhan, kapasitas, dan sumber daya mereka sering kali berbeda dibandingkan orang lanjut usia yang berusia 60-70 tahun (Scheibe, Freund, & Baltes, 2007).

Studi New England terbaru tentang orang-orang yang berusia 100 tahun lebih, 15 persen individu berusia 100 tahun ke atas tinggal mandiri dirumah, 35 persen tinggal bersama keluarga atau dibantu, dan 50 persen di rumah perawatan (perls, 2007). Hampir seperempat dari orang yang tua akhir ini tinggal di institusi/panti jompo. Banyak diantara mereka menyatakan adanya sejumlah keterbatasan dalam beraktivitas atau kesulitan dalam merawat diri sendiri (Suzman & kawan-kawan, 1992).

Mayoritas orang dewasa yang masih hidup hingga usia 80 tahun atau lebih, cenderung menderita semacam gangguan. Penyakit kronis (yang lambat laun mulai dirasakan dan berlangsung lama). Jarang dialami di masa dewasa

awal, meningkat di masa dewasa menengah, dan menjadi lebih umum di masa dewasa akhir (Kane, 2007). Konflik dalam relasi sering dikaitkan dengan banyaknya kemunduran pada orang lanjut usia yang menderita diabetes dan hipertensi (Seeman & Chen, 2002).

Penelitian terbaru mengaitkan status sosioekonomi yang rendah dengan masalah kesehatan (Friedman & Heard, 2010; Yang & Lee, 2010). Suatu penelitian mengungkapkan bahwa lemahnya kesehatan meningkat untuk orang dewasa akhir dengan pendapatan rendah, apa pun etnisnya (Szanton & kawan-kawan, 2010). Partisipasi sosial oleh orang-orang lanjut usia sering kali tidak memperoleh dukungan karena adanya ageism, yaitu prasangka terhadap orang lain sehubungan dengan usia orang tersebut, khususnya prasangka terhadap orang-orang dewasa yang lebih tua (Leifheit-Limson & Levy, 2009).

Satu *stereotip* dari orang-orang lanjut usia adalah bahwa mereka sering kali tinggal dalam institusi-institusi-rumah sakit, rumah sakit jiwa, panti jompo, dan sebagainya. Namun, hampir 95% dari orang-orang lanjut usia tinggal di dalam masyarakat. Hampir 2/3 dari orang-orang lanjut usia tinggal bersama anggota keluarga, misalnya bersama pasangan, anak, saudara kandungnya. Sementara hampir 1/3 nya tinggal sendiri. Semakin tua seseorang, semakin besar kemungkinan mereka hidup sendiri. Setengah dari wanita berusia 75 tahun keatas hidup sendiri. Mayoritas orang lanjut usia yang hidup sendiri sudah bercerai, dengan dua pertiganya adalah wanita (Biro Sensus AS, 2010).

Gambaran pernikahan dalam kehidupan orang lanjut usia umumnya positif (Peek, 2009). Sebuah penelitian mengungkap bahwa kepuasan pernikahan lebih tinggi pada orang lanjut usia daripada orang paruh baya (Henry & kawan-kawan, 2007). Dalam penelitian ini, orang lanjut usia menganggap pasangannya lebih ramah daripada orang paruh-baya. Disamping itu, sebuah studi longitudinal yang dilakukan baru-baru ini terhadap orang-orang berusia 75 tahun keatas, mengungkap bahwa dalam jangka waktu 7 tahun, jumlah kematian di antara individu-individu yang menikah cenderung lebih sedikit dibandingkan individu yang tidak menikah (Rasulo, Christensen, & Tomashi, 2005).

Menurut UU No 4 tahun 1945 lansia adalah seseorang yang mencapai usia 55 tahun tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. (wahyudi 2000). Oleh karena itu, lansia kerap kali mengalami gangguan-gangguan kesehatan yang akan mempengaruhi kualitas hidup lansia. *The World Health Organization Quality Of Life atau WHOQOL Group (1997) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada yang terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan juga perhatian.*

Menurut WHO Dalam Health In South East Asia, proporsi penduduk tua dalam populasi mengalami perkembangan yang sangat cepat terlebih pada negara dikawasan asia tenggara. Indonesia sebagai salah satu negara berada dikawasan asia tenggara, memiliki riwayat peningkatan jumlah lansia yang

signifikan seiring dengan peningkatan kualitas kesehatan yang berdampak pada peningkatan angka harapan hidup yakni sebesar 14 juta jiwa lansia sejak tahun 1971 hingga tahun 2009 (Komnas Lansia, 2010).

Kualitas hidup dalam hal ini merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan (Netuveli dan Blane, 2008). Sedangkan Kualitas hidup lansia menurut World Health Organization Quality Of Live (Whoqol), adalah suatu kondisi fungsional lansia yang meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelehan, mobiltas, aktivitas sehari-hari, kapasitas pekerjaan, dan kesehatan psikologis.

Masalah lansia pada umumnya terkait masalah pada penurunan daya kesehatan seperti mengalami penurunan pada daya tahan fisik dan psikis. Penurunan ini diakibatkan oleh proses-proses penuaan. Menua diartikan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Constantinides 1994). Proses menua merupakan proses yang terus menerus berlanjut secara alamiah dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup. (Nugroho, Wahyudi 2000).

Lansia mengalami keterbatasan, sehingga kualitas hidup pada lanjut usia menjadi turun. Berdasarkan penelitian tentang kualitas hidup, kualitas hidup penduduk Indonesia dengan kriteria kurang, lebih banyak dijumpai pada golongan lansia, tingkat pendidikan rendah, tidak bekerja, tinggal di daerah pedesaan, serta social ekonomi tergolong miskin. Sebuah studi menemukan bahwa hampir setengah dari jumlah individu yang berusia 65 hingga 69 tahun menganggap dirinya paruh baya (National Council on Aging, 2000), dan studi lainnya menemukan pola yang mirip: setengah dari jumlah individu berusia 60 hingga 75 tahun menganggap diri mereka paruh baya (Lachman, Maeir, & Budner, 2000).

Mereka sering kali dianggap tidak mampu berpikir secara jernih, tidak mampu mempelajari hal-hal baru, tidak menikmati seks, tidak dapat berkontribusi bagi komunitasnya, atau tidak dapat diserahi tanggung jawab dalam bekerja. Karena usianya, orang-orang lanjut usia mungkin tidak diterima ketika melamar pekerjaan atau mungkin mudah dikeluarkan karena usianya; mereka mungkin dihindari secara sosial; mereka mungkin disisihkan dari kehidupan keluarga.

Keempat domain kualitas hidup adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologi, hubungan sosial, dan aspek lingkungan. Empat domain kualitas hidup diidentifikasi sebagai suatu perilaku, status keberadaan, kapasitas potensial, dan persepsi atau pengalaman subjektif. Ke empat hal penting ini akan cenderung menurun atau naik tergantung dari faktor-faktor kesehatan pada lansia, dan gangguan-gangguan kesehatan pada lansia. Karena

gangguan-gangguan ini akan mempengaruhi kualitas hidup lansia, dikarenakan perubahan kondisi fisik, perubahan psikologis seperti gangguan depresi, memory, psikomotor, dan perubahan social yakni penurunan kemandirian(hardywitono dan T. 2005).

Fakta yang terjadi dilapangan, ketika peneliti Mewawancarai dan observasi awal,rata-ratalansia yang tinggal di pondok Al-ishlah mengalami masalah kesehatan yang sangat serius seperti stroke dan diabetes Melitus. hal itu, tentu saja berpengaruh pada aktivitas keseharian Mereka seperti aktivitas-aktivitas yang Melibatkan kekuatan fisik, seperti Mandi harus dimandiin, berjalan harus dibantu, duduk harus dibantu, kecuali Makan Mereka Masih bisa Makan sendiri.Selain terganggunya aktivitas sehari-sehari, masalah kesehatan tersebut juga mempengaruhi kesehatan mental pada lansia karena merasa pesimis, menderita insomnia, cemas, gelisah, takut dan khawatir. Dan yang paling penting adalah social support lingkungan dan keluarga.

Pada masa lanjut usia, seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif maupun dalam kehidupan psikososialnya. (papalia et al 2001; Ariyanti 2009). Pentingnya harapan hidup dan kualitas hidup bagi lanjut usia. Keempat domain ini dalam kualitas hidup adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologi, hubungan sosial dan aspek lingkungan (WHOQOL Group; jackie Brown 2004). Empat domain kualitas hidup diidentifikasi sebagai suatu perilaku, status keberadaan, kapasitas potensial dan persepsi atau pengalaman subjektif (WHOQOL Group, 1994).

Pada penelitian yang dilakukan oleh rahmania (2008) dijelaskan bahwa sebagian besar lanjut usia dipanti weda hargo dedali surabaya mengalami tingkat depresi sedang karena kurang aktivitas yang dilakukan oleh lanjut usia selama dipanti dan didukung dengan belum adanya pelayanan konsultasi atau pemeriksaan psikologis bagi lansia yang mengalami depresi. Depresi pada usia lanjut mempunyai dampak yang cukup serius pada kehidupan sosial dan fisik dimana hal tersebut akan menyebabkan penurunan kualitas hidup serta menyebabkan lanjut usia bergantung pada orang lain (mangoenprdojo & hidayati, 2005).

Hasil penelitian terdahulu yang diambil peneliti pada pada bulan april 2010, jumlah lanjut usia dipanti werdha hargo dedali surabaya ada 41 orang, hasil pengambilan data awal dilakukan peneliti, dari 5 orang lanjut usia dipanti werdha hargo dedali, sebagian besar (80%) dari mereka mengungkapkan dan mengeluh tentang kehidupannya dimasa tua yang sangat susah. Mereka terbatas aktivitasnya, sering sakit, lingkungan bersahabat dan tidak percaya diri dengan penampilan fisiknya sekarang. Ini menjadi tanda rendah hanya kualitas hiduplanjut usia disana karna mereka tidak bisa menikmati masa tuanya.

Hal ini sesuai dengan hardiwinoto (2005) yang menyebutkan bahwa kesejahteraan menjadi salah satu parameter tingginya kualitas hidup lanjut usia, sehingga mereka dapat menikmati kehidupan masa tuanya. Data awal peneliti juga didukung dengan hasil penelitan yanta mahareza (2008) yang dilakukan dipanti werdha usia lansia secara umum jika digambarkan memang

kurang menggemirakan. Usia tua kesepian sosial ekonomi yang kurang sejahtera, serta munculnya penyakit-penyakit degeneratif seperti kanker, jantung, reumatik, serta katarak menyebabkan produktivitas menurun serta mempengaruhi kehidupan sosial (dahlia amareta 2008). Semua hal diatas adalah dampak dari rendahnya kualitas hidup lanjut usia.

Bukti menyatakan bahwa laki-laki lanjut usia menjadi lebih feminim-berjiwa pengasuh, sensitif, dan sejenisnya, meskipun nampaknya perempuan tidak perlu menjadi lebih maskulin-asertif, dominan, dan sejenisnya (Turner, 1982). Ingatlah bahwa pengaruh kohort penting, khususnya dalam wilayah seperti peran-peran gender. Seperti halnya perubahan-perubahan sosiohistoris yang terjadi dan lebih sering diteliti dalam penyelidikan-penyelidikan masa hidup, apa yang dipersepsikan sebagai pengaruh usia mungkin adalah pengaruh kohort (Schaie, 2007). Perhatian khusus kepada perempuan lanjut usia yang berasal dari kelompok etnik minoritas (Leifheit-Limson & Levy, 2009). Mereka menghadapi tiga resiko sekaligus yaitu, ageism, seksisme, dan rasisme. Wanita-wanita lanjut usia di kelompok etnik minoritas menghadapi stress dalam kehidupannya. Untuk menghadapi stress ini mereka telah menunjukkan kemampuan adaptasi, resiliensi, tanggungjawab, dan keterampilan coping yang menakjubkan.

Konsep WHOQOL Group (1996) yang menyatakan bahwa ada empat faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, yaitu faktor kesehatan dan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan faktor lingkungan (Rapley, 2003). Kualitas hidup pasien seharusnya menjadi perhatian penting bagi para

profesional kesehatan karena dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan, intervensi atau terapi (Ayu, 2007). Disamping itu, data tentang kualitas hidup juga dapat merupakan data awal untuk pertimbangan merumuskan intervensi atau tindakan yang tepat bagi pasien (Ayu, 2007).

Fakta yang ditemukan dari penelitian ini adalah bagaimana kualitas hidup dengan lansia menghadapi suasana dipanti jompo atau pondok lansia Al-Ishlah. Karena menurut informasi dari pengurus panti sendiri bahwa mereka hanya menyediakan fasilitas seadanya dan tempat tinggal. Selain itu untuk urusan kesehatan merupakan urusan pribadi dari para lansia yang tinggal dipanti jompo tersebut. Kualitas kesehatan fisik dan psikis dikategorikan menjadi penting sebab masalah kesehatan dipondok tersebut, dan masalah psikis seperti merasa kesepian, keluhan, insomnia bahkan hampir depresi.

Masalah sosial dengan lingkungan yang mereka tempati, masalah interpersonal, merupakan salah satu fakta yang ditemukan karena diantara mereka tidak ada ikatan yang dekat namun hanya sebagai teman biasa atau teman ngobrol. Pernyataan ini, berdasarkan hasil wawancara dengan subjek yang berkisar usia 60-an. Untuk itu penelitian ini sangatlah menarik dilakukan dan peneliti dapat mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lanjut usia di Pondok Al-Ishlah Blimbing Malang.

Nugroho (2000) mengatakan bahwa pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik, biologi, mental maupun sosial ekonomis. Secara mental lanjut usia akan mengalami penurunan daya

ingat dan intelektualnya. Hal ini mengakibatkan pula timbulnya gangguan dalam mencukupi kebutuhan hidupnya sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang. Menurut Soesilo W (2005) cara berpikir yang cenderung menganggap lansia sebagai orang yang tidak berguna, beban keluarga dan masyarakat, penyakit dan tidak produktif, serta membutuhkan santunan dan perawatan harus diubah menjadi pendekatan yang betul-betul manusiawi dan positif, karena kenyataan 60-65% lansia masih bekerja dan menjadi kepala keluarga, ada yang menjadi pengemis, atau lansia jalanan.

Berdasarkan penelitian tentang kualitas hidup, kualitas hidup penduduk Indonesia dengan kriteria kurang, lebih banyak dijumpai pada golongan umur lanjut, perempuan, tingkat pendidikan rendah, tidak bekerja, tinggal di daerah pedesaan, serta sosial ekonomi tergolong miskin. Penduduk yang menderita penyakit tidak menular, cedera, menderita gangguan mental emosional, menyandang faktor risiko antara, dan tinggal di rumah dengan lingkungan terpapar memiliki kualitas hidup kurang. Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penduduk adalah golongan umur, kemudian adanya gangguan mental emosional, tinggal di rumah dengan lingkungan terpapar dan jenis kelamin (Pradono dkk,2007).

Baru-baru telah diteliti kaitannya dengan kesehatan kognitif. Penelitian menunjukkan bahwa kesepian merupakan faktor risiko penurunan kognitif (cacioop & hawkley, 2009). Sebuah studi baru-baru ini menunjukkan bagaimana berbagai jenis kegiatan kelompok meningkatkan kognisi orang

dewasa yang lebih tua kesepian (Pitkala, Routasalo, Kautiainen, Sintonen, Dan Tilvis, 2011). Jika lansia mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa, maka kondisi tersebut dapat mengganggu kegiatan sehari-hari lansia. Mencegah dan merawat lansia dengan masalah kesehatan jiwa adalah hal yang sangat dalam upaya mendorong lansia bahagia dan sejahtera didalam keluarga serta masyarakat.

Penelitian yang dilakukan oleh Beli menjelaskan lebih jauh bahwa orang yang kesepian biasanya mempunyai sedikit teman, hanya menjalin sedikit persahabatan, melihat bahwa dirinya berbeda dari orang-orang di sekelilingnya dan memiliki sedikit pengalaman dibanding orang lain (bednar, 2000). Orang dengan kesepian/loneliness rendah, cenderung memiliki self esteem yang rendah (Myers, 1999). Ketika berbicara dengan orang asing, orang loneliness lebih banyak membicarakan diri sendiri dan menaruh sedikit ketertarikan terhadap lawan bicaranya. Kesepian yang dialami lansia khususnya mereka yang tidak tinggal bersama keluarga cenderung merasa dirinya selalu sendiri, kurang mendapatkan kenyamanan secara batin.

Lansia sering beresiko kesepian karena dari gangguan serta hubungan sosial mereka dari waktu ke waktu. Misalnya, anak-anak mungkin pindah ke kota lain, cucu menjadi lebih mandiri, akhirnya para lansia ditiptkan pada lembaga seperti panti jompo untuk merawat dengan fasilitas yang tersedia. Kecacatan atau penyakit dapat mencegah mereka dari berpartisipasi dalam kegiatan yang biasa mereka lakukan dengan orang lain, atau mungkin berarti hilangnya kebebasan mengharuskan bergerak menjauh dari orang-orang asing

dan masyarakat. Wanita yang bercerita tentang kematian pasangan merupakan salah satu faktor yang membuat loneliness lebih tinggi, dikarenakan semasa hidup dengan pasangan selalu menjalani aktivitas yang aktif secara bersama-sama, (Borys dan Perlman, 1985).

Loneliness setelah kematian pasangan hidup, dapat diasumsikan bahwa wanita memiliki tingkat loneliness yang lebih tinggi dibanding pria. Hal ini dikarenakan wanita lebih mungkin mengakui dirinya kesepian dan lebih membutuhkan teman untuk berbagi pikiran dan pengalaman dibandingkan pria. Pria lebih banyak mengingkari kesepian yang dialaminya. Salah satu alasan untuk hal tersebut adalah pria yang kesepian kurang dapat diterima dan lebih sering ditolak. Meningkatnya jumlah lansia, angka kesepian pun semakin besar diperkirakan 50% lansia kini menderita kesepian. Dalam empat dekade mendatang, proporsi jumlah penduduk yang berumur 60 tahun atau lebih dalam populasi dunia diperkirakan meningkat dari 800 juta penduduk menjadi 2 milyar penduduk lansia atau mengalami lonjakan dari 10% hingga 22% (*World health organization, 2012*).

Kesepian telah dikaitkan dengan usia tua karena banyaknya perubahan dan kehilangan yang berkaitan dengan usia yang terlibat dalam menjadi tua (Aebischer, 2008). Orang dewasa yang lebih tua berada pada risiko yang lebih besar dari kesepian karena beberapa alasan, termasuk kehilangan pasangan, teman-teman, pendapatan, dan kesehatan (Balandin, Berg, & Waller, 2006). Kehilangan pasangan ditemukan untuk menjadi salah satu yang paling umum

alasan kesepian di antara orang dewasa yang lebih tua (Dykstra, Tilbur, & Gierveld, 2005).

Kesepian dan isolasi lebih konsisten di antara janda lansia (havens, Hall, Sylvestre, & jivan, 2004). Beberapa peneliti telah menunjukkan bahwa turunnya dukungan sosial dan kurangnya integrasi sosial berhubungan dengan kesepian (pinquart, 2003). Peran persahabatan merupakan cara yang signifikan dalam mencegah kesepian, sebagai teman yang menyediakan sumber penting dari dukungan, terutama untuk non-married dan janda lansia (Eshbaugh, 2009). Kesepian dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan emosional pada orang dewasa yang lebih tua. Ini telah dikaitkan dengan tekanan darah tinggi, gangguan tidur, nyeri, depresi, dan kecemasan (cacioppo & patrick, 2008).

Kondisi mental yang sehat dan aktif pada masa tua dibutuhkan pemeliharaan yang berlangsung terus menerus untuk mempertahankan daya pikirannya dan mencegah dari perasaan cemas dan depresi. (R.Siti Maryam Dkk, 2008:87). Dukungan sosial dari orang lain menjadi sangat berharga dan akan menambah ketentraman hidupnya. Dalam rangka membantu agar lansia tetap dapat beraktivitas maka dibutuhkan dukungan sosial terhadap dirinya. Dukungan sosial bagi lansia sangat diperlukan selama lansia sendiri masih mampu memahami makna dukungan sosial tersebut sebagai penopang kehidupannya. Namun dalam kehidupan lansia seringkali ditemui bahwa tidak semua (Lilik Ma'rifatun Aziza, 2011:97).

Masalah lain yang terjadi pada lansia diantaranya kurangnya perhatian dari orang-orang terdekatnya (keluarganya), ditinggalkan oleh orang-orang terdekat seperti suami, orang tua, anak, sanak saudara yang dulunya masih merawat beliau. Bahkan karena ketidakmampuan mengurus anggota keluarganya yang sudah lansia, akibatnya lansia tersebut merasa kesepian merasa sendiri, karena tidak mempunyai teman untuk mengobrol. Meninggalnya kerabat dekat dan suami menjadi dilema seseorang pada suatu pilihan yang sulit dimana keluarga mengalami situasi yang tidak memungkinkan untuk merawat sendiri orang tua mereka yang telah berusia lanjut karena alasan disibukkan oleh pekerjaan, dan kesibukkan lainnya, membuat keluarga tidak memiliki waktu lebih banyak bersama kedua orang tuanya yang telah usia senja.

Panti lansia ini merupakan satu-satunya panti lansia muslim di kota Malang yang dikelola oleh yayasan Al-ishlah. Program pelaksanaan bertujuan untuk menyediakan sarana dan prasarana yang memadai agar memudahkan lansia dalam memanfaatkan fasilitas yang tersedia. Panti jompo mendukung upaya mengidentifikasi, artinya bahwa panti jompo menjadi pilihan terakhir masyarakat dalam menyantuni, merawat lansia yang memerlukan penanganan secara kelembagaan. Ketika kondisi sosial, ekonomi, keluarga dan masyarakat tidak berfungsi dengan semestinya, maka panti jompo merupakan tempat yang dianggap tepat. Mereka yang menerima pelayanan sosial dalam panti adalah para lansia yang termasuk golongan kedua dan ketiga. Kedua

kelompok tersebut biasa dikenal dengan istilah penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS).

Fungsi panti sosial atau panti jompo yaitu untuk menghilangkan stigma masyarakat, yang terkadang menganggap bahwa orang jompo adalah orang yang sudah tidak berguna lagi. Melalui wadah yayasan panti, para lansia dapat saling bercengkrama, bertukar cerita masa mudanya yang penuh kejayaan, maupun obsesinya yang belum terwujud (Skripsi Syahriana Tri Putri, 2012).

Dari permasalahan yang telah terpapar diatas, peneliti ingin mengangkat tema penelitian yang berjudul *kualitas hidup dan upayalansia dalam mengatasi kesepian (studi kasus dipondok lansia Al-Ishlah.Blimbing malang)*

B. Pertanyaan Peneliti

1. Bagaimana kualitas hidup lansia yang tinggal di pondok lansia Al-Ishlah Blimbing malang?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk menjelaskan proses kualitas hidup lansia yang tinggal di pondok Al-Ishlah
2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia yang tinggal di pondok lansia Al-ishlah

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a) Hasil penelitian dapat memberikan Proses kepada kita terkait kualitas hidup lansia di pondok Al-ishlah
- b) Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu acuan dalam upaya mengatasi problem kualitas hidup lansia, dan mampu mengembangkan upaya agar membantu lansia menjadi produktif di usia yang terbilang senja.

2. Manfaat praktis

- a) Hasil penelitian ini diharapkan sebagai bahan tinjauan dari pihak panti untuk meningkatkan kualitas secara evaluasi positif bagi lansia dan lebih memperhatikan kesejahteraan hidup lansia
- b) Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan konstibusi yang positif dalam mengembangkan kualitas hidup lansia yang positif juga.
- c) Pihak-pihak terkait seperti keluarga, dan lingkungan bisa memikirkan cara-cara efektif dalam mengurangi kesepian yang dialami oleh para lansia.

BAB II

KAJIAN TEORI

A. Pengertian Kualitas Hidup

Setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda tergantung dari masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya. Jika menghadapi dengan positif maka akan baik pula kualitas hidupnya, tetapi lain halnya jika menghadapi dengan negatif maka akan buruk pula kualitas hidupnya. Coons & Kaplan (dalam Sarafino, 1994) kualitas hidup adalah suatu pandangan umum yang terdiri dari beberapa komponen dan dimensi dasar yang berhubungan dengan kesehatan diantaranya keadaan dan fungsi fisik, keadaan psikologis, fungsi sosial dan penyakit serta perawatannya.

Cella & Tulsky (dalam Dimsdale, 1995) beberapa pendekatan fenomenologi dari kualitas hidup menekankan tentang pentingnya persepsi subjektif seseorang dalam memfungsikan kemampuan mereka sendiri dan membandingkannya dengan standar kemampuan internal yang mereka miliki agar dapat mewujudkan sesuatu menjadi lebih ideal dan sesuai dengan apa yang mereka inginkan.

Hal ini sejalan dengan pendapat Campbell dkk (dalam Dimsdale, 1995) yang menggarisbawahi tentang pentingnya persepsi subjektif dan penafsiran dalam pengukuran kualitas hidup. Dalam hal ini dikemukakan bahwa kualitas

hidup dibentuk oleh suatu gagasan yang terdiri dari aspek kognitif dan efektif karena penilaian individu terhadap satu kondisi kognitif mempengaruhi secara efektif dan menimbulkan reaksi terhadap kondisi emosi individu tersebut. Adapun menurut Cohen & Lazarus (dalam Sarafino, 1994) kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dapat dinilai dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. Berdasarkan penjelasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu.

Kualitas hidup menurut *World Health Organization* (WHO) adalah persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma sesuai dengan tempat hidup orang tersebut berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya (WHO, 1996). Kualitas hidup seseorang merupakan fenomena yang multidimensional. WHO mengembangkan sebuah instrumen untuk mengukur kualitas hidup seseorang dari 4 aspek yaitu fisik, psikologik, sosial dan lingkungan. Betapa pentingnya berbagai dimensi tersebut tanpa melakukan evaluasi sulit untuk menentukan dimensi mana yang penting dari kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup yang dipengaruhi oleh aspek sosial dan lingkungan berkaitan erat dengan lingkungan tempat tinggal

lansia. Lansia pada umumnya tinggal bersama dengan keluarga, namun tidak sedikit lansia yang tinggal di panti jompo.

Panti jompo merupakan salah satu tempat menampung atau merawat lansia. Panti jompo adalah salah satu bentuk pemerintah kepada masyarakat yang telah berusia lanjut. Dibanyak negara memasukkan lansia di panti jompo merupakan suatu gaya hidup, namun kita sebagai orang timur yang adat dan kebudayaannya masih kental, memelihara, menjaga dan merawat orang tua adalah suatu kewajiban. Beberapa penelitian menunjukkan penurunan kualitas hidup lansia di karenakan terjadinya proses penyakit (fisiologis) pada lansia, seperti penurunan kualitas hidup pada lansia dengan stroke, penurunan kualitas hidup lansia dengan penyakit diabetes mellitus. Namun belum banyak ditemukan penelitian mengenai bagaimana kualitas hidup lansia jika ditinjau dari aspek sosial dan lingkungan, padahal hal tersebut juga sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia.

Keperawatan merupakan ilmu yang holistik dimana memandang manusia dari seluruh aspek kehidupan yang mempengaruhinya, baik fisiologis, psikologis, sosial, spiritual. Sehingga pemahaman mengenai pengaruh lingkungan sosial terhadap kesehatan menjadi kajian yang penting untuk membantu penerapan implementasi asuhan keperawatan yang tepat. Dengan mengetahuinya kualitas hidup lansia di berbagai tatanan tempat tinggal, dapat menjadi bahan evaluasi menentukan program-program pemberdayaan lansia, sehingga benar-benar efektif dalam meningkatkan kualitas hidup

lansia. memberi kesimpulan bahwa pemberian air minum secara adekuat akan mengarah pada pengurangan hari rawat di rumah sakit.

Aspek dilihat dari seluruh kualitas hidup dan kesehatan secara umum (WHOQOL Group, 1998)

1. Kesehatan fisik : penyakit dan kegelisahan tidur dan beristirahat, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis, kapasitas pekerjaan.
2. Psikologis: perasaan positif, berfikir; belajar; mengingat; dan konsentrasi, *self-esteem*, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, kepercayaan individu.
3. Hubungan sosial: hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.
4. Lingkungan: kebebasan; keselamatan fisik dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh keterampilan dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berekreasi, aktivitas di lingkungan, transportasi.

Menurut (Lopes dan synder 2008), kualitas hidup dibagi menjadi 4 dimensi, yaitu:

- a) Dimensi kesehatan fisik
 - 1) Aktivitas sehari-hari.
 - 2) Ketergantungan obat dan bantuan medis.
 - 3) Energi dan kelelahan.
 - 4) Mobilisasi.
 - 5) Sakit dan ketidaknyamanan.
 - 6) Tidur dan istirahat.
 - 7) Kapasitas kerja.
- b) Dimensi kesejahteraan psikologis
 - 1) Bodily image dan appearance, yaitu bagaimana cara individu memandang keadaan tubuh serta penampilannya.

2) perasaan negative, 3) perasaan positif, 4) Self-esteem yaitu bagaimana individu tersebut menilai atau menggambarkan dirinya sendiri. 5) Berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi.

c) Dimensi hubungan sosial 1) Relasi personal. 2) Dukungan sosial. 3) Aktivitas seksual. Dimensi hubungan dengan lingkungan 1) Sumber finansial. 2) Perawatan kesehatan dan social care. 3) Lingkungan rumah. 4) Kesempatan untuk mendapatkan info baru dan keterampilan. 5) Kegiatan mengikuti rekreasi. 6) Lingkungan fisik. 7) Transportasi

B. Lanjut Usia

Lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang sudah memasuki usia 65 tahun. Batasan Lansia menurut WHO meliputi usia pertengahan (middle age) antara 45-59 tahun, usia lanjut (Elderly) antara 60-74 tahun dan usia lanjut tua (*Old*) antara 75-90 tahun, serta usia sangat tua (very old) diatas 90 tahun (Rustanto, 2014). Menua atau menjadi tua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi normal sehingga menyebabkan lanjut usia mudah untuk terkena infeksi serta sulit untuk memperbaiki kerusakan yang dideritanya (Mujahidullah, 2012). Usia lanjut adalah sesuatu yang harus diterima sebagai suatu kenyataan dan fenomena biologis. Kehidupan itu akan diakhiri dengan proses penuaan yang berakhir dengan kematian.(Setiyono, 2013)

Aspek fisik dan psikososial pada proses penuaan memiliki keterkaitan yang erat. Pada lansia menurunnya kemampuan merespon stres. Pengalaman kehilangan berkali-kali, dan perubahan fisik normal pada penuaan menempatkan lansia pada risiko terkena penyakit fungsional. Beberapa stereotip yang muncul adalah bahwa lansia penuh dengan penyakit, ketidakmampuan dan fisik lansia tidak menarik. Meskipun banyak lansia yang menderita penyakit kronis yang bisa mengganggu aktivitas sehari-harinya, tetapi pada tahun 2004 terdapat 37,4% lansia yang menganggap dirinya sehat. Spesialis pada bidang gerontologi menyebutkan lansia sebagai individu dengan pandangan optimis, ingatan yang masih cukup baik, mempunyai kontak sosial yang luas, dan mempunyai sikap toleransi terhadap orang lain (Perry, 2009)

C. Teori-teori biologis mengenai proses penuaan

1. Teori Evolusioner

Dalam teori evolusioner tentang penuaan, seleksi alami tidak mengeliminasi banyak kondisi berbahaya dan karakteristik monadaptif pada orang-orang dewasa lanjut usia (Austad, 2009). Mengapa? Karena seleksi alami dikaitkan dengan kebugaran reproduktif, yang hanya ada dibagian awal dari masa dewasa. sebagai contoh, pikirkan tentang penyakit Alzheimer, sebuah gangguan otak yang tidak dapat dihilangkan, yang tidak muncul hingga tahun-tahun masa dewasa menengah atau akhir. Dalam teori

evolusioner, jika penyakit Alzheimer terjadi lebih awal dalam perkembangan, mungkin ia sudah dieliminasi sejak berabad-abad lalu.

2. Teori Radikal Bebas

Teori mikrobiologi yang membahas mengenai proses penuaan adalah teori radikal-bebas (free-radical theory), yang menyatakan bahwa yang menyebabkan orang bertambah tua adalah karena ketika sel-sel melakukan metabolisme energi. Sel-sel itu melepaskan molekul oksigen yang tidak stabil, yang disebut radikal bebas (free radical) (Chehab & kawan-kawan, 2008). Radikal bebas memantul disekitar sel-sel, merusak DNA dan struktur sel-sel lainnya (Afanasev, 2009). Makan berlebihan berkaitan dengan peningkatan radikal bebas. Akhir-akhir ini peneliti menemukan bahwa pembatasan kalori-diet yang terbatas pada kalori, namun cukup protein, vitamin, dan mineral dapat mengurangi kerusakan oksidatif yang disebabkan oleh radikal bebas. (Keijer & van Schothorst, 2008).

3. Teori mitokondria

Teori yang menyatakan bahwa penuaan dalam sistem hormon tubuh biasanya menurunkan resistensi terhadap stress dan memperbesar kemungkinan terkena penyakit. Menurut teori mitokondria, kerusakan yang disebabkan oleh radikal bebas mengawali siklus abadi, dimana kerusakan oksidatif menghambat fungsi mitokondria yang menyebabkan terbentuknya radikal bebas yang cukup besar jumlahnya. Hasilnya adalah, seiring dengan waktu, mitokondria tidak dapat membangkitkan

cukup energi untuk memenuhi kebutuhan struktur sel (Kedenbach, Ramzan, & Vogt, 2010; Ristow & Zarse, 2010).

Kerusakan mitokondria berkaitan dengan penyakit kardiovaskular, penyakit neurodegenerative seperti demensia, Parkinson, dan penurunan fungsi hati (Bueler, 2010; Kim, Wei, & Sowers, 2008). Mitokondria kemungkinan memainkan peran penting dalam keknyalan neuron (Mattson, 2007). Meskipun demikian, hingga kini masih belum diketahui apakah kerusakan mitokondria menyebabkan proses penuaan atau hanya menyertai proses penuaan (Van Remmen & Jones, 2009).

4. Teori stress hormonal

Ketiga teori mengenai proses penuaan-jam seluler, radikal bebas, dan mitokondria-yang telah kami bahas, berusaha untuk menjelaskan proses penuaan dalam level seluler. Teori stress hormonal menyatakan bahwa proses penuaan didalam system hormonal tubuh dapat menurunkan daya tahan terhadap stress dan meningkatkan kerentanan terhadap penyakit (Finch & Seeman, 1999). Secara normal, seseorang mengalami stress, tubuh akan berespons dengan cara melepaskan hormone-hormon tertentu. Ketika seseorang bertambah tua, tingginya level hormone yang dirangsang oleh stress ini akan menetap lebih lama dibandingkan ketika seseorang masih muda. Tingginya level hormon dalam waktu lama yang disebabkan oleh stress ini, berkaitan dengan meningkatnya risiko terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit

kardiovaskulaer, kanker, diabetes, dan hipertensi (Epel, 2009, wolkowitz & kawan-kawan, 2010).

Lalu, teori biologi manakah yang paling baik menjelaskan proses penuaan? Pertanyaan ini tidak dapat dijawab. Jawabannya tergantung pada semua proses biologis ini, yang berkontribusi terhadap proses penuaan (Miller, 2009).

D. Karakteristik Lansia

Menurut Bustan (2007) ada beberapa karakteristik lansia yang perlu diketahui untuk mengetahui keberadaan masalah kesehatan lansia yaitu:

1. Jenis Kelamin Lansia lebih banyak wanita dari pada pria.
2. Status Perkawinan Status pasangan masih lengkap dengan tidak lengkap akan mempengaruhi keadaan kesehatan lansia baik fisik maupun psikologi.
3. Living Arrangement Keadaan pasangan, tinggal sendiri, bersama istri atau suami, tinggal bersama anak atau keluarga lainnya.
4. Kondisi Kesehatan Pada kondisi sehat, lansia cenderung untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Sedangkan pada kondisi sakit menyebabkan lansia cenderung dibantu atau tergantung kepada orang lain dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari.
5. Keadaan ekonomi Pada dasarnya lansia membutuhkan biaya yang tinggi untuk kelangsungan hidupnya, namun karena lansia tidak produktif lagi

pendapatan lansia menurun sehingga tidak semua kebutuhan lansia dapat terpenuhi.

E. Perubahan yang Terjadi Pada Lanjut Usia

Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, mental dan psikososial.

1. Perubahan Fisik

- a) Kekuatan fisik secara menyeluruh berkurang, merasa cepat lelah dan stamina menurun.
- b) Sikap badan yang semula tegap menjadi membungkuk, otot-otot mengecil, hipotrofi, terutama dibagian dada dan lengan.
- c) Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak. Permukaan kulit kasar dan bersisik karena kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk sel epidermis.
- d) Rambut memutih dan pertumbuhan berkurang sedang rambut dalam hidung dan telinga mulai menebal.
- e) Perubahan pada indera. Misal pada penglihatan, hilangnya respon terhadap sinar, hilangnya daya akomodasi. Pada pendengaran pengumpulan cerumen dapat terjadi karena meningkatnya keratin,
- f) Pengapuran pada tulang rawan, seperti tulang dada sehingga rongga dada menjadi kaku dan sulit bernafas.

2. Perubahan Psikologi

Perubahan psikologis pada lansia meliputi short term memory, frustrasi, kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan depresi dan kecemasan

3. Perubahan sosial

- a) Perubahan peran post power syndrome, single woman, dan single parent.
- b) Ketika lansia lainnya meninggal maka muncul perasaan kapan akan meninggal.
- c) Terjadinya kepikunan yang dapat mengganggu dalam bersosialisasi.
- d) Emosi mudah berubah, sering marah-marah dan mudah tersinggung.

4. Perkembangan masa dewasa akhir (Lansia)

- a) Rangkaian Perkembangan fisik masa dewasa akhir (lansia)

Seiring dengan bertambahnya usia, berat dan volume otak mulai menyusut. Di samping itu, dimasa dewasa pertengahan dan dewasa akhir, secara keseluruhan terjadi kemunduran dari fungsi sistem saraf. Meskipun demikian, akhir-akhir ini para peneliti menemukan bahwa orang lanjut usia dapat dapat menghasilkan neuron-neuron baru, dan paling tidak sampai usia tujuh puluhan, masih mampu menghasilkan dendrit-dendrit baru. Otak yang menjadi tua tersebut masih dapat mempertahankan plastisitas dan sifat adaptifnya. Sebagai contoh, otak ini dapat mengkompensasi kerusakan disejumlah area di otak dengan mengalihkan tugas-tugasnya ke area lainnya. Berkurangnya lateralisasi bisa jadi mencerminkan kompensasi ini, atau juga

mencerminkan berkurangnya spesialisasi dari fungsi karena faktor usia (Santrock, :166).

Sistem kekebalan tubuh menurunnya fungsi sistem kekebalan seiring dengan bertambahnya usia telah cukup banyak didokumentasikan. Olahraga dapat meningkatkan fungsi sistem kekebalan tubuh. *Penampilan fisik dan pergerakan* tanda-tanda paling jelas dari proses penuaan adalah kulit yang berkeriput serta bercak usia di kulit. Ketika bertambah tua, seseorang menjadi lebih pendek. Setelah berusia 60 tahun, berat tubuh mereka berkurang karena jumlah otot menurun. Pergerakan orang lanjut usia juga menurun dalam berbagai tugas.

Perkembangan sensoris menurunnya ketajaman visual, penglihatan terhadap warna, dan persepsi kedalaman. Biasanya menurun seiring dengan bertambahnya usia, khususnya setelah berusia 75 tahun. Lensa mata yang menguning, mengurangi kemampuan melakukan diferensiasi terhadap warna. Kemampuan melihat tepi dari medan penglihatan juga berkurang. Menurunnya fungsi penglihatan yang menyangkut silau ini merupakan ciri khas untuk orang-orang yang berusia 75 tahun atau lebih (Santrock, :167).

Sistem sirkulasi dan paru-paru gangguan kardiovaskular meningkat di masa dewasa akhir. Tekanan darah tinggi yang terus terjadi harus disembuhkan untuk mengurangi risiko terjadinya stroke, serangan jantung, dan penyakit ginjal. Kapasitas paru-paru menurun seiring dengan bertambahnya usia, namun orang lanjut usia dapat meningkatkan fungsi paru-paru melalui latihan memperkuat diafragma. *Seksualitas* Proses penuaan di

masa dewasa akhir juga melibatkan sejumlah perubahan dalam performa seksual, terutama pada pria dibandingkan pada wanita. Meskipun demikian, hingga kini, batas untuk aktivitas seksual belum diketahui.

b) Kesehatan

Masalah kesehatan seiring bertambahnya usia kita, kemungkinan terkena penyakit cenderung meningkat. Penyakit-penyakit kronis jarang terjadi di masa dewasa awal, meningkat dimasa dewasa pertengahan, dan menjadi lebih umum dimasa dewasa akhir. Penyakit kronis yang paling umum dimasa dewasa akhir adalah artritis. Hampir tiga-perempat orang-orang lanjut usia meninggal karena penyakit jantung, kanker, atau stroke. Osteoporosis adalah faktor utama yang menyebabkan banyak orang lanjut usia berjalan dengan menggunakan alat bantu. Secara khusus wanita rentan terhadap penyakit ini. Kecelakaan biasanya lebih banyak dialami oleh orang yang lebih tua dibandingkan orang yang lebih muda.

Penyalahgunaan obat merupakan penggunaan dan penyalahgunaan alkohol cenderung menurun pada dewasa tua, meskipun hal ini lebih sulit dideteksi pada lanjut usia dibandingkan pada orang-orang yang lebih muda. *Olahraga, Nutrisi, dan Berat tubuh* adalah keuntungan-keuntungan dari olahraga yang telah didemonstrasikan secara jelas pada orang-orang lanjut usia. Olahraga aerobik dan angkat beban direkomendasikan pada orang dewasa jika secara fisik mereka mampu melakukannya. Terdapat kekhawatiran pada orang dewasa yang tidak memperoleh vitamin dan mineral secara memadai, khususnya para wanita.

Pada manusia, kelebihan berat tubuh dikaitkan dengan meningkatnya angka kematian. Sebagian besar ahli nutrisi merekomendasikan keseimbangan yang baik dalam hal diet rendah lemak pada orang lanjut usia, meskipun diet rendah kalori yang ekstrem tidak direkomendasikan. Riset belakangan ini menemukan kaitan antara vitamin B dengan performa kognitif yang positif pada lanjut usia. *Penanganan kesehatan* dimaksudkan agar kualitas dari rumah-rumah perawatan ini cukup bervariasi. Kini terdapat sejumlah alternatif penanganan yang dapat diberikan di rumah perawatan.

F. Perkembangan Kognitif Masa Dewasa Akhir (Lansia)

1. Fungsi kognitif pada orang lanjut usia

terbagi menjadi *multidimensionalitas dan multidireksionalitas*. Beltes menekankan perbedaan antara mekanika kognitif (arsitektur neurofisiologis, termasuk otak) dan pragmatik kognitif (perangkat lunak berbasis budaya dari pikiran). Pada orang lansia, mekanika kognitif cenderung mengalami kemunduran dibandingkan pragmatik kognitif. Para peneliti telah menemukan bahwa dimensi sensori/motor dan dimensi kecepatan pemrosesan cenderung mengalami kemunduran di usia lanjut.

Beberapa perubahan dalam atensi terjadi di masa dewasa. Untuk atensi selektif, orang lansia berjalan lebih buruk dibandingkan orang dewasa yang lebih muda secara keseluruhan; akan tetapi, ketika tugas-tugas yang diberikan sederhana dan latihannya cukup diberikan, perbedaan usia yang terjadi menjadi lebih kecil, demikian pula, untuk atensi terbagi, tugas-tugas

sederhana perbedaan usia dewasa yang terjadi juga kecil, tapi untuk tugas yang sulit, orang dewasa lanjut usia menunjukkan performa yang lebih buruk daripada orang dewasa yang lebih muda. Para peneliti telah menemukan penurunan *working memory* dan kecepatan pemrosesan pada orang dewasa lanjut usia. Orang dewasa lanjut usia lebih besar kemungkinannya untuk mengalami penurunan memori eksplisit dibandingkan memori implisit.

Memori prospektif meliputi mengingat hal apa yang akan dilakukan diwaktu mendatang, dan hubungan antara memori prospektif dan penuaan adalah hal yang rumit. Pengambilan keputusan tetap terpelihara dengan baik pada orang dewasa lanjut usia. Kearifan adalah pengetahuan ahli tentang aspek praktis dari kehidupan yang memungkinkan penilaian yang sempurna tentang hal-hal yang penting. Faktor-faktor selain usia juga penting untuk berkembangnya kearifan, dan faktor-faktor terkait kepribadian adalah prediktor kearifan yang lebih baik dibandingkan faktor-faktor kognitif seperti inteligensi

Pendidikan, pekerjaan, dan kesehatan menjadi fungsi kognitif pada lansia seperti bisa kembali mengenyam pendidikan untuk berbagai alasan. Generasi-generasi selanjutnya sudah memiliki pengalaman pekerjaan yang mencakup penekanan yang lebih kuat pada pekerjaan yang berorientasi kognitif. Kesehatan yang baru berhubungan dengan performa tes inteligensi yang menurun pada lansia. Latihan dan olahraga dihubungkan dengan keberfungsian kognitif yang lebih tinggi pada lansia. Terdapat dua kesimpulan utama yang diperoleh dari penelitian mengenai pelatihan

keterampilan kognitif pada orang-orang lanjut usia yaitu pelatihan dapat meningkatkan keterampilan kognitif pada lansia dan dimasa dewasa akhir terjadi sejumlah kemunduran dalam hal kekenyalan.

2. Perkembangan Bahasa

Bagi banyak individu, pengetahuan mengenai kata-kata dan makna kata terus tidak mengalami perubahan atau bahkan mengalami peningkatan di masa dewasa akhir. Namun beberapa penurunan keterampilan berbahasa bisa terjadi dalam penggunaan kata-kata untuk berkomunikasi, memahami pidato, keterampilan fonologis, dan beberapa aspek diskursus. Hal ini merupakan konsekuensi dari kemunduran dalam pendengaran atau memori, kecepatan pemrosesan informasi, atau penyakit.

3. Pekerjaan dan pensiun

Kini, persentase laki-laki berusia 65 tahun ke atas yang terus bekerja purna-waktu, lebih sedikit dibandingkan di awal abad ke-20. Perubahan-perubahan dalam pola kerja orang-orang lanjut usia ini adalah meningkatnya pekerjaan paruh-waktu. Beberapa individu terus melanjutkan kehidupan dengan produktivitas kerja yang keras sepanjang masa dewasa akhir. Jalan yang ditempuh individu-individu ketika mereka memasuki masa pensiun pada masa sekarang lebih kabur dibandingkan di masa lalu. Individu yang paling baik menyesuaikan diri dalam masa pensiun adalah individu yang sehat, punya jaringan sosial teman dan keluarga yang luas, dan sudah puas dengan hidup mereka sebelum mereka pensiun.

4. Kesehatan mental

Depresi sering disebut juga “demam umum” dari gangguan mental. Meskipun demikian, mayoritas orang-orang lanjut usia yang memiliki gejala-gejala depresi tidak pernah menerima penanganan kesehatan mental. Depresi adalah sebuah istilah umum yang dikenakan untuk semua gangguan neurologis yang gejala utamanya meliputi kemunduran fungsi mental. Penyakit alzheimer adalah jenis demensia yang paling banyak dijumpai. Kerusakan otak yang bersifat progresif, tidak dapat dipulihkan kembali ini ditandai oleh memburuknya memori, penalaran, bahasa, dan bahkan fungsi-fungsi fisik, secara bertahap. Disamping penyakit alzheimer, jenis lain dari demensia adalah multi-infarct dementia dan penyakit parkinson.

Beberapa kemunduran dan keterbatasan fisik yang menandai perkembangan di masa dewasa akhir berkontribusi terhadap munculnya penghayatan bahwa dirinya kerentanan dan munculnya perasaan takut diantara orang-orang lanjut usia. Hampir seperempat dari orang-orang lanjut usia menyatakan bahwa mereka memiliki ketakutan dasar akan menjadi korban dari kejahatan, dibandingkan para laki-laki lanjut usia, para perempuan lanjut usia lebih sering menjadi korban atau mengalami kekerasan.

5. Agama

Banyak orang lanjut usia menjadi pemimpin spritual di tempat ibadah dan komunitas mereka. Minat religius meningkat di usia tua dan hal ini berkaitan dengan rasa kesejahteraan hidup di usia lanjut.

G. Perkembangan sosioemosi di masa dewasa akhir

1. Teori perkembangan sosioemosi

Teori Erikson menyatakan tahap kedelapan dan terakhir dari perkembangan menurut Erikson, dimana individu mengalami masa dewasa akhir, dapat melibatkan refleksi terhadap masa lalu dan mengintegrasikan secara positif, atau menyimpulkan bahwa kehidupannya sebelumnya tidak dilalui secara baik. Melakukan tinjauan hidup merupakan sebuah tema yang penting dalam tahap erikson yang menyangkut integritas versus kekecewaan.

Teori aktivitas menyatakan bahwa semakin besar tingkat aktivitas dan keterlibatan seseorang di usia lanjut, semakin besar kepuasan hidupnya. Teori ini memperoleh dukungan yang kuat.

Teori selektivitas sosioemosional menyatakan bahwa orang-orang lanjut usia menjadi lebih selektif dalam jaringan sosialnya. Karena kepuasan emosional merupakan hal yang sangat penting. Mereka termotivasi untuk meluangkan lebih banyak waktu menjalin relasi dengan individu-individu yang dikenal, dimana mereka dapat menjalani relasi yang memuaskan. Tujuan-tujuan yang terkait dengan pengetahuan dan emosi juga mengalami perubahan di sepanjang masa hidup, dimana tujuan-tujuan yang terkait dengan emosi menjadi lebih penting ketika individu bertambah tua. *Teori optimalisasi* melalui kompensasi menyatakan bahwa proses menjadi tua yang berhasil berkaitan dengan tiga faktor utama yaitu seleksi, optimalisasi, kompensasi. Hal ini secara khusus relevan apabila individu mengalami kemunduran.

2. Kepribadian diri dan masyarakat

Kepribadian yang penuh hati-hati dan ramah meningkat di masa dewasa akhir. Tingkat kehati-hatian, ekstreversion, dan keterbukaan terhadap pengalaman, semakin tinggi tingkat neurotisme, afeksi negatif, pesimisme, dan pandangan negatif terhadap kehidupan terkait dengan kematian dini di masa dewasa akhir. Dalam sebuah studi berskala besar, ditemukan bahwa Harga-diri cenderung meningkat hampir di seluruh masa dewasa dan kemudian menurun di usia tujuh puluhan dan delapan puluhan. Stabilitas penghargaan diri menurun pada lansia. Possible selves adalah apa yang mungkin terjadi pada seseorang, apa yang diinginkannya, dan apa yang mereka takutkan nantinya. Possible selves berubah selama masa dewasa akhir, dan terkait dengan keterlibatan dalam berbagai aktivitas dan harapan hidup yang lebih lama.

Ageisme adalah penilaian terhadap orang lain karena usianya, terlalu banyak stereotip negatif orang lanjut usia yang terus-menerus ada. Isu-isu kebijakan sosial dalam masyarakat yang menua mencakup status ekonomi dan ketersediaan sistem jaminan sosial, asuransi kesehatan, perawatan bagi orang jompo, dan ketidakadilan generasional. Perhatian yang utama adalah orang lanjut usia yang dalam kemiskinan. Tingkat kemiskinan terutama tinggi pada wanita lanjut usia yang tinggal sendiri serta orang lanjut usia dari etnik minoritas. Kebanyakan orang lansia hidup dalam masyarakat, bukan di institusi, hampir dua pertiga orang lansia tinggal dengan anggota keluarga. Orang lansia cenderung tidak memiliki komputer di tempat tinggalnya dan

kurang menggunakan internet daripada orang yang lebih muda, namun orang lanjut usia merupakan segmen pengguna internet dengan pertumbuhan terbesar.

3. Relasi keluarga dan sosial

Pria lansia lebih banyak yang menikah daripada wanita lanjut usia. Masa pensiun mengubah gaya hidup pasangan sehingga memerlukan adaptasi. Orang-orang lanjut usia yang menikah sering kali lebih bahagia dibandingkan orang-orang lansia yang tidak menikah. Bagi orang-orang lansia, perceraian memiliki konsekuensi sosial, finansial, dan fisik. Kini semakin banyak orang lansia yang hidup panjang dan sehat, yang menikah kembali. Beberapa di antara mereka merasakan tekanan negatif sehubungan dengan keputusan mereka untuk menikah kembali, meskipun demikian sebagian besar anak-anak dewasa mendukung keputusannya ini. Kini jumlah orang lansia yang hidup bersama tanpa menikah juga bertambah banyak. Secara khusus lansia menyukai sentuhan dan belaian untuk dijadikan bagian dari relasi seksualnya.

Hampir 80 persen orang-orang lansia yang tinggal bersama anak-anaknya, yang banyak diantaranya telah memasuki usia paruh-baya. Lambat laun, karakteristik yang terdapat pada orang tua dan anak-anak dewasa semakin bervariasi. Anak perempuan dewasa cenderung lebih berperan dalam melayani orang tua yang telah lansia daripada anak laki-laki peran penting yang bisa dilakukan oleh anak-anak yang telah dewasa adalah mengoordinasi dan mengawasi layanan terhadap orang tua yang mengalami kemunduran.

Karena lama hidup manusia meningkat, kini jumlah kakek-nenek dan kakek-nenek buyut juga lebih banyak. Salah satu kontribusi yang diberikan oleh kakek-nenek buyut adalah yang menyangkut sejahat keluarga, sebuah studi penelitian menemukan bahwa orang-orang muda memiliki keterlibatan lebih tinggi dengan kakek-nenek dibandingkan dengan kakek-nenek buyut. Terdapat lebih banyak kontinuitas daripada perubahan dalam persahabatan di antara orang-orang lanjut usia.

Dukungan sosial berkaitan dengan meningkatnya kesehatan fisik dan mental pada orang-orang lansia. Orang-orang lansia yang berpartisipasi di dalam organisasi cenderung hidup lebih panjang dibandingkan rekan-rekannya yang tingkat partisipasinya rendah. Orang lansia sering memiliki ikatan sosial yang tidak mendalam namun memiliki motivasi yang kuat untuk meluangkan waktu menjalin relasi dengan kawan-kawan dekat dan anggota keluarga yang menyenangkan. Altruisme berkaitan dengan usia yang panjang. Menjadi sukarelawan berkaitan dengan kapuasan hidup yang lebih tinggi, berkurangnya depresi dan kecemasan, kesehatan fisik yang lebih baik, serta afek yang lebih positif dan kurang negatif.

4. Etnisitas, Gender, dan Budaya

Orang lanjut usia etnis minoritas menghadapi beban khusus, yakni mereka harus menghadapi beban ganda yang menyangkut ageism dan rasisme. Meskipun demikian, besarnya beban ganda yang dialami oleh minoritas orang-orang berusia lanjut ini cenderung bervariasi. Terdapat bukti yang kuat bahwa sering dengan bertambahnya usia, laki-laki cenderung

mengembangkan sifat yang lebih feminim (mengasuh, sensitif) dibandingkan kecenderungan perempuan untuk mengembangkan sifat maskulin (asertif). Para perempuan lansia menghadapi resiko ganda yang terkait dengan ageism dan seksisme. Secara historis, orang-orang lanjut usia di Cina dan Jepang sangat dihormati, namun kini status mereka bervariasi. Faktor-faktor yang memprediksi status orang-orang lanjut usia di berbagai budaya dapat berkisar mulai dari pengakuan terhadap pengetahuan yang mereka miliki hingga keluarga.

5. Proses masa tua yang berhasil

Aspek-aspek positif dari orang lansia semakin banyak dipelajari. Faktor-faktor yang berkaitan dengan proses menjadi tua yang berhasil meliputi gaya-hidup yang aktif, keterampilan penanggulangan masalah yang positif, relasi dan dukungan sosial yang baik serta tidak adanya penyakit. (Santrock, :234)

H. Teori sosial tentang penuaan

1. Teori pelepasan diri

Menurut teori pelepasan diri (disengagementtheory) adalah sikap memisahkan diri lansia dari masyarakat terjadi ketika mengantisipasi kematian (Cumming & Henry, 1961). Pada masa ini orang usia tua mengurangi tingkat aktivitas mereka, mengurangi peran dan tanggung jawab di masyarakat. Mereka akan lebih disibukkan dengan kehidupan batin mereka, para lansia akan dikatakan lebih bahagia apabila kontak sosial telah berkurang dan tanggung jawab telah diambil oleh generasi yang lebih muda. Namun tidak semua orang lanjut usia memisahkan diri dari masyarakat, faktanya

banyak dari mereka yang masih mempertahankan hubungan memuaskan dan meninggalkan yang sebaliknya. Terkadang, mereka bahkan tetap melakukan hubungan kurang memuaskan hanya agar tetap terlibat dalam lingkungannya.

2. Teori aktivitas

Teori aktivitas (activity theory) mengatakan bahwa halangan sosial terhadap keterlibatan, bukan keinginan lansia, menjadi penyebab menurunnya tingkat interaksi. Ketika orang usia kehilangan peran tertentu (misalnya karena pensiun, atau menjanda), mereka berusaha menemukan orang lain agar tetap bisa aktif dan sibuk ketika seperti halnya mereka berada di usia paruh baya. Menurut pandangan ini, kepuasan hidup lansia bergantung pada kondisi yang memungkinkan mereka tetap terlibat dalam peran dan hubungan (Steve, 1963).

Masalah utama dalam teori ini adalah, temuan berulang bahwa ketika status kesehatan dikendalikan, para lansia yang memiliki jejaring sosial luas dan terlibat dalam banyak aktivitas (Lee & Markides, 1990; Ritchey, & Dietz, 2001).

I. Pola-pola Kepribadian pada usia lanjut

Berdasarkan hasil studi yang dilakukan baru-baru ini, ditemukan beberapa dari lima faktor besar kepribadian terus berubah dimasa dewasa akhir. Sebagai contoh, dalam sebuah studi, sikap kehati-hatian terus berlanjut dimasa dewasa akhir (Robert, walton & Bogg, 2005), dalam studi lainnya orang dewasa lanjut usia bersikap lebih hati-hati dan ramah dibandingkan orang dewasa muda dan paruh baya (Allemand, Zimprich & Hendriks, 2008).

Sebuah studi longitudinal mengungkapkan bahwa lima faktor besar kepribadian dari kehati-kehatian dan keterbukaan yang tinggi terkait dengan resiko kematian yang lebih tinggi (Iwasa dkk, 2008).

Openness keterbukaan	Conscientiousness (kehati-hatian)	Extraversion (Perhatian pada dunia luar)	Agreeableness (keramahan)
Imajinatif atau praktikal	Terorganisasi atau tidak terorganisasi	Bergaul atau malu-malu	Lembut atau kasar
Minat terhadap variasi rutin	Hati-hati atau ceroboh	Mencintai kesenangan atau muram.	Penolong atau tidak kooperatif
Independen	Impulsif	Penuh perasaan atau pendiam	

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Penelitian

1. Pendekatan penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan pendekatan kualitatif. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah., (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrument kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (sugiyono, 2011:9)

Penelitian kualitatif merupakan metode-metode untuk memahami makna yang berasal dari masalah social atau perilaku manusia. Proses penelitian kualitatif ini dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan dari para responden, menganalisis data secara induktif mulai dari tema-tema yang khusus ke tema-tema yang umum dan menafsirkan makna data (Creswell, 2013:4).

Studi kasus didefinisikan, (Punch poerwandari, 2005) sebagai fenomena khusus yang hadir dalam suatu konteks yang terbatas (Bounded countext), meski batas-batas antara fenomena dan konteks tidak sepenuhnya jelas. Kasus itu dapat berupa individu, peran, kelompok kecil, organisasi, komunitas, atau bahkan suatu bangsa. Pendekatan studi kasus membuat peneliti dapat

memperoleh pemahaman utuh dan terintegrasi mengenai interpretasi berbagai fakta dan dimensi dari kasus tersebut. Dalam pendekatan studi kasus, metode pengumpulan data yang dipakai berupa observasi, wawancara, studi dokumen/karya/produk/ tertentu terkait kasus yang diambil.

2. Tahapan penelitian

Selama melakukan penelitian ini, peneliti terlebih dahulu melalui beberapa tahapan antara lain:

a) Tahap pra lapangan

Pada tahap pra lapangan ini ada enam kegiatan yang harus dilakukan oleh peneliti kualitatif, yang mana dalam tahap ini ditambah dengan satu pertimbangan yang perlu dipahami yaitu etika penelitian lapangan, yang dipaparkan sebagai berikut:

1. Menyusun rancangan penelitian
2. Memilih lokasi penelitian
3. Mengurus perizinan
4. Menjajaki dan menilai lokasi penelitian
5. Memilih dan memanfaatkan informan
6. Menyiapkan perlengkapan penelitian
7. Persoalan etika penelitian (ghony dan almanshur, 2012 : 144-145) lipson (1994) mengelompokkan persoalan etika menjadi prosedur persetujuan (Creswell, 2015: 242). Penelitian ini menggunakan etika lembar persetujuan (informed consent) sebelum menggali data lebih dalam.

b) Tahap pekerjaan lapangan

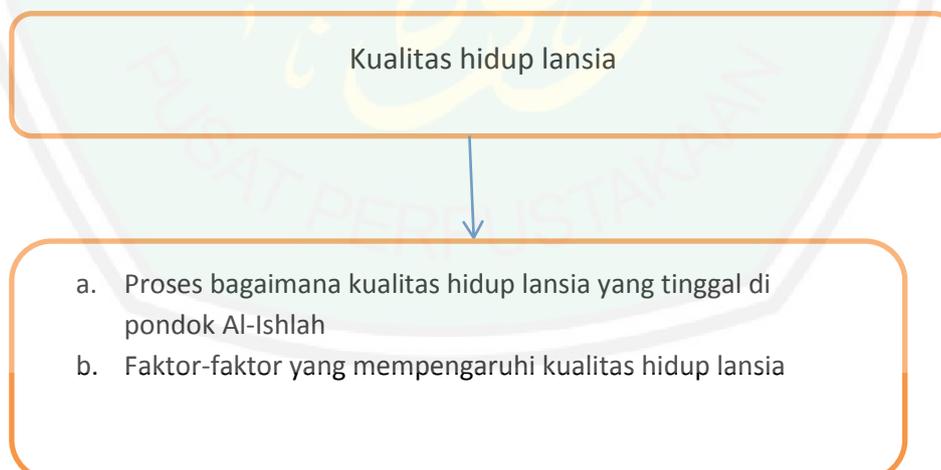
1. Memahami latar penelitian dan persiapan diri
2. Penampilan peneliti
3. Pengenalan hubungan peneliti dilapangan
4. Jumlah waktu penelitian (ghony dan almanshur, 2012: 150-152)
5. Memasuki lokasi penelitian
6. Keakraban hubungan
7. Mempelajari bahasa
8. Peranan peneliti (ghony dan al-manshur, 2012: 152-154)
9. Menjadi peneliti yang partisipasi
10. Pengarahan batas waktu penelitian
11. Mencatat data
12. Petunjuk tentangmengingat data
13. Kejenuhan, kelelahan, dan istirahat
14. Meneliti suatu latar yang didalamnya terdapat pertentangan
15. Analisis dilapangan (Ghony & Almanshur, 2012: 155-157) penelitian ini dilakukan ditahun 2015 dengan menggunakan lembar persetujuan informed consent) sebelum melakukan penggalian data sebagai etika penelitian. Penggalian data dilanjutkan dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Analisis data dilakukan secara induktif dari perspektif khusus menuju perspektif umum yang disebut kode, kategori dan tema sehingga menjadi model konseptual yang lebih luas.

c) Peran peneliti

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang menjadi alat utama adalah manusia (human tools), artinya melibatkan peneliti sendiri sebagai instrumen, dengan memperhatikan kemampuan peneliti dalam hal bertanya, melacak, mengamati, memahami dan mengabstraksikan sebagai alat penting yang tidak dapat diganti dengan cara lain (wahidmurni, 2008: 30).

d) fokus penelitian

penelitian tentang kualitas hidup lansia dan upaya lansia dalam mengatasi kesepian (studi kasus di pondok lansia Al-Ishlah blimbing malang) lebih difokuskan pada gambaran aspek-aspek kualitas hidup lansia selama tinggal di panti jompo, gambaran kesepian yang dialami lansia dan upaya mengatasinya. GAMBAR 3.1 Fokus penelitian



B. Sumber Data

Menurut Lofland (dalam Moleong, 2006) sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata, dan tindakan selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Yang dimaksud kata-kata dan tindakan disini yaitu kata-kata dan tindakan orang yang diamati atau diwawancarai merupakan sumber data utama (primer). Sedangkan sumber data lainnya bisa berupa sumber tertulis (sekunder), dan dokumentasi seperti foto. Sumber data yang diperoleh dalam penelitian ini adalah sumber data langsung. Sumber data langsung adalah sumber data yang diperoleh melalui pengamatan dan pencatatan.

Sumber data terbagi menjadi tiga diantaranya:

1. Responden

(Table 3.1 profile responden)

DATA	H	A	AM
Status pernikahan	Janda	janda	janda
Status anak	Kandung	kandung	kandung
Pendidikan terakhir	SPG	-	SMP
Pekerjaan	Pensiun	pensiun	pensiun
Agama	Islam	islam	islam
Jenis kelamin	Perempuan	perempuan	perempuan
Asal dan usia	Pemekasan/66 tahun	Mojosari/100 tahun	Tulungagung/85 tahun

2. Informan (Tabel informan)

Yang menjadi informan pada penelitian ini yaitu orang-orang sekitar terdekat dengan responden penelitian, yaitu kepala panti jompo, pegawai dan perawat responden.

Tabel 3.2 informan

RESPONDEN	INFORMAN
H	Pengurus panti (ketua yang mendampingi)
A	
AM	

3. Dokumen

Pengambilan data pada penelitian ini juga menggunakan dokumen, baik tertulis maupun tidak tertulis. Dokumen tertulis berupa riwayat kesehatan responden, surat hasil pemeriksaan kesehatan, dan foto-foto/bukti obat-obatan yang dikonsumsi responden

C. Lokasi penelitian

Penelitian dilakukan dipanti jompo *pondok al-ishlah blimbing malang jalan laksda adi sucipto gang2A* Sebagai langkah awal dalam menemukan responden, peneliti terlebih dahulu menemui pengurus panti, kemudian menjelaskan maksud dari kedatangan peneliti, dan menjelaskan kriteria responden seperti apa. Selanjutnya pengurus panti sendiri yang menunjuk responden berdasarkan kriteria yang sesuai dengan permintaan peneliti. Peneliti diberi izin melakukan observasi dan wawancara menggunakan pedoman kuisisioner yang berasal dari skala WHOQOL brief. Peneliti

menggali data dengan mewawancarai responden langsung dikamar beliau yang didalamnya terdapat teman-teman sebaya beliau. Respon yang peneliti dapat bahwa responden sangat terbuka dengan menceritakan kisah hidupnya dan menjawab pertanyaan peneliti secara langsung. Walaupun kendalanya karena responden sudah berumur dan harus pelan-pelan mewawancarai agar responden paham dan mengerti.

D. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah wawancara, observasi dan dokumentasi.

a) Wawancara

Esterbeg sebagaimana dikutip dalam sugiyono, menyatakan beberapa macam wawancara, yaitu wawancara terstruktur, semi terstruktur, dan tidak terstruktur.

1. Wawancara terstruktur

Wawancara ini digunakan apabila pengumpul data telah mengetahui dengan pasti informan siapa yang diperoleh. Pengumpul data juga telah menyiapkan instrument penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternative jawabannya pun sudah disiapkan

2. Wawancara semi terstruktur

Dalam wawancara ini, pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuannya untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka dimana pihak yang diwawancarai dapat dimintai pendapat dan ide-idenya.

3. Wawancara tidak terstruktur

Wawancara ini adalah wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis. Pedoman wawancara yang digunakan hanya berupa garis besar permasalahan yang akan ditanyakan.

Adapun interview/wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara semi terstruktur. Peneliti menggunakan pertanyaan terbuka, namun terdapat bantuan tema, dan alur pembicaraan (guide interview) sebagai kontrol ketika melakukan wawancara. Dengan kerangka pertanyaan-pertanyaan tersebut, peneliti memiliki kebebasan untuk menggali alasan-alasan dan dorongan-dorongan dengan probing yang tidak kaku. Meskipun terdapat pedoman wawancara, namun pertanyaan bersifat fleksibel, tergantung situasi dan kondisi serta alur pembicaraan. Peneliti menggunakan bahasa Indonesia tidak baku dalam wawancara untuk meningkatkan rapport kepada responden. Peneliti juga menggunakan pertanyaan terbuka agar responden dapat mengungkapkan pemikiran dan perasaannya.

Wawancara didalam beberapa waktu. Setelah wawancara pertama selesai, peneliti menjadikan hasil wawancara tersebut dalam bentuk verbatim (transkrip wawancara). Setelah itu peneliti melakukan pemadatan fakta. Hal ini peneliti lakukan agar peneliti mengetahui aspek mana yang belum ditanyakan dan pertanyaan mana yang harus di probing. Setelah pernyataan yang harus di probing, peneliti kembali mewawancarai responden hingga peneliti merasa data yang didapatkan cukup.

b) Observasi

Observasi merupakan salah satu teknik pengumpulan data dalam penelitian apapun, termasuk penelitian kualitatif, dan digunakan untuk memperoleh informasi atau data sebagaimana tujuan penelitian. Istilah observasi dalam penelitian kualitatif ada beberapa tipe observasi. Istilah observasi, dimana sebagian besar ilmuwan sosial memaknakan observasi partisipasi, telah menjadi sinonim dengan penelitian lapangan (Williamson, Karp, dan Dalpin, 1977: 199), kerja lapangan, atau observasi tidak terkontrol, observasi partisipasi, dan nonpartisipasi (Guban dan Lincoln, 1981: 189).

Tujuan data observasi adalah untuk mendeskripsikan latar yang diobservasi; kegiatan-kegiatan yang terjadi di latar itu; orang-orang yang berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan; makna latar, kegiatan-kegiatan, dan partisipasi mereka dalam orang-orangnya (Patton, 1980:124).

Menurut Patton (dalam Poerwandari, 2001) salah satu hal yang penting tetapi sering dilupakan dalam observasi adalah mengamati hal tidak terjadi. Hasil observasi menjadi data yang penting karena peneliti akan mendapat pemahaman yang lebih baik tentang konteks yang akan diteliti.

1. Peneliti akan mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang konteks yang akan diteliti.
2. Observasi memungkinkan peneliti untuk bersikap terbuka, berorientasi pada penemuan daripada pembuktian dan mempertahankan pilihan untuk mendekati masalah secara induktif. Dengan berada dalam situasi lapangan

yang nyata, kecenderungan untuk dipengaruhi berbagai konseptualisasi tentang topic yang diamati akan berkurang.

3. Mengingat individu yang telah sepenuhnya terlibat dalam konteks hidupnya sering mengalami kesulitan merefleksikan pemikiran mereka tentang pengalamannya, observasi memungkinkan peneliti melihat hal-hal yang oleh subjek penelitian sendiri kurang disadari
4. Observasi memungkinkan peneliti memperoleh data tentang hal-hal yang karena berbagai sebab tidak diungkapkan oleh subjek penelitian secara terbuka dalam wawancara.
5. Jawaban terhadap pertanyaan akan diwarnai oleh perspektif selektif individu yang diwawancara. Berbeda dengan wawancara, observasi memungkinkan peneliti bergerak lebih jauh dari persepsi selektif yang ditampilkan subjek penelitian atau pihak-pihak lain.

Observasi memungkinkan peneliti merefleksikan dan bersikap introspektif terhadap penelitian yang dilakukannya. Impresi dan perasaan pengamat akan menjadi bagian dari data yang pada gilirannya dapat dimanfaatkannya untuk memahami fenomena yang diteliti.

4. Dokumentasi

Dokumentasi adalah salah satu alat pengumpulan data selain observasi dan wawancara. Karena dokumentasi sendiri merupakan bukti berupa benda-benda menyangkut dengan penelitian, situasi penelitian seperti foto, rekaman, diary responden dan lain-lain.

E. Analisis Data

1. Teknik analisis data

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi, sehingga dapat mudah dipahami, dan temuannya dapat di informasikan kepada orang lain. Analisa data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain.

Analisis data kualitatif bersifat induktif, yakni suatu analisis berdasarkan data yang diperoleh, selanjutnya dikembangkan menjadi hipotesis. Berdasarkan hipotesis yang dirumuskan berdasarkan data tersebut, selanjutnya dicarikan data lagi secara berulang-ulang sehingga selanjutnya dapat disimpulkan apakah hipotesis tersebut diterima atau ditolak berdasarkan data yang terkumpul. Bila berdasarkan data yang dapat dikumpulkan secara berulang-ulang dengan teknik triangulasi, ternyata hipotesis diterima, maka hipotesis tersebut berkembang menjadi teori (Sugiyono, 2011 :244).

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan analisa reduksi data yaitu mengumpulkan semua data yang telah diperoleh dilapangan. Setelah semua data terkumpul, data tersebut direduksi yaitu disesuaikan dengan tema yang akan digali. Dalam tahap ini peneliti memilih mana data yang penting dan relevan untuk mendukung hasil penelitian.

2. Koding

Peneliti membaca dan mengidentifikasi topik penting seluruh hasil wawancara. Peneliti juga melakukan koding terhadap istilah-istilah atau penggunaan kata atau kalimat yang relevan. Dalam hal pemberian koding perlu juga dicatat konteks mana istilah itu muncul. Peneliti menggunakan kode berupa huruf dan angka pada transkrip untuk memudahkan peneliti dalam melakukan pengecekan kepercayaan dan keabsahan data, kode huruf terdiri dari TW dan TO, dimana TW merupakan singkatan dari transkrip wawancara dan TO merupakan singkatan dari transkrip observasi. Kode huruf dan angka disajikan secara bersamaan, dimana angka pertama setelah titik berarti responden atau informan. Angka 1 untuk responden 1, angka 2 untuk responden 2 dan untuk informan. Angka kedua berarti urutan kolom pada transkrip masing-masing responden dan informan secara keseluruhan. Urutan kolom pada transkrip yang berbeda untuk tiap responden tidak diulang. Kode TW.1.1.

Creswell (2012: 239) mengemukakan bahwa selama ini pengumpulan data lapangan peneliti menghimpun teks atau kata-kata melalui wawancara dengan para partisipan atau dengan menulis catatan lapangan selama observasi. Hal ini perlu mengubah kata-kata pada dokumen komputer untuk kepentingan analisis. Alternatifnya adalah anda harus mendengarkan rekaman *tape* atau catatan lapangan untuk memulai proses analisis. Transkripsi adalah proses mengubah rekaman audiotape atau catatan lapangan ke dalam data teks. Peneliti memerlukan perlengkapan berupa tape dan komputer untuk

mengubah data rekaman tape ke data teks. Ada juga yang menggunakan tulistangan terlebih dahulu kemudian diubah menggunakan komputer, tetapi ini bekerja dua kali.

3. Kategorisasi

Data yang telah diklasifikasi kemudian dibuat kategori. Jika dalam suatu kategori terdapat terlalu banyak data sehingga pencapaian saturasi akan lama maka dapat dibuat sub kategori.

4. Menganalisis satuan makna dalam kategori

5. Mencari hubungan antar kategori

6. Membuat laporan di mana hasil analisis dideskripsikan dalam bentuk draf laporan penelitian

4. Keabsahan Data

1. Triangulasi Data

Teknik triangulasi merupakan model ketiga untuk memperbaiki temuan dan interpretasi akan dapat dipercaya. Denzin dalam (1978) menyatakan ada empat model yang berbeda dari triangulasi, sebagai berikut:

1. Triangulasi data-penggunaan sumber data yang beragam dalam studi

2. Triangulasi investigator/ peneliti-penggunaan beberapa peneliti yang berbeda

3. Triangulasi teori-penggunaan perspektif-perspektif ganda untuk menginterpretasi seperangkat data tunggal.

4. Triangulasi metodologi-penggunaan metode-metode ganda untuk menstudi masalah atau program tunggal.

Penelitian ini, peneliti menggunakan Triangulasi Data/penggunaan sumber. Tentang triangulasi sumber dijelaskan lebih sederhana yaitu data yang diperoleh dicek kembali pada sumber yang sama pada waktu yang berbeda, atau dicek dengan menggunakan sumber yang berbeda. Pada yang pertama misalnya, apabila peneliti mengumpulkan data dengan melakukan wawancara dengan responden 1 data tersebut dicek (ditanyakan kembali) pada responden 1 di saat yang berbeda, misalnya, seminggu atau dua minggu lagi. Pada yang kedua, data yang diperoleh dari responden1 nantinya dicek dengan melakukan wawancara dengan informan 1 dan 2.

Triangulasi sumber bertujuan untuk mengecek dan memverifikasi keabsahan data, pernyataan reponden dengan pernyataan wawancara terdapat persamaan dan sesuai fakta atau tidak. Bila sesuai fakta yang terjadi dilapangan, berarti data tersebut valid. Peneliti akan melakukan penelitian tentang kualitas hidup lansia (*Studi Kasus Di Pondok Al-Ishlah blimbing malang*). Peneliti ingin mengetahui kualitas hidup responden (lansia usia 66, 84, dan 100) dengan menanyakan beberapa pertanyaan terkait aspek-aspek kualitas hidup dan faktor-faktor yang menyebabkannya. Aspek tersebut terdiri dari aspek fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum profil Lansia Al-Ishlah

1. Sejarah berdirinya Pondok Lansia Al-Ishlah

Pondok Lansia Al-ishlah dibangun pada tahun 2008 dan diresmikan pada tanggal 21 desember 2009. Pondok lansia Al-Ishlah merupakan sebuah yayasan dari organisasi dengan kepengurusan yang terdiri oleh ketua, sekretaris, bendahara, humas, penasehat, dan seksi-seksi. Biaya pembelian tanah berkisar 180 juta dan diperoleh dari sedekah masyarakat atau sukarelawan yang bersedia membantu. Sementara pegawai yang bekerja di pondok adalah pegawai tetap dimulai dari awal peresmian pondok sampai sekarang. Ada empat pegawai pria (2 tukang bersih-bersih, 1 perawat, 2 pegawai dan pendamping. dan 4 pegawai wanita (ibu-ibu dan perempuan). Jadi totalnya ada delapan pegawai yang mengurus lansia di pondok Al-Ishlah. Total lansia yang tinggal di Pondok Al-Ishlah sebanyak 15 lansia. Aturan yang diterapkan pada pondok lansia bahwa keluarga harus menjenguk seminggu sekali, jika tidak maka lansia akan di pulangkan.

2. Visi Misi pondok lansia Al-Ishlah

- a) Untuk menolong eyang-eyang putri yang wajib harus ditolong dengan syarat ada pihak yang bertanggung jawab (keluarga dari lansia).
- b) Menjadikan pondok lansia sebagai tempat penitipan yang layak.
- c) Mampu mengembangkan pondok baik dari segi fasilitas dan perawatan.

- d) Semakin menambah pengetahuan untuk mahasiswa yang ingin menambah ilmu atau pengalaman.

3. Struktur Kepengurusan

Ketua	: Mahfud
Wakil ketua	: Parnoto
Sekretaris 1	: Zainudin S.H
Sekretaris 2	: Irfan (dosen)
Bendahara	: Nursiyanto
Penasehat	: Ust Said
Humas	: Ponari
Pegawai laki-laki	: Fani, Yusa, Didi, Yahya
Pegawai perempuan	: Wati, Darbiya, Anit, Lut.

4. Fasilitas

pondok lansia menyediakan fasilitas seperti kamar tidur, tempat tidur, lemari, kamar mandi dan kursi roda. Sedangkan dari yayasan sendiri menyediakan kasur, selimut dan bantal. Pondok lansia juga menyediakan makanan untuk sarapan, makan siang dan makan sore. Serta menyediakan perawat yang suka rela untuk memeriksa kesehatan, seperti tensi darah dan pemeriksaan lainnya. menyediakan dokter pribadi bila ada lansia yang dalam keadaan darurat.

5. Program pelaksanaan di Pondok Lansia Al-Ishlah

Menurut penuturan pak Nursiyanto selaku pengurus pondok/bendahara. Beliau mengatakan kalau di pondok Al-Ishlah tidak ada program khusus untuk lansia. Karena pondok ini merupakan tempat penitipan dan istirahat bagi lansia. Termasuk kegiatan beribadah dilaksanakan masing-masing. Ada juga pemeriksaan kesehatan dengan mendatangkan dokter pribadi sebulan sekali. Dulu ada program senam pagi, tapi sekarang sudah tidak berjalan yang masih ada hanya kegiatan berjemur untuk lansia di pagi hari.

B. Temuan lapangan dan pembahasan

a) Setting personal responden penelitian

Responden pada penelitian ini berjumlah 3 orang tua lansia. Data yang diambil peneliti sesuai dengan fakta yang terjadi dilapangan

I. Identitas Responden 1

Nama : AAH

Status pernikahan : Janda

Status anak : anak kandung

Pendidikan terakhir : SPG

Pekerjaan : Pensiun

Agama : Islam

Jenis kelamin : perempuan

Usia : 66 tahun

Asal : madura

I. Identitas responden 2

Nama : A

Status pernikahan : janda

Status anak : anak kandung

Pendidikan terakhir : -

Pekerjaan : wiraswasta

Agama : islam

Jenis kelamin : perempuan

Usia : 100 tahun

Asal : mojosari (mojokerto)

II. Identitas responden 3

Nama : AM

Status pernikahan : janda

Status anak : anak kandung

Pendidikan terakhir : MTS deso pacitan

Pekerjaan : Wiraswasta

Agama : islam

Jenis kelamin : perempuan

Usia : 85 tahun

Asal : Tulungagung (jawa timur)

II. Perjalanan hidup responden 1

Pada usia 14 tahun, H tinggal bersama orang tuanya, namun tidak dalam waktu yang lama, karena setelah itu H tinggal bersama neneknya karena orang tuanya meninggal dunia. H dipulangkan ke madura dan dirawat oleh nenek beliau, tetapi sekarang nenek beliau sudah meninggal dunia (WU.R1.3) H merupakan seorang wanita yang menikah dengan suaminya pada usia muda. H memiliki seorang suami yang sangat menyayanginya, bertanggungjawab, dan sangat menjaga beliau agar tidak melakukan hal-hal yang membahayakan diri sendiri (WU.R1.4).

Suami H adalah seorang pecandu rokok, hingga mengalami kebiasaan batuk-batuk sampai kondisi tubuh mulai menurun, kurus, dan aura wajah terlihat seperti orang sakit dan waktu itu suami AAA sama sekali tidak menceritakan kondisinya, sampai sudah parah dan dibawa ke rumah sakit. Ternyata sudah tidak bisa disembuhkan dan akhirnya meninggal dunia. (WU.R1.4). Setelah AAA melahirkan dua orang anak, yaitu 1 anak laki-laki dan 1 anak perempuan. AAA hanya merawat anak perempuan. dikarenakan anak laki-laki diangkat oleh saudara kandung responden. Menurut AAA, anak

laki-laki mengalami cacat pada mulutnya (bisu) sedangkan Anak perempuan normal dan beliau yang merawatnya sendiri (WU.R1.4)

2. Kondisi internal keluarga

Ketika H mulai mengalami gejala-gejala sakit pada tubuhnya, waktu kebersamaan dengan anak mulai berkurang. Akibat kurangnya perhatian anak kepada H ibunya dan anak H sibuk dengan pekerjaannya. Anakanya tidak memiliki waktu banyak untuk merawat dan menjaga. Kecuali hanya menyediakan pakaian, makanan dan kebutuhan lainnya (WU.R1.7). dan H merasa lebih baik tinggal dipondok masih ada orang yang memperhatikan, daripada dirumah tapi tidak ada yang perhatiannya sendiri(WU.R1.7). selain itu, H memiliki saudara kandung yang kini telah berkeluarga. H dirawat oleh saudaranya tapi tidak sering, karena saudara H juga sibuk dengan pekerjaannya.

III. Perjalanan hidup responden 2

Responden kedua ini merupakan salah satu lansia yang tinggal di pondok Al-Ishlah blimbing malang. Beliau sudah berusia 100 tahun (sepuh). (WU.R2.1). Beliau berinisial A. A ini ketika diwawancara, beliau sangat santai dalam menjawab dan cepat berbicara, singkat, padat dan jelas. A merupakan anak ketiga dari 8 bersaudara (WU.R2.2). Saudara A meninggal dunia sebanyak 4 orang, dan sisanya tinggal 4 yang masih hidup (WU.R2.3) A sudah pernah menikah. suami A bekerja sebagai buru pabrik, namun tidak lama kemudian, A ditinggalkan suaminya (meninggal dunia) (WU.R2.4) A tidak memiliki Anak (WU.R2.4). A tinggal bersama ibu dan saudaranya,

Ketika semasa remaja, A berdagang dan bekerja sebagai pembantu sampai sebelum dititipkan ke pondok Lansia Al-Ishlah. A bercerita dia tidak mempunyai penyakit, hanya saja dia pernah jatuh dikamar mandi akibat licin. Waktu itu, A sedang memcuci baju majikan, saat berdiri A terpeleset dan jatuh. (WU.R2.5).

Meskipun seperti itu, A menerima kondisinya dan menerima segala pelayanan yang tersedia di pondok Al-Ishlah. A mendapat dukungan dari saudara bapak, dari pegawai dan perawat(mantri) (WU.R2.7 & WU.R2.8). selain itu, A Dan suami memiliki mata pencaharian sebagai wiraswasta dan buru pabrik (WU.R2.6).

Menurut A, saudara dari bapak sangat baik, perhatian dan peduli kepada A (WU.R2.9 & WU.R2.10). ketika ditanya aktivitas apa saja yang dilakukan A, dan A menjawab

“aktivitas, ya saya sering berjemur, ikut senam, makan, mandi, tidur, shalat gitu tok. ya saya selalu menerima pelayanan dipondok ini, karena menurut saya begini saja sudah sukur banyak sukur banyak” (WU.R2.13)

Dipondok juga menyediakan pegawai, perawat/mantri yang bertugas mengecek darah(tensi darah dan memeriksa kesehatan). Mantri memeriksa darah A dan pegawai menyediakan makanan(WU.R2.15). dan A merasa bersyukur sekali karena masih ada orang-orang disekitar yang baik, peduli kepada A. Seperti pegawai, mantri, dan saudara A (WU.R2.17 & WU.R2.18).

IV. Perjalanan hidup responden 3

Subjek terakhir adalah seorang janda beranak dua. Sebut saja AM. Usia AM sekarang menginjak 85 Tahun (WU.R3.1). A menceritakan bahwa, suami meninggal dunia setelah 2 tahun pernikahan setelah itu disusul oleh anak 3 tahun setelah melahirkan dan merawat (WU.R3.2.). A mengatakan ketika semasa hidup, suami sangat baik dan perhatian. Begitupun dengan anak A(WU.R3.3). A Pernah menderita penyakit usus buntu bahkan sampai operasi dirumah sakit. Waktu itu A ditemani oleh Anak dan saudara.

Suami A lagi bertugas (angkatan udara) (WU.R3.4 & WU.R3.5 & WU.R3.6). A memiliki 2 saudara (kandung dan angkat) (WU.R3.7). hubungan antara A, Suami dan Anak terbilang harmonis, karena A diperhatikan suaminya, dan anaknya. Mereka saling pengertian dan perhatian terhadap A (WU.R3.8). saat keluarga A mengetahui ia menderita usus buntu, keluarga sangat mengkhawatirkan A, dan membawanya ke rumah sakit untuk operasi pengangkatan usus Buntu (WU.R3.9). Tanggapan mereka terhadap kondisi AM sampai tahap pemulihan dan akhirnya AM meminta untuk tinggal di pondok Al-ishlah (WU.R4.14). A menjalani operasi hingga pemulihan sekitar satu bulan lamanya (WU.R3.4). sampai saat ini pun A masih menikmati tinggal dipondok lansia. A bisa beraktivitas sesuai keinginan seperti makan, tidur, shalat, olahraga ringan.

C. Proses kualitas hidup lansia responden 1

1. Kualitas hidup responden 1 berdasarkan Aspek fisik
 - a) Masalah kesehatan/penyakit

Dalam Santrock, (2012) menyatakan seiring bertambahnya usia, kemungkinan terkena penyakit cenderung meningkat. Penyakit kronis jarang terjadi di masa dewasa awal, dan meningkat di masa dewasa pertengahan kemudian menjadi lebih umum di masa dewasa akhir. Hampir tiga-perempat orang-orang lanjut usia meninggal karena penyakit jantung, kanker, atau stroke. Osteoporosis adalah faktor utama yang menyebabkan banyak orang lansia berjalan menggunakan alat bantu.

Dari ketiga responden penelitian, secara pengamatan responden 1 mengalami ciri-ciri seperti lansia dewasa akhir pada umumnya, yaitu penuaan dibagian fisik, bungkuk, berjalan dibantu dengan perawat atau kursi roda, dan dari data wawancara, peneliti mendapatkan fakta kalau responden 1 mengalami sakit dibagian kaki kiri dan terasa kaku, akibatnya dalam beraktivitas baik berjalan maupun makan dan mandi harus dibantu oleh pegawai atau perawat. Karena apa yang dialami responden adalah suatu keterbatasan dalam fungsi tubuh yang tidak bekerja secara optimal.

“relatif jeng, soalnya saya sekarang apa-apa ya dibantu sama perawat, terutama bagian kaki dan tangan kiri saya kaku, jadi kalau berjalan sulit”(TW.1.1)

Hasil wawancara menyatakan kalau H mengidap penyakit stroke. Hal ini dipaparkan langsung pengurus panti dan responden sendiri. Sedangkan stroke merupakan sebuah penyakit. Stroke merupakan gangguan aliran darah di otak. Stroke dapat terjadi karena aliran darah yang terlokalisasi di otak terputus disebabkan oleh arteriosklerosis atau hipertensi. Stroke dapat menyebabkan

kematian atau kerusakan fisik yang permanen. Risiko penyebab stroke hampir sama dengan risiko penyakit jantung. Berbagai faktor bersifat hereditas, yang lain disebabkan gaya hidup, sementara penyebab lain belum diketahui. Faktor-faktor ini meliputi tekanan darah tinggi, penyakit jantung, merokok, jumlah sel darah merah yang tinggi, dan lain-lain. Risiko stroke bertambah sejalan dengan usia.

e) Ketergantungan pada obat dan bantuan medis

Penggunaan dan penyalahgunaan alkohol cenderung menurun pada dewasa tua, meskipun hal ini lebih sulit dideteksi pada lanjut usia dibandingkan pada orang-orang yang lebih muda. Selama peneliti mewawancarai responden, peneliti tidak menemukan tentang masalah penyalahgunaan obat-obatan terhadap responden, karena sesuai kegiatan selama responden tinggal dipondok al-Ishlah, responden hanya mengkonsumsi vitamin dan obat pereda untuk mengurangi kelelahannya(TW.1.22)

b) Olahraga, nutrisi, dan berat tubuh

Ketiga indikator diatas dibutuhkan selama perkembangan lansia atau orang-orang yang memasuki masa dewasa akhir. Keuntungan-keuntungan dari olahraga telah didemonstrasikan secara jelas pada orang-orang lansia. Menurut responden, walau beliau tidak berolahraga secara optimal, tetapi di pondok, pada pagi hari aktivitas senam selalu dilakukan dan itu dianjurkan. Namun tidak semua lansia mengikuti anjuran itu, termasuk responden 1 yang terkadang melakukan aktivitas seperti itu (TW.2.3). Pada saat saya

mendatangi tempat beliau, saya menemukan bungkus obat/pil diatas meja H. Ternyata obat tersebut adalah obat yang biasa H minum untuk mengurangi pusing atau badan yang letih (TO.1.5)

Peneliti juga menemukan obat-obatan yang dikonsumsi oleh responden diantaranya beberapa strip pil yang lumayan banyak, menurut keterangan responden, obat tersebut dikonsumsi tiga kali setelah makan dan sebelum tidur. Obat yang responden konsumsi adalah vitamin C dan obat pereda kelelahan dan sakit kepala. Hal ini dibahas oleh sebagian besar ahli nutrisi bahwa keseimbangan yang baik dalam hal diet rendah pada orang lansia, kontroversi yang ada menyangkut vitamin C- khususnya antioksidan dari vitamin C, vitamin E dan betakarotin yang dapat memperlambat proses penuaan dan meningkatkan kesehatan pada orang lansia. seperti yang diceritakan H “*“belum jeng, saya Cuma ke puskesmas dan apotek tebus beli obat aja jeng iya jeng, obat saya sangat banyak. Bukan sembuh penyakit saya, ini malah tambah sakit. Cuma bisa sedikit lah mengurangi kepala saya yang pusing” dan badan saya yang gampang lelah jeng” (TW.1.22)*

Responden mengetahui penyakit yang diderita dari dokter yang dideritanya saat ini adalah strok, dan responden kehilangan sebagian fungsi tubuhnya seperti kaki kiri dan tangan kiri yang kaku.

“kata dokter, saya mengalami strook kaki kiri saya kaku, ngak ada rasanya. seperti apa ya jeng, (sambil menunjuk dadanya dengan ekspresi tidak mengenakan, ekspresi menggelikan) Seperti dikerubungi semut jeng” (TW.1.2)

H adalah seorang wanita yang telah lanjut usia, di usia yang telah menginjak 66 tahun, tentunya mengalami masa kemunduran terhadap fungsi-fungsi tubuh dan ini berpengaruh pada kualitas tidur. Rata-rata lansia akan terganggu dengan waktu tidurnya namun berbeda dengan H dia tidak merasa gelisah dalam tidur, sebaliknya dia bermimpi kedatangan sosok yang dia rindukan

“kalau gelisah si tidak jeng, biasa aja rasanya. Tapi kalau bermimpi sering jeng hmm (sedikit tersenyum dan wajah bergembira) saya bermimpi almarhumah nenek saya datang jeng, tapi hanya diam tidak mengatakan apa-apa setelah itu menghilang jeng (TW.1.3) &(TO.1.3).

Beliau juga pernah melakukan terapi ditemani oleh saudara kandungnya

“pernah jeng, saya terapi jalan dulu dibantu saudara saya waktu belum menikah, dan saya juga masih punya uang. Tapi sekarang udah ngak jeng” (TW.1.24)

Penyakit yang diderita H membuat ia memiliki tidak memiliki aktivitas lain selama tinggal di panti, selain makan minum, tidur, beribadah dan mandi.

“ya begini aja jeng, kalau waktunya makan ya makan, kalau mandi ya mandi Cuma itu saja jeng, kalau makan sudah disediain, kalau mau mandi dibantu sama bu wati” (TW.1.13)

Jadi dapat disimpulkan pada responden 1 secara fisik relatif rendah, dikarenakan responden menderita penyakit stroke sehingga mempengaruhi kondisinya selain perubahan-perubahan fisik seperti penuaan, osteoporosis,

keriput, sebagian fungsi tubuh tidak bekerja secara optimal ditambah nutrisi dan berat tubuh sangat menurun.

2. Aspek psikologis

Salah satu indikator dari aspek kualitas hidup lansia adalah perasaan positif, berpikiri, mengingat, konsentrasi, harga diri penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif serta kepercayaan individu. (WHQOL Breef, 2000). karena dengan pikiran positif, kita masih bisa melihat sisi positif dari kehidupan saat ini, walau diterpa masalah, setidaknya masih ada kesempatan lain. Perasaan positif yang ditunjukkan oleh H yaitu perasaan bersyukur kepada Allah SWT, dan perasaan positif menerima kondisi saat dirinya (Pasrah)

“iya kok jeng, saya mah bersyukur. Disini lebih baik, ada yang perhatiin ketimbang dirumah tak ada yang mengurus saya jeng. (raut wajah sedih)”
(TW.1.28)

Indikator lain adalah kemampuan dalam mengingat atau berkonsentrasi. Kemampuan responden dalam mengingat cukup baik. Hal ini terlihat dari data observasi tentang perilaku H menceritakan masa lalu dirinya, masa kecilnya bersama orang tua dan kehidupan pernikahan dulu. Responden H sangat menikmati dan terus bercerita seperti nostalgia (TO.1.29)

Walaupun lansia pada usia tertentu telah mengalami penurunan pada fungsi ingatan dan konsentrasi pada hal-hal tertentu. Seperti ketika menyimak dan memahami lawan berbicara. Hal seperti ini juga dialami oleh H yang mengatakan kalau hal itu adalah relatif, tidak selamanya ia bisa berkonsentrasi

atau mengingat sesuatu (TW.1.29.). data ini didukung oleh bagaimana responden mengekspresikan diri saat diwawancara. Terkadang responden terlihat tidak fokus dan melamun (TO.1.30).

Responden H juga merasa kesepian, sendiri, dan bosan. Perasaan bosan ini dialami responden saat sendiri, tidak melakukan aktivitas apa-apa. Bahkan responden sering terlihat sedih, menyendiri dan termenung (TO.1.32). Responden seringkali mengeluh tentang perasaannya, beberapa kali peneliti datang mengamati dan mewawancarai, responden bercerita kalau perasaannya kosong dan merasa tidak enak (TW.1.40). Responden merasa tidak dihargai oleh orang-orang sekitar, responden berbicara tentang kerinduan dengan anaknya (TW.1.41.). ketika peneliti menanyakan kalau responden merasa bosan atau kesepian, apa yang biasa responden lakukan? Dan H menjawab bahwa dia tidak melakukan apa-apa kecuali tidur dan makan (TW.1.45.).

Harga diri, kepercayaan diri, loneliness merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia. Kesepian merujuk pada faktor psikologis dan kepribadian pada lansia. Kesepian bagi lansia dapat menimbulkan konsekuensi hubungan kesehatan yang serius. Hal tersebut merupakan satu dari tiga faktor utama yang menimbulkan depresi (Green et al 1992). Hansson et al. (1987) mengemukakan bahwa kesepian berhubungan dengan masalah psikologis, ketidakpuasan dengan keluarga dan hubungan sosial.

Kematian pasangan hidup dan teman serta tidak adanya keterlibatan sosial setelah meninggalkan pekerjaan adalah beberapa perubahan kehidupan yang berkontribusi pada kondisi kesepian pada lansia. Seperti direlease oleh Max et

al, (2005) bahwa adanya kesepian berkontribusi kuat pada depresi dan kematian. Pada lansia, depresi berasosiasi dengan kematian hanya jika perasaan kesepian itu muncul. Depresi adalah masalah yang mengikuti perihal kesepian.

H menyatakan dia merasa kesepian karena sudah kehilangan suami, orang terdekat seperti sahabat, saudara, neneknya bahkan anaknya juga. Namun H masih bisa merespon positif bila ada yang memberikan perhatian yang baik dan perlakuan yang menyenangkan. Perasaan kehilangan tentu beberapa saat menyelimuti, tetapi H tidak mau berlama-lama dalam kesedihan. H berharap suatu saat bila dia sembuh, anaknya mengunjunginya dan mempunyai kehidupan dimasa-masa yang baik (TW.1.55).

Secara psikologis, responden H mengalami perasaan kesepian/lonelines yang sangat mendalam. Karena responden ditinggalkan oleh orang-orang terdekat seperti suami, keluarga, anak-anak responden. Responden juga jarang dijenguk oleh keluarga. Responden selalu merasa kesepian dan merasa sendiri. Sehingga membuat dirinya tidak berharga dan merasa diabaikan. Terkadang ada rasa takut yang dirasakan responden, seperti banyak yang tidak menyukainya, menutup diri tidak terbuka kecuali kepada orang-orang tertentu. Perasaan kehilangan lebih besar menyelimuti responden. Namun responden masih mensyukuri nikmat tuhan dan kondisinya seperti itu.

3. Aspek lingkungan

Lingkungan merupakan aspek penting dalam meningkatkan kualitas hidup, apalagi untuk seorang lansia, mereka harus merasa nyaman dan aman, tidak hanya lingkungan luar, tetapi lingkungan dalam seperti fasilitas-fasilitas yang tersedia, apakah memuaskan lansia yang tinggal disitu atau tidak. Sebagaimana yang dipaparkan H

“relatif jeng, kadang puas kadang tidak jeng disini pelayanannya kurang jeng, makanan juga kurang enak dilidah saya, terus saya sering mengingat orang-orang yang dulu hidup dengan saya jeng” (TW.1.35)

Kenyaman dan keamanan merupakan faktor penentu dalam meningkatkan kualitas hidup, karena salah satu indikator adalah lingkungan tempat tinggal yang aman, dan nyaman “hal ini dikutip dalam (Lopes dan synder 2008)

“perasaan saya biasa aja jeng, tidak terlalu gimana-gimana kalau ditanya nyaman, saya cukup nyaman, dan merasa aman jeng , iya jeng, kalau disini tu ngak rame, sepi dan damai, hening aja jeng” (TW.1.8)

Menurut H, persoalan aman dengan tempat tinggalnya saat ini hanya sekedar aman dari luar. Seperti merasa terlindungi, terawat secara fisik dan kebutuhan (TW.1.30.). Karena menurut keterangan pengurus pondok, fasilitas yang disediakan ala kadarnya seperti tempat tidur, kamar tidur, kursi roda, lemari, waktu makan dan istirahat (TW.i1.12).

Peneliti menambahkan lagi pertanyaan, apa yang membuat responden kurang puas dengan pelayanan fasilitas yang tersedia di pondok ini? dan responden

menjawab kurang puas dengan pelayanan jam makan, makanan yang disediakan dan salah satunya perlakuan pegawai yang tidak mengenakan (TW.1.31.). menurut H makanan yang disediakan selalu sama, tidak ada variasi dan H mengeluh bagaimana dia sering dimarahi kalau menolak makan atau tidak menyukai rasa makanan tersebut (TW.1.35). H bercerita kalau dia sangat menyukai buah-buahan, tetapi disini tidak menyediakan buah kecuali kalau beli di tukang buah (TW.1.36). H juga bercerita bagaimana aktivitas dia selama tinggal disini, yaitu tidak ada yang menyenangkan, H hanya bisa tidur, bangun, mandi, ibadah. Jadi kalau merasa nyaman relatif menurut H begitupun dengan Rasa Aman.

Secara aspek lingkungan, responden merasa sedang-sedang saja atau biasa saja. Menurut penuturan responden, lingkungan yang dia tempati saat ini adalah tempat yang aman dari kejahatan, tidak ramai tetapi sepi. Yang membuat dia tidak puas yaitu pelayanan dan makanan yang disediakan tidak sesuai selera sehingga beberapa kali responden mengeluh.

4. Aspek Hubungan sosial

Kemampuan sosial (dalam hal ini pergaulan) memainkan peran yang penting dalam melindungi orang dari tekanan psikologis dan meningkatkan kesejahteraan manusia. George (1996) meringkas beberapa faktor sosial empiris efek dukungan dalam simptom depresif dimasa senja, diantaranya adalah kurangnya kuantitas dan kualitas hubungan sosial yang dihubungkan dengan peningkatan tingkat gejala depresi.

Ada beberapa indikator hubungan sosial dalam kualitas hidup lansia. Yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, dan aktivitas seksual. Dalam urusan aktivitas seksual, hanya berlaku bagi lansia yang belum ditinggalkan oleh sang suami. Sedangkan H suaminya telah meninggal dunia (WU.R1.4) Dan kini H seorang diri. Selain itu H kurang mendapat dukungan sosial dilingkungannya, karena H tidak akrab dengan teman kamar maupun tetangga kamar.

H berbicara tentang dukungan sosial yang dia dapatkan selama tinggal dipondok, tidak semua orang yang akrab dengannya dan hanya beberapa orang tertentu bila memperlakukannya dengan baik (TW.1.56).

“ngak lah jeng, saya biasa saja sama mereka. Tidak akrab ngak ada jeng, semuanya biasa saja. Mereka sendiri” saya juga sendiri ya cerita tapi bukan tentang masalah saya, palingan guyon tok jeng” (TW.1.42)

Hasil observasi membuktikan bagaimana perilaku dan sikap H selama tinggal dan berinteraksi dengan orang-orang mulai ketika berbicara dengan teman sebaya, pegawai, pengurus panti bahkan tamu hanya hanya sekedar menjenguk (TO.1.5). Kepribadian H sangat sensitif hal ini berdasarkan dari penuturan pengurus panti informan 1. Beliau mengatakan H orangnya memang sensitif, mudah tersinggung, dan dia tidak menyukai keramaian apalagi sampai diabaikan oleh lawan bicaranya (TW.i1.12). bahkan hubungan sosial H dengan keluarga juga tidak cukup baik, hal ini karena Selama tinggal dipondok Al-ishlah, H mengakui dia tidak pernah dijenguk oleh keluarga

bahkan sanak saudara, kecuali pertama kali dititipkan oleh saudaranya di pondok Al-ishlah.

“ngak pernah jeng, anak saya jauh dikalimantan, saudara saya ikut suaminya di sumatra mereka semua jauh jeng yang nganterin saya si ya saudara itu, udah Cuma itu aja” (TW.1.50)

Kondisi-kondisi seperti ini tentu akan berdampak pada hubungan sosial yang berkelanjutan salah satunya kemungkinan terparah adalah isolasi sosial menjadi faktor resiko bagi lansia. Kurangnya hubungan sosial dapat menimbulkan perasaan hampa dan depresi. Individu yang terlibat dengan hubungan positif cenderung kurang berpengaruh terhadap masalah sehari-hari dan memiliki kontrol yang tinggi serta merta tidak bergantung.

Berbeda dengan H yang bergantung terhadap kondisi fisiknya sampai mengeluh dengan kondisinya mempengaruhi psikologis serta interaksi sosial. Tanpa hubungan sosial akan menjadi terisolir, terabaikan dan depresi. Kurangnya berhubungan dengan orang lain cenderung membangun dan memelihara persepsi negatif mengenai dirinya, menganggap kurang puas dalam kehidupan dan seringkali kurang motivasi (Hanson & Carpenter, 1994).

Secara sosial, responden kurang mendapat dukungan sosial yang baik. Responden juga memiliki kepribadian tertutup, sensitif, jadi dia kurang akrab dengan teman sebaya, pengurus panti, atau orang-orang sekitar. Responden bias bersikap ramah dan menyenangkan kalau ada yang memperlakukan responden dengan baik. Dukungan secara keluarga juga

kurang, anak kandung tidak memperhatikan, saudara dan kerabat juga jarang berkunjung ke pondok.

D. Proses Kualitas hidup responden 2

1. Aspek kesehatan fisik

a) Masalah kesehatan/penyakit

Rata-rata lansia pada yang berada pada usia dewasa mengalami berbagai penyakit serius seperti arthritis, penyakit jantung, kanker, atau stroke. Seperti kondisi yang terjadi pada A. A merupakan lansia wanita berusia 100 tahun tetapi secara fisik perubahan-perubahan yang terjadi sangat terlihat dan tampak mengalami osteoporosis. Dimana osteoporosis adalah faktor utama yang menyebabkan banyak orang lanjut usia berjalan dengan menggunakan alat bantu; secara khusus wanita rentan terhadap penyakit ini. Kecelakaan biasanya lebih banyak dialami oleh orang yang lebih tua dibandingkan orang yang lebih muda. A mengalami penyakit osteoporosis sehingga dia harus memakai tongkat untuk bisa berjalan, dan A berjalan dalam keadaan bungkuk serta perubahan fisik yang terjadi sangat terlihat seperti kulit yang keriput, gangguan pendengaran, komunikasi dll.

Ketika peneliti menanyakan bagaimana waktu tidur A dan apa yang A rasakan, apakah gelisah atau sedang-sedang saja. A menjawab singkat dan santai kalau dia merasa ngak gelisah dan nyaman ((TW.2.2)). Jawaban yang A utarakan dengan ekspresi seolah tidak ada masalah apa-apa. Namun A pernah mengalami kecelakaan kecil sehingga menyebabkan dia berjalan menggunakan tongkat dan kaki sebelah kiri terasa sakit bila digerakkan.

A pernah mengalami jatuh, dan kakinya tidak bisa digerakkan terlalu banyak.

A merasa sedikit mengganggu saat dia beraktifitas.

“Sedikit saja saya rasakan sakit bila saat berjalan. Karena kaki kiri saya pernah jatuh” (TW.2.4)

Selain itu kondisi A seperti kondisi lansia lainnya yang ingin beraktifitas dibantu oleh pegawai atau perawat (TO.2.13). A juga tidak bisa mendengar dengan jelas, jadi ketika diwawancara peneliti harus duduk mendekat baru bisa paham apa yang dibicarakan. Untuk masalah konsumsi obat-obatan, A tidak mengkonsumsi obat-obatan khusus karena A hanya diberi vitamin untuk mengurangi kelelahan saat aktivitas.

Ketika ditanya, apakah A puas dengan kondisi saat ini, A menjawab *“cukup puas”*(TW.26). Perasaan A terhadap kondisinya adalah bahagia dan bersyukur. A adalah lansia yang tidak terlalu banyak mengeluh dan mempermasalahkan kondisinya (TO.2.13). A adalah lansia yang terlihat kuat dan tidak terlalu mau bergantung kepada teman-temannya, kecuali kalau ada hal serius seperti berpergian jauh. Kondisi A secara fisik mengalami penurunan tetapi A merasa tidak ada masalah serius kecuali masalah pada kaki kirinya yang sedikit mengganggu dia beraktifitas (TW.2.40). A tidak mengkonsumsi obat apapun. A menjalani hari-hari dipanti seperti biasa, beraktifitas seadanya, karena ia merasa nyaman.

“Saya merasa nyaman, tidak terlalu merasa sakit, dan bercengkrama (WU.R3.12) Keluarga AM juga menjenguk A, jadi A tidak terlalu khawatir

(WU.R3.14). (TW.2.8) A juga menegaskan kalau dia tidak merasa kelelahan secara psikis karena dia merasa bersyukur dan cukup dengan kehidupannya saat ini (WU.R2.10).

Secara fisik A mengalami perubahan penuaan yang sangat variasi dan jelas berdasarkan usianya, A mengalami penurunan ketajaman visual, sehingga susah mengenali dan membedakan siapa yang menyapanya dari jauh, kemudian berkurangnya pendengaran (Tuli). Selain itu kondisi tubuh yang bungkuk, berjalan pelan dan memakai alat bantu tentu mempengaruhi kualitas dalam beraktivitas sehari-sehari. A tidak memiliki ketergantungan terhadap obat apapun. Kondisi A yang terlihat tidak terlalu parah atau serius karena tidak memakai bantuan medis, serta rata-rata lansia yang tinggal di pondok lansia Al-ishlah dalam status janda dan pensiun terhadap pekerjaannya (WU.R2.15)

Secara fisik, responden A mengalami penurunan dan perubahan secara drastis. Tetapi responden tidak memperlmasalahkannya. Responden masih bisa beraktivitas walaupun harus dibantu oleh pengurus panti. Aktivitas responden seperti aktivitas lansia yang tinggal di pondok. Yang menjadi masalah adalah, responden pernah mengalami kecelakaan dan menyebabkan kaki kiri tidak bisa di gerakkan. Secara bahasa, responden mampu berkomunikasi, mampu melakukan timbal balik atau memakai bahasa isyarat. Responden mengalami masalah pendengaran dan penglihatan yang kabur.

b) Aspek Psikologis

Dalam aspek kualitas hidup lansia terkait masalah kondisi psikologis lansia yang memasuki usia dewasa akhir adalah Depresi yang mempengaruhi suasana hati dimana individu merasa tidak bahagia. Kehilangan semangat, merendahkan diri, dan bosan serta tidak merasa baik, mudah kehilangan stamina, memiliki nafsu makan yang rendah, tidak bergairah dan tidak termotivasi. Berbeda dengan A sangat berpikiran positif terhadap hidupnya. A tidak terlihat seperti orang depresi, karena ekspresi ketika peneliti mengajukan pertanyaan, A menjawab dengan semangat dan menyambut dengan hangat. Walaupun tingkat konsentrasi A dalam berkomunikasi kurang baik (TW.2.42)

A adalah tipikal berkepribadian ekstrovet alias berpikiran terbuka. A sangat terbuka dan semangat menceritakan kisah hidupnya, A adalah seorang janda yang tidak memiliki Anak. A Hanya memiliki 1 saudara perempuan dan ibunya. Suami A telah meninggal dunia karena itu hanya bertahan hidup bersama saudara dan ibunya (WU.R2.20).

A mengalami perjalanan hidup yang membuat ia tumbuh dengan tegar. A tidak mudah murung, malahan A sangat ramah dengan teman-teman kamar, akrab dengan pegawai dan perawat. A memiliki rasa syukur yang tinggi, terlihat bagaimana dia menikmati kehidupannya di usianya saat ini dan tidak tinggal bersama keluarga tercinta.

Beberapa kemunduran dan keterbatas fisik yang menandai perkembangan pada masa dewasa akhir berkontribusi terhadap munculnya perasaan rentan dan ketakutan diantara orang-orang lanjut usia. Ketika peneliti mewawancarai A, apakah A merasa gelisah, takut atau khawatir terhadap sesuatu? A menjawab dia tidak merasakan hal itu, karena dia merasa baik-baik saja tidak ada yang perlu dikhawatirkan. A juga menambahkan kalau dia tidak merasa takut atau khawatir, tetapi dia merasa kesepian bila tidak ada yang mengunjungi atau menjenguk keadaanya di pondok. A menyukai bila ada yang bertamu dan bercengkrama dengannya, tetapi bila A tidak mendapatkan itu maka A hanya bisa kembali tidur untuk mengusir rasa sepi (TW.2.45). A memiliki harga diri yang tinggi.

Lansia yang memiliki harga diri rendah, cenderung pemalu, kurang percaya diri, minder, tidak berguna, rendah diri, tidak mampu, tidak sempurna, menyalahkan diri, menarik diri dan keinginan yang tidak tercapai, seperti keinginan, untuk kembali berkumpul dengan teman-teman dan keinginan untuk dapat melakukan aktivitas yang sebelumnya dapat dilakukan. Pikiran-pikiran negatif dan perasaan negatif tentunya mempengaruhi kesehatan psikologis dan harga diri lansia. Namun berbeda dengan A, hasil observasi dan hasil wawancara menjelaskan bahwa A masih memiliki harga diri yang tinggi, A tidak pernah mengeluh dengan kondisinya, A beraktivitas semampunya, A bersyukur dengan keadannya, A tidak merasa terisolasi dari lingkungannya, malahan A senang karena mendapat tempat tinggal yang layak dan dipedulikan oleh orang-orang sekitarnya.

Pada aspek psikologis, responden memiliki harga dan kepercayaan diri yang tinggi, kepribadian yang terbuka, ramah, berpikiran positif membuat responden tidak terlalu terbebani dengan kondisinya. Responden juga memiliki rasa syukur yang tinggi kepada Allah SWT.

c) Aspek hubungan sosial

Hubungan sosial berkaitan dengan interaksi sosial dan Dukungan sosial. Dukungan sosial pada lansia dapat membantu mengatasi masalah secara lebih efektif (Griffiths & Kawan-kawan, 2007). Bagi orang lanjut usia, dukungan sosial dapat meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada mereka (Cheng, Lee, & Chow, 2010). Selama tinggal di pondok, ada orang-orang yang masih memberi perhatian kepada A, mulai dengan menjenguk walaupun bukan dari keluarga sendiri. Seperti tetangga, masyarakat yang peduli, dan orang lain. Hal ini dituturkan oleh A sendiri.

“ada kan perawat, mantri yang biasa cek darah saya, periksa kesehatan saya” (WU.R2.16)

A tidak tau seberapa sering dia dijenguk. Keakraban Hubungan A dengan keluarga maupun teman sangat baik dan tidak memiliki masalah sosial dengan orang-orang yang tinggal di pondok. Data ini didukung juga oleh penuturan dari pengurus panti sendiri, kalau A memang orang yang baik, tidak mudah marah dan menerima perkataan orang lain. A tidak memiliki aktivitas seksual saat ini, karena satausnya sebagai janda (WU.R2.4). A bercerita dengan teman-teman atau orang-orang yang menjenguknya di sela-sela waktu senggang.

“Saya berjemur, saya senam , saya tidur atau bercerita dengan teman-teman”(TW.2.10)

Dukungan terbesar A adalah, suami, Dan ibu dari dulu sampai sekarang tiada ganti.(TW.2.12).

Secara sosial, responden adalah orang yang baik, ramah, peduli dan perhatian kepada orang lain. Di usia 100 tahun, responden memiliki sikap yang bijaksana serta responden mendapat dukungan sosial dari semua orang baik kerabat, saudara, tetangga, pengurus panti dan lainnya. Responden akrab dengan teman sebaya dan responden menikmati pelayanan yang diberikan kepadanya.

d. Aspek Lingkungan

Lingkungan adalah faktor penting dari sebuah kebutuhan yang ada pada lansia. Karena lingkungan baik akan memberikan feedback positif untuk lansia itu sendiri. Dan Pondok Al-ishlah adalah sebuah tempat penitipan lansia yang butuh istirahat serta pelayanan standar tidak diistimewakan. Menurut A, dia sangat bersyukur tinggal di pondok. Karena A merasa nyaman dan Aman. Aktivitas A selama tinggal disini hanya makan, tidur, mandi, berjemur, bercerita, beribadah sendiri-sendiri. A pernah mengalami peristiwa tidak mengenakkan, yaitu jatuh di kamar mandi.

“saya lagi nyuci baju majikan, pas mau berdiri itu, jrenggggg saya linglung dan jatuh” (WU.R2.9)

A merasa Aman dilingkungan ini. Makanan yang disediakan enak, aturan tidak memberatkan, A bisa melalui masa-masa tua dengan nyaman.

Tanggapan orang lain kepada A, mereka sangat peduli terutama pegawai, kepala panti, perawat, ibu-ibu sukarelawan yang berkunjung bagi-bagi sedekah kepada Para lansia dipondok ini. Segala Sarana dan Prasarana menurut A semuanya baik.

Lingkungan A saat ini membuat dia bisa menikmati segala fasilitas yang tersedia tanpa harus membayar. Ada beberapa sukarelawan atau orang-orang yang peduli hanya sekedar membawakan makanan, perlakuan pegawai dan perawat juga baik terhadapnya, sehingga dia muda akrab dengan siapa saja (TW.2.25).

Tak dapat dipungkiri, Kalau A memiliki kepribadian yang menyenangkan serta bijaksana terhadap kehidupannya. Orang-orang disekitar merasa nyaman. Hal ini berdasarkan wawancara kepada pegawai yang biasa menyediakan A makanan. Dia berkata kalau A itu orang yang baik, tidak rewel ketika waktu makan (TW.i2.15). *“iya, mereka sangat perhatian, baik, sodara dari bapak. ada kan perawat, mantri yang biasa cek darah saya, periksa kesehatan saya”* (WU.2.50)

Di pondok lansia Al-ishlah juga tidak memiliki organisasi khusus atau kegiatan keterampilan untuk lansia. Jadi tidak ada program khusus dan mereka hanya menyediakan tempat penitipan,tempat lansia menjalani hari-hari tua dengan tenang serta fasilitas seadanya (WU.i1.10).

Secara lingkungan atau tempat tinggal, responden merasa aman dan nyaman.Dari segi fasilitas, tempat, pelayanan membuat responden cukup puas.Dan relatif tinggi kepada kepuasan tempat tinggal.

E. Proses kualitas hidup responden 3

a) Aspek Kesehatan fisik

Secara fisik, responden ketiga penelitian ini, dari sisi pengamatan secara fisik, perubahan-perubahan yang terjadi sangat jelas terlihat seperti kondisi tubuh yang kurus, keriput, penuaan, dan membungkuk. namun AM masih bisa beraktivitas secara mandiri, karena tidak memiliki cacat fisik. Diantara kedua responden peneliti, AM terbilang cukup baik, masih bisa berjalan sendiri, masih bisa beraktivitas tanpa dibantu oleh orang lain (TO.3.12). saat melakukan wawancara, AM terlihat sangat cepat tanggap dalam menjawab pertanyaan, walaupun terkadang AM tidak bisa mendengar dengan baik. AM mudah memahami pertanyaan yang diajukan.

AM juga memiliki riwayat penyakit usus buntu waktu belum berstatus janda. Tapi penyakit itu sudah diangkat setelah operasi (TW.3.36). Karena peneliti mengamati secara fisik dia mampu berjalan, duduk, dan mandiri bila ingin beraktivitas. Tetapi karakter responden ini agak tegas dan keras. saat ini tidak ada rasa sakit secara fisik yang mencegah AM dalam beraktivitas, AM cukup puas dengan kondisi kesehatan saat ini. AM merasa santai dengan kondisinya saat ini alias menikmatinya.(TW.3.36)

Tidak ada bantuan medis yang diberikan kepada AM, tidak ada perhatian khusus untuk AM dalam merawat kesehatan. Terkecuali melakukan suntik sebulan sekali. Dan perawatan berlaku bagi semua lansia. Hal ini dijelaskan pada wawancara dengan salah satu pengurus panti, beliau berkata bahwasanya ibu AM memang orang yang dikenal tegas dan tidak pernah mengeluh.

Dipondok lansia juga menyediakan perawat yang sukarelawan tanpa dibayar (TW.i1.51).

Menurut teori aktivitas dalam (santrock, 2012) menyatakan bahwa pada lanjut usia, semakin besar aktivitas dan keterlibatan mereka, semakin puas mereka terhadap kehidupannya. Lansia akan merasa puas dan tidak muda bosan bila ada hal-hal produktif atau terlibat aktif dalam kegiatan apapun.

Penjelasan ini sejalan dengan penuturan AM bahwasanya kalau dia bisa melakukan hobinya lagi, mungkin rasa bosan akan berkurang. Beliau adalah perias manten dan beliau juga bisa menjahit. Beliau adalah salah responden penelitian yang cukup baik dari segi kualitas hidupnya. Beliau mensyukuri apa yang diberikan oleh Allah SWT.

Beliau tidak membandingkan dirinya seperti kondisi ia lebih baik atau lebih buruk dari kebanyakan orang lain, karena penurunan intensitas penyesalan pada orang lanjut usia (Bauer, Wrosch, & Jobin, 2008). Untuk kapasitas pekerjaan dari responden ke 3 ini, beliau sudah pensiun dari aktivitasnya hanya makan, mandi, beristirahat, beribadah, dan kegiatan kecil lainnya.

Secara fisik, dapat disimpulkan responden AM mengalami perubahan dan penurunan seperti berat tubuh menurun, dan terlihat tidak bugar. Responden juga mengalami penurunan secara visual dan pendengaran (tuli), mengalami penurunan pada ingatan. Tetapi secara kemampuan, responden mampu beraktivitas dan mandiri. Mampu berjalan sendiri tanpa alat bantu, makan mandi dan beraktivitas secara mandiri. Responden pernah mengalami

penyakit usus buntu dan berhasil sembuh. Responden merasa kondinya baik-baik saja dan tidak terlalu mempermasalahakan kondisi yang dialami.

b) Aspek psikologis

Lansia memiliki perasaan negatif dan kepercayaan terhadap diri sendiri berkurang diakibatkan kemunduran dan keterbatasan fisik yang menandai perkembangan di masa dewasa akhir berkontribusi terhadap munculnya penghayatan bahwa dirinya rentan dan takut diantara orang-orang lanjut usia. Hampir seperempat dari orang-orang lansia menyatakan bahwa mereka memiliki ketakutan dasar akan menjadi korban dari kejahatan.

Dibandingkan para laki-laki lansia, para perempuan lansia lebih menjadi korban atau mengalami kekerasan. Kondisi-kondisi diatas kemungkinan menyebabkan terjadinya kecemasan berlebihan bahkan parahnya depresi. Namun setelah peneliti mengamati dan mewawancarai AM, beliau adalah seorang lansia yang mandiri dan kuat. Terlihat bagaimana dia menjawab pertanyaan peneliti dengan tegas. Hal ini diakui juga oleh salah satu pengurus panti (WU.i1.20). AM sangat menikmati hidupnya dimana dia merasa bersyukur memiliki tempat tinggal yang layak untuk ditempati. AM memiliki kepercayaan diri yang tinggi, AM juga mampu berkonsentrasi, cara AM menjalani hidupnya dengan enjoy dan santai.

Dijelaskan dalam teori erikson (Intergitas dan keputusasaan) adalah tahap kedelapan dan tahap akhir perkembangan menurut erikson, yang dialami individu dimasa dewasa akhir. Tahap ini melibatkan refleksi terhadap masa

lalu dan entah menyimpulkan secara positif pengalamannya atau menyimpulkan bahwa kehidupannya belum dimanfaatkan secara baik.

Teori erikson ini menjelaskan kualitas hidup lansia tergantung bagaimana keseluruhan pandangan lansia dalam memaknai dan menikmati hidup berdasarkan pengalaman hidupnya dari masa awal sampe akhir. Apabila ada pengalaman hidup yang negatif, maka akan mempengaruhi kondisi psikologis lansia.

“Saya merasa semuanya baik Iya saya menikmati, enjoy dan santai”
(TW.3.10 & TW.3.12)

Pernyataan AM diatas adalah pernyataan singkat dan jelas. AM merefleksikan kehidupannya secara positif, AM tidak merasa terbebani, AM memiliki pemikiran terbuka, menerima diri apa adanya, tidak pemalu, tidak menyalahkan diri sendiri, dan santai menjalani hari-harinya. Walaupun tidak dapat dipungkiri kalau Perubahan-perubahan fisik sangat jelas terlihat seperti penuaan, pengurangan indra pendengaran, kondisi tubuh yang kurus, bungkuk dll. Tidak mengurangi semangat AM dan AM tidak putus asa begitu saja.

AM juga memiliki ingatan sangat baik tentang masa lalunya, ingatan dengan kejadian-kejadian tertentu seperti mengalami sakit usus buntu, meninggalnya suami dan anak, memiliki hobi perias manten dan kemampuan itu masih ada namun tidak tersalurkan (TW.3.50).

Responden adalah orang yang tegas tetapi kadangkala ramah, berpikiran terbuka, bijaksana, memiliki harga diri yang tinggi, dapat percaya pada orang lain dan dirinya. Responden memiliki keyakinan yang membuat dirinya kuat,

tidak merasa terbebani apalagi mengeluh dengan kondisinya. Jadi secara aspek psikologis, kualitas hidup responden tergolong tinggi.

c). Aspek hubungan sosial

AM merupakan janda dari suami angkatan udara, AM tidak pernah mengalami kesulitan hubungan sama keluarga dan teman. AM cukup terbuka bila ditanya, AM juga memiliki hubungan akrab dengan pegawai, dan perawat yang tinggal disini.

“Saya akrab dengan mereka” (TW.3.18)

AM bercerita kalau dulu ia memiliki hobi menjadi perias mantan dan hobi itu tidak lagi dikerjakan semenjak tinggal di pondok ini (TW.3.21). A lebih banyak menghabiskan waktu dengan membaca koran. Dukungan terbesar A adalah suami dan saudara (TW.3.22)

Hal terburuk dari tidak mendapatkan dukungan sosial adalah, merasa kesepian, terisolasi dari kehidupan sosial dan depresi. Bagi orang lanjut usia, dukungan sosial dapat meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada orang-orang lanjut usia (Cheng, lee, & Chow, 2010). Dukungan sosial berkaitan dengan berkurangnya simtom-simtom penyakit dan dengan kemampuan memenuhi kebutuhan perawatannya sendiri dan kematian (Rook & kawan-kawan). Selain itu ada integritas sosial dimana para lansia menjalin relasi dengan kawan-kawan dekat dan anggota keluarga yang menyenangkan.

Walaupun AM tidak berada pada lingkungan keluarga, tetapi menurutnya pondok yang ia tinggal jauh lebih aman dan nyaman karena semua yang tinggal di sana sudah akrab dan peduli kepadanya. Jadi dia tidak merasa terabaikan, terisolasi, kesepian sosial atau emosi (TW.3.52).

Kualitas secara hubungan sosial tergolong tinggi secara dukungan sosial, perhatian di lingkungan, keakraban hubungan, dan integritas dengan keluarga yang masih sering mengunjunginya.

d). Aspek Lingkungan

Aspek lingkungan merupakan salah satu penentu dalam mengetahui bagaimana kualitas hidup lansia, karena dengan lingkungan mereka berinteraksi, memiliki tempat bernaung, dan bisa melakukan aktivitas-aktivitas yang nyaman bagi mereka. Selain itu juga pengaturan tempat tinggal adalah bagi orang lansia yang tinggal sendiri merasa lebih kesepian dibandingkan mereka yang tinggal bersama orang lain. Dan tempat penitipan lansia seperti institusi, panti jompo adalah solusi kecil dari perawatan keluarga sendiri.

Selama AM tinggal di pondok ini, AM Hanya makan, tidur, mandi, shalat, dan senam.

“ Abis shalat saya tidur, kemudian mandi, makan diwaktu makan” (TW.3.1)

AM bercerita kalau pelayanan dipondok ini cukup memuaskan, tidak memaksakan, walaupun ada aturan tetapi tidak memberatkan. Ditambah diurus dan dijaga oleh pengurus pondok (TW.3.37).

Ketika wawancara, AM pernah bilang, kalau dia memiliki riwayat jatuh sama seperti responden H, Dan A. Karena AM pernah jatuh dikamar mandi hingga penglihatan menjadi kabur dan pingsan.

“Pernah. Saya jatuh dikamar mandi, saat lagi mandi , tiba-tiba penglihatan saya kabur dan pingsan” (TW.3.26)

A juga merasa aman tinggal di pondok ini, tidak ada tanggapan orang lain terhadap A (TW.3.30) Sarana dan prasarana yang tersedia di pondok ini membuat A merasa aman, nyaman dan krasan. .(TW.3.28 & TW.3.33) Selain itu A selalu merasa puas tinggal dimana saja.

*Saya itu puas tinggal dimana saja, asal layak dan nyaman”*Tidak ada aktivitas lain yang A lakukan selain yang biasa dilakukan selama tinggal disini. (TW.3.36)

Secara lingkungan, responden merasa cukup puas, baik sarana, prasarana, fasilitas yang disediakan membuat responde mendapat pelayanan yang baik dan responden mensyukuri apa yang dia peroleh selama tinggal di pondok tersebut.

J. Faktor yang mendukung dan menghambat proses kualitas hidup lansia

Proses kualitas hidup yang dialami oleh responden tidak lepas dari adanya faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung pada diri responden ini adalah faktor protektif internal dan eksternal, sedangkan faktor penghambatnya faktor resiko internal dan eksternal . masing-masing faktor memiliki pengaruh terhadap proses kualitas hidup responden, walaupun tidak

semuanya memiliki berperan secara penuh, akan tetapi ada salah satu diantaranya yang mendominasi sehingga menjadikan proses kualitas hidup tersebut dikatakan berhasil atau tidak.

a. Faktor protektif kualitas hidup H

Responden H memiliki tingkat Religius sehingga membantunya untuk menjalani kehidupan dengan pasrah dan penuh rasa syukur. Responden menyatakan bahwa saat ini dia hanya memikirkan ibadah yang sungguh-sungguh. Kemudian mengamalkan amalan ibadah yang diajarkan oleh Almarhum neneknya dulu. Religiusitas diri responden juga tergambar dalam aktivitas dirinya mendekati diri kepada Allah, responden bercerita bahwasanya dia hanya bisa berdoa setelah shalat apapun keadaannya. Seperti yang terlihat walaupun kondisi responden sudah tua, membungkuk, dan keriput bahkan tidak bisa beraktivitas dengan maksimal, tetapi responden selalu membuat dirinya untuk mengingat Allah, mendoakan Almarhum suami dan Almarhumah neneknya. Responden juga meminta kesembuhan bahkan berdoa agar dipertemukan dengan Anaknya. Sambil menjalani hidup, responden juga telah mempersiapkan diri untuk menghadapi kematian. Aktivitas yang ditunjukkan oleh responden yaitu membaca Al-qur'an pelan-pelan, selalu berdzikir, agar dirinya diberi kekuatan dan kesabaran dalam menghadapi kondisi saat ini.

Peristiwa dan perjalanan hidup yang responden alami, membuat dia tidak lupa untuk bersyukur kepada Allah dan responden meyakini apa yang dia alami adalah sebuah teguran, pengingat dirinya kepada sang pencipta salah

satunya adalah responden mengalami sakit strok. Walaupun di timpa kemalangan, responden masih berbaik sangka terhadap Allah dan tidak menyalahkan keadaannya. Selain faktor religiusitas yang dimiliki oleh responden, faktor pengalaman hidup yang dialami dari kehidupan yang keras, penuh perjuangan, sampai ditinggal pergi oleh nenek tercinta, suami dan anak-anak menjadi salah satu pendukung untuk menghadapi keadaannya saat ini.

Responden sudah terbiasa diterpa tekanan hidup, dia pernah sekali mengalami kecelakaan, pernah kelaurganya (suami tercinta meninggal dunia karena sakit). Dan anak-anaknya tidak terlalu peduli bahkan anak-anaknya yang tidak mampu merawat orang tuanya, menitipkan di panti jompo seperti yang dialami oleh responden saat itu. Saat itu responden mulai merasa sakit pada bagian tubuhnya namun responden masih menguatkan diri, masih beraktivitas seperti biasa. Tiba-tiba responden jatuh dikamar mandi dan pingsan. Responden di bawa kerumah sakit dan di diagnosa mengalami strok. Kaki kiri responden kaku tidak bisa digerakkan, dan tubuh bagian kiri mati rasa atau yang responden katakan dikerubungi semut. Walaupun sakit, responden masih menerima keadaannya.

Responden juga memiliki beberapa harapan yang membantunya untuk bisa bertahan dalam tekanan, yaitu harapan terhadap anaknya karena hanya anaklah yang dia punya. Walaupun responden memiliki saudara kandung tetapi mereka sangat sibuk dengan pekerjaan bahkan berada diluar kota. Responden menyatakan kalau kondisi dia seperti ini hampir membuat tidak

berdaya, putus asa. Namun berkat dukungan dari orang-orang yang masih peduli dia masih merasa bisa menerima dan tidak berpikir negatif. Responden beberapa kali menginginkan kehadiran anaknya untuk melihat, menjenguk dia dipanti. Karena menurut keterangan, responden bertemu anaknya terakhir kali ketika mengantar dan menitipkannya di pondok al-ishlah. Pada awalnya responden merasa sedih, tetapi pada akhirnya responden mencoba mengerti situasi anaknya yang sudah berkeluarga.

Tidak sedikit rasa cemas dan khawatir mengganggu dirinya, tetapi responden berusaha kuat dan menguatkan hatinya. Responden hanya bisa pasrah, menjalani hari demi hari tanpa keluarga disampingnya. Dan responden masih bisa menyikapi keadaannya dengan tegas, tidak mau bergantung pada orang lain (manja) terkecuali bila ada hal yang butuh bantuan dari orang lain seperti mandi, berjalan, mengganti pakaian responden di bantu oleh pegawai pondok lansia Al-ishlah.

b. Faktor resiko kualitas hidup H

Faktor pendukung pada proses kualitas hidup responden juga diimbangi dengan adanya tantangan, masalah-masalah kecil yang seringkali muncul. Responden memiliki kepribadian yang emosional, sensitive, responden seringkali marah dan emosi bila dia diperlakukan tidak baik oleh orang lain, sebaliknya responden akan bersikap baik dan ramah bila menemukan seseorang yang peduli kepadanya, yang tidak berlaku semenah-menah pada dirinya. Responden juga seringkali merasa bersalah bila merepotkan orang lain, sampai orang itu bersikap kurang baik.

Beberapa kali peneliti temukan adalah ketika jam sarapan atau makan siang, makanan yang disediakan membuat responden tidak menyukainya terlebih lagi pegawai yang melayani bersikap keras dan kasar, akibatnya responden sering berpura-pura makan tetapi habis itu dimuntahkan kembali. Setelah pegawai pergi, responden bercerita bahwa makanan yang disediakan dipanti itu tidak enak, rasanya hambar, terlebih responden tidak suka dengan perlakuan salah satu pegawai yang sudah biasa menyediakan makanan dan menyuapi lansia lain. Pegawai itu suka marah-marah dan membentak juga merasa di repotkan oleh responden.

Melihat dan mendengar penuturan responden, peneliti juga merasa sedih, walaupun begitu responden tidak protes dan hanya bisa pasrah. Melihat kondisi kesehatan responden yang sangat menurun mengakibatkan aktivitas yang responden kerjakan sangat terbatas. Hari-hari yang dilalui hanya dengan makan, tidur, mandi, duduk merenung. Responden juga sering khawatir, sering cemas dan memikirkan nasib selanjutnya seperti apa. Responden hanya menunggu kesembuhannya tetapi tidak menuntut banyak. Peneliti selalu mendengar pertanyaan semacam ini dari responden

“kalau saya sembuh nanti, saya mau kemana? Saya sudah tidak punya siapa-siapa jeng, anak jauh, saudara juga jauh”

Seperti responden memikirkan nasib hidupnya. Responden bingung dan bimbang, responden bertanya seperti itu dengan ekspresi sedih bahkan sangat sedih. Tatapan kosong dan mereka-reka.

c. Faktor Protektif kualitas hidup Responden A

Secara fisik, tubuh A sudah mengalami perubahan-perubahan tetapi tidak mengalami penyakit yang serius kecuali cacat dibagian kaki kanan, A juga mengalami penyakit tuli tetapi A masih terlihat sehat baik-baik saja dan tidak ada keluhan serius. Faktor Religiusitas dan Faktor dukungan sosial adalah hal utama yang mendukung Kualitas hidupnya. Karena A mendapat dukungan sosial dari orang-orang sekitar dan mendapat perhatian dari orang-orang terdekat. A juga memiliki rasa syukur yang tinggi kepada Allah SWT.

A memiliki pengalaman hidup yang keras sehingga membuat dia masih bertahan dengan keadannya saat ini. A juga tidak memiliki penyakit serius seperti stroke, demensia, dan alzheimer. Kondisi itulah yang membuat A masih merasa nyaman dengan kondisinya saat ini. A memiliki kepribadian yang baik, dan ramah sehingga membuat tingkat kepercayaan diri dan harga diri menjadi tinggi. A menunjukkan sisi kalau dia bukan lansia yang lemah, yang mengeluh, tapi orang yang mandiri dan menerima diri apa adanya. A sangat terbuka pada siapa saja dan peduli dengan siapa saja yang datang menjenguknya.

A memiliki harapan hidup yang biasa saja terkait masa depan. Intinya A bersyukur mendapat kesempatan tinggal di pondok, mengenal teman-teman sebaya, mengenal pegawai dan perawat yang tinggal dipondok, dan bisa beristirahat dengan aman dan nyaman. A juga tidak kekurangan dukungan sosial, A memiliki integritas yang baik dilingkungannya, A memiliki kendali

diri yang baik walaupun menurunnya fungsi-fungsi fisik dan kognitif. Tetapi A memiliki kesejahteraan psikologis.

d. Faktor Resiko kualitas hidup A

Selain memiliki faktor yang mendukung kualitas hidup A, ada juga faktor negatif atau tidak mendukung kualitas hidup A seperti keterbatasan fisik dalam beraktivitas, tidak memiliki akses untuk meningkatkan produktivitas dan mengurangi kesepian yang dirasakan oleh A. A tidak memiliki penyakit serius, tetapi perubahan-perubahan fisik mempengaruhi kondisi A. Karena salah satu fungsi kaki kiri A tidak bisa digerakkan dan harus dibantu oleh pegawai atau teman sebaya. Keterbatasan itulah membuat A kurang bebas beraktivitas.

A juga mengalami penurunan pendengaran, Penurunan dalam mengingat dan pengenalan visual. Jadi A tidak bisa mengenal orang dari jauh, A juga tidak mampu mendengar dari jauh, dan bahasa yang diucapkan harus berulang-ulang baru bisa A pahami. Pengucapan atau kemampuan berbahasa A juga kurang baik, karena Apa yang A katakan kepada lawan bicara, kita bisa mengerti kalau memahami ekspresinya tidak hanya dengan mendengarkan suara saja. Bahkan A memakai isyarat untuk berkomunikasi. A kadang mengeluh sakit tetapi sakit ringan seperti batuk berdahak atau kelelahan dan kesepian. Lingkungan yang A tempati tidak menggunakan alternatif yang memadai seperti terapi khusus lansia untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis.

e. Faktor Protektif Kualitas hidup AM

AM adalah seorang lansia yang mandiri secara fisik bisa beraktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain seperti berjalan tidak menggunakan alat bantu, berdiri sendiri, dan melakukan hal-hal seperti biasa dengan mudah. AM juga memiliki kepribadian yang tegas dan bijaksana. AM bisa menyikapi situasi bila ada sesuatu yang tidak menyenangkan menghampirinya. AM sangat terbuka dan memiliki kepercayaan dan harga diri yang tinggi. Kepribadian inilah yang menjadi faktor pendukung kualitas hidup AM di usia dewasa akhir. AM Tidak pernah mengeluh, AM menerima kondisinya dengan ikhlas, AM tidak merasa kurang dan menerima diri apa adanya. AM juga memiliki kemampuan dalam merias pengantin dan menjahit, AM suka membaca koran bila sedang bosan.

AM sangat ramah dan terbuka pada siapa saja yang mengajaknya ngobrol. AM memiliki tingkat religiusitas yang tinggi. AM mengatakan kalau semua kondisinya adalah kehendak ALLAH yang maha kuasa, Allah yang memberikan sakit dan maha menyembuhkan, ALLAH juga masih memberi kesempatan hidup dan mengangkat penyakit usus buntunya. AM juga beribadah, shalat dan mengaji. AM tidak pernah mengeluh dengan pelayanan pondok, makan yang disediakan, lingkungan dan dukungan sosial yang ia peroleh adalah faktor yang membuat ia bertahan sampai saat ini.

Orang-orang pondok adalah salah satu yang memberi kepedulian, perhatian yang baik kepada AM sehingga AM merasa sejahtera dan baik-baik saja keadannya.

f. Faktor Resiko Kualitas hidup AM

Banyak faktor pendukung yang dimiliki AM, selain faktor-faktor diatas, namun ada pula faktor yang mempengaruhi kualitas hidup AM menjadi turun. Faktor perubahan kondisi biologis seperti kurangnya pendengaran, penglihatan dan faktor lupa. Faktor tersebut mempengaruhi AM dalam memahami sesuatu dan mengenal sesuatu. AM juga cenderung mengulang apa yang ia ceritakan dan menanyakan kembali hal yang sudah terjadi. Seperti waktu peneliti datang, kemudian memperkenalkan diri, tetapi besoknya lagi AM menanyakan tujuan peneliti, asal, dan perkenalkan diri lagi. Jadi ingatan AM sangat lemah untuk mengingat kejadian yang hanya sebentar terjadi.

Penghasilan juga menjadi faktor risiko terhadap kualitas hidup AM. AM tidak pernah puas dengan uang pensiun yang dia dapatkan, dan AM selalu menanyakan kapan uang pensiunnya Cair. AM seperti memiliki kebutuhan lebih dan ingin lebih mandiri. Tetapi kondisinya tidak memungkinkan mendapatkan hal tersebut. AM juga kadang merasa kesepian bila teringat dengan suami dan anaknya yang sudah meninggal dulu. Jadi AM memiliki tingkat harapan hidup yang sedang dan kepuasan hidup yang sedang juga.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang penulis uraikan diatas, yaitu mengenai gambaran kualitas hidup lansia dan upaya dalam mengatasi kesepian di pondok lansia Al-Ishlah Blimbing Malang, maka dapat diambil kesimpulan diantaranya sebagai berikut:

1. Kualitas hidup lansia responden 1 berdasarkan Aspek fisik dan Psikologis tergolong relatif rendah pada aspek Lingkungan dan Hubungan sosial tergolong relatif sedang.
2. Kualitas hidup lansia responden 2 berdasarkan Aspek fisik tergolong relative sedang, dan psikologis tergolong relatif tinggi, pada aspek lingkungan dan hubungan sosial tergolong relatif tinggi.
3. Kualitas hidup lansia responden 3 berdasarkan aspek fisik tergolong relative sedang, dan psikologis tergolong relatif tinggi, pada aspek lingkungan dan hubungan sosial tergolong relatif tinggi.

B. Saran

Berikut ini adalah beberapa saran atau masukan yang bisa penulis sampaikan berkaitan penelitian yang berjudul Kualitas Hidup Lansia (Studi kasus di pondok lansia Al-Ishlah Blimbing Malang).

1. Melihat masalah yang terjadi dan kekurangan lansia di tiap-tiap aspek, maka peneliti menyarankan kepada pihak keluarga untuk lebih memberi perhatian lebih kepada lansia yang tinggal di Pondok lansia Al-Ishlah blimbing malang
2. Kepada pihak panti untuk membuat program khusus dalam meningkatkan kwaitas hidup lansia misalkan kegiatan-kegiatan yang menyenangkan selain senam ada kegiatan produktif untuk meningkatkan kesejahteraan dan kepuasan hidup mereka.
3. Kepada pihak panti Meningkatkan kualitas perawatan pada lansia seperti pelayanan kesehatan dilakukan secara rutin.
4. Kepada pihak panti agar lebih memperhatikan gizi lansia yang masih kekurangan dengan memberikan makanan sehat/obat-obatan berdasarkan resep dokter.
5. Kepada pihak keluarga untuk memberikan perhatian lebih kepada orang tua mereka yang sudah lansia, dengan cara menjenguk sesering mungkin karena problem terbesar adalah lansia merindukan keluarganya.
6. Kepada pegawai panti agar bisa menjalin komunikasi dengan baik dengan lansia agar tidak menimbulkan kesalahpahaman, prasangka dan mempengaruhi psikologis lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, A. D. (2015). kesepian dan isolasi sosial yang dialami lanjut usia ditinjau dari perspektif psikologi . <http://puslit.kemsos.go.id>.
- B., H. E. (1980). *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. jakarta: Erlangga.
- Baziad, A. (2002). seputar masalah menopause. www.klinik_perempuan.com.
- Cresswell, J. W. (2014). *Penelitian kualitatif & Desain Riset memilih Di antara Lima pendekatan* . yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Dariyo, A. (2004). *Psikologi perkembangan remaja*. jakarta: Ghalia indonesia.
- Dr. Drs. Rulam Ahmadi, M. (2016). *metodologi penelitian kualitatif*. yogyakarta: AR-RUZZ Media.
- E.papalia, D. s. (2008 2011). *Human deveploment(Psikologi perkembangan)*. jakarta: kencana prenada media group.
- Ghony, D. &. (2012). *Metode penelitian kualitatif* . Jogjakarta: Ruzz Media.
- Group, W. (1998). *development the world healthorganization*.
- H.W, N. (2000). *keperawatan gerontik*. jakarta: EGC.
- Hasan, A. B. (2008). *pengantar psikologi kesehatan mental* . jakarta: rajawali pers.
- hayati, s. (t.thn.). pengaruh dukungan sosial terhadap lansia .

Herdiansyah, H. (2012). *Metodologi penelitian kualitatif untuk ilmu-ilmu sosial*.

Jakarta: Salemba Humanika.

<http://ejournal.undip.ac.id/index.php/psikologi>. (t.thn.).

<http://repository.usu.ac.id>. (t.thn.). Diambil kembali dari

<http://repository.usu.ac.id>.

John.w.santrock. (2011 2012). *life span development perkembangan masa hidup*.

america : erlangga.

mahareza, y. (2008). perbedaan kualitas hidup lanjut usia yang tinggal di panti
werdha dan yang tinggal bersama keluarga . *skripsi fakultas psikologi*
universitas airlangga.

Maryam, R. (2008). *mengenal usia lanjut dan perawatannya*. jakarta: medika.

Matrixsmart. (2005). Hubungan antara bentuk interaksi social dengan kualitas
hidup lansia di panti social tresna werda. <http://matrixsmart.blogdetik.com>.

organization, W. H. (1998). programme on mental health. *WHOQOL*.

Patton, Q. (2002). *Qualitative research and evaluation metode*. California: Sage
publication.inc.

Poerwandari, K. (. (1998). *pendekatan kualitatif dalam penelitian psikologi* .

jakarta: lembaga pengembangan sarana pengukuran dan pendidikan
psikologi Universitas Indonesia.

Pratama, A. P. (2015). kesepian anak tunggal dewasa muda.

<http://eprints.unika.ac.id>.

R.D., T. (2008). *gangguan depresi terselubung dengan manifestasi somatic pada pasien lanjut usia*. jakarta: EGC.

Risdianto. (2009). hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup lanjut usia di desa kembang kuning cepogo boyolali .

Sarafino, E. (1994). *Heathypsychology*. new york: john wiley n sons.

Sugiyono. (2008). *metode penelitian pendidikan (pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D)*. bandung: alfabeta.

Tenggara, R. (2008). *Gangguan depresi terselubung dengan manifestasi somatic pada pasien usia lanjut*. jakarta: EGC.

WHOQOL. (t.thn.). WHO quality of life . *whool breef*,
www.who.int/substance_abuse/research_tools.

Yennie. (2011). hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas perkotaan bukit tinggi.

LAMPIRAN



Lampiran 2 BUKTI BIMBINGAN KONSULTASI SKRIPSI

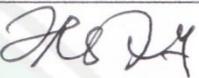
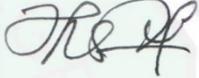
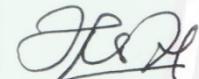
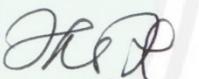
Nama: Nusaibah Nur Furqani Z.A

Nim: 13410130

Fakultas : Psikologi Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang

Dosen Pembimbing: Tristiadi Ardi Ardani

Judul Skripsi : KUALITAS HIDUP LANSIA (STUDI KASUS DI PONDOK LANSIA AL-ISHLAH BLIMBING MALANG)

NO	TANGGAL	KONSULTASI	TANDATANGAN
1.	JANUARI 2017	PENGAJUAN JUDUL	
2.	22 JANUARI 2017	Konsultasi BAB 1	
3.	23 JANUARI 2017	Konsultasi BAB 1 dan 2	
4.	15 MARET 2017	Konsultasi BAB 1, 2, 3	
5.	7 APRIL 2017	ACC BAB 1, 2, 3	
6.	8 APRIL 2017	SEMINAR PROPOSAL	
7.	14 JUNI 2017	REVISI BAB I, II, III	
8.	4 JULI 2017	REVISI BAB I, II, III	
9.	13 JULI 2017	KONSULTASI BAB IV	
10.	24 JULI 2017	KONSULTASI BAB IV	
11.	19 DESEMBER 2017	PENGECEKAN BAB I-IV	
12.	2 JANUARI	PENGECEKAN BAB I-1V	

Malang, 04 januari 2018

Dosen Pembimbing



Tristiadi Ardi Ardani M.Si
NIP. 19720118 199903 002

LAMPIRAN 2

PEDOMAN WAWANCARA

- A. PEDOMAN UMUM : BERKAITAN DENGAN IDENTITAS PRIBADI RESPONDEN
1. NAMA:
 2. UMUR:
 3. PENDIDIKAN TERAKHIR:
 4. LATAR BELAKANG KELUARGA
 - a. Kehidupan masa lalu responden
 - b. Kehidupan pernikahan
 - c. Kehidupan keluarga
 - d. Keluhan-keluhan masalah kesehatan (penuaan, sakit fisik, gejala-gejala yang timbul)
 - e. Mata pencaharian suami/istri
 - f. Kondisi internal keluarga
 - Hubungan antara lansia dan anak ketika menghadapi masalah pada kesehatan fisiologis
 - Hubungan antara lansia dan saudara ketika menghadapi masalah pada kesehatan fisiologis
 5. Pandangan responden terhadap dirinya sendiri
 6. Tanggapan keluarga dan lingkungan
 7. Sikap responden terhadap kondisi yang dialaminya
 8. Dukungan yang diterima responden dan dampak untuk keluarga dan diri sendiri
- B. Pedoman wawancara yang disusun peneliti berdasarkan dimensi/aspek kualitas hidup lansia adalah sebagai berikut:
1. Kesehatan fisik meliputi penyakit dan kegelisahan tidur bersistirahat, kelelahan, mobilitas aktivitas sehari-hari ketergantungan pada obat dan bantuan medis dan kapasitas pekerjaan.
 - a. Apakah anda sering mengalami kegelisahan dalam beraktivitas dan beristirahat?
 - b. Seberapa jauh rasa sakit fisik mencegah anda dalam beraktivitas?
 - c. Seberapa puas terhadap kesehatan anda?
 - d. Apa yang anda rasakan terhadap kondisi saat ini?
 2. Kondisi psikologis meliputi perasaan positif, berfikir, mengingat, konsentrasi, self-esteem, penampilan, gambaran jasmani, perasaan negatif, kepercayaan individu.
 - a. Apakah anda menikmati hidup dan bagaimana cara menikmatinya?
 - b. Apa yang paling penting anda butuhkan saat ini?
 - c. Apakah anda mampu berkonsentrasi terhadap suatu hal ?

- d. Bagaimana cara anda menjalani hidup anda saat ini?
3. Hubungan Sosial meliputi hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual
 - a. Seberapa sering anda dijenguk oleh keluarga anda?
 - b. Bagaimana hubungan ibu dengan keluarga dan teman ?
 - c. Apa saja yang anda lakukan dengan teman atau keluarga diwaktu senggang?
 - d. Siapakah dukungan terbesar dalam hidup anda? Apakah suami, saudara atau teman sebaya?
4. Lingkungan meliputi kebebasan, keselamatan fisik, keamanan, lingkungan rumah/tempat tinggal baru, sumber keuangan, kesehatan, dan kepedulian sosial peluang untuk memperoleh keterampilan, dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berekreasi, aktivitas dilingkungan dan transportasi.
 - a. Apa saja hal yang anda lakukan selama tinggal disini? (panti jompo)
 - b. Apakah anda pernah mengalami peristiwa tidak menyenangkan? Seperti kecelakaan?
 - c. Apakah anda merasa aman tinggal disini?
 - d. Bagaimana tanggapan orang lain terhadap diri anda?
 - e. Bagaimana sarana dan prasarana yang tersedia di pondok ini?
 - f. Bagaimana kepuasan dengan tempat tinggal saat ini?
 - g. Apakah ada aktivitas lain selama tinggal disini selain makan, tidur, beribadah ?

KETERANGAN TRANSKIP

1. Keterangan warna

Hijau	:	Kesehatan fisik
Biru	:	Kesehatan psikis
Ungu	:	Hubungan sosial
Coklat	:	kondisi lingkungan (tempat tinggal saat ini)

2. Keterangan kode

TW	:	Transkrip wawancara
TO	:	Transkrip observasi
Angka pertama	:	Responden (1=responden 1, 2 dan responden 3)
Angka kedua	:	Urutan pertanyaan per responden
TW. 1.P.1	:	Transkrip wawancara, Responden 1, Baris 1
TO. 1.P.1	:	Transkrip observasi, Responden 1, Baris 1

LAMPIRAN 3
VERBATIM WAWANCARA UMUM 1

Nama Responden :	Kode wawancara : S1
Tempat wawancara: Pondok lansia	Waktu wawancara:
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara :	
Gambaran respon responden saat akan dilakukan wawancara berlangsung :	
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung :	
Respon partisipan saat berlangsung :	

KODE	OPEN CODING	PEMADATAN FAKTA	SELECTIVE CODING
WU.S1.1	<p>P: Pagi bu, maaf mengganggu waktunya.hari ini bolehkah saya bersilaturahmi sekaligus sharing-sharing dengan ibu ?</p> <p>S :</p> <p>P : ibu kelahiran tahun berapa?</p> <p>S :</p> <p>P :</p>		IDENTITAS USIA

Lampiran 4: CONTOH LEMBAR OBSERVASI

Tujuan : Mengamati perilaku lansia berdasarkan aspek kualitas hidup

Nama subjek dan usia : Hamidah (66) Astia (100) Aminah (85)

Tanggal : Minggu, 10 september

Tempat : Pondok lansia Al-ishlah blibing

Waktu : 09.15-10.35 dan 09.15-13.30

No	Aspek	indikator	Deskripsi
1	Kesehatan Fisik	Aktivitas sehari-hari Ketergantungan pada bantuan edis Kebutuhan istirahat Kegelisahan tidur Kelelahan	<ul style="list-style-type: none"> - MAkan,mInum,BAB, - Tidak ada alat-alat edis, hanya obat-obatan - Kurang tidur nyenyank - Sering gelisah - Lelah
2	Psikis/ental	Perasaan positif Penampilan dan gambaran jasani Perasaan negative Keapuan	<ul style="list-style-type: none"> - Subjek Masih bersyukur - Subjek Mengalami stroke sehingga sulit dalam bergerak,kurus,rapuh,keriput,salah satu fungsi sendi tidak bekerja - Pelupa,Menerimakondisi Dirinya,Naun

		berfikir,engingat, penerimaan diri dan kepercayaan diri	Terkadang Sedih Karena Harus Dituntut Mandiri - Subjek <u>Mengalami Cacat Fisik Pada Kaki Kanan</u> <u>Tidak Bisa Berfungsi Secara Maksimal</u> - <u>Subjek Mengalami Stroke Hinggapengaruh Pada</u> <u>Suara Dan Tidak Bisa Berbicara.</u>
3	Sosial/ lingkungan	Dukungan sosial Hubungan pribadi Fasilitas lingkungan Keandirian Keselaatan Keamanan Kepedulian sosial	- Kurang mendapat dukungan sosial - Kurang perhatian dari pelayanan dipanti jompo - Kurang dalam perhatian keluarga anak dan adik - Aman karena tidak ada tindakan kriminal - Sendiri dan dituntut mandiri - Kurangnya kepedulian sosial.

Naa= Usia=	Pertanyaan pewawancara	Jawaban subjek
	1. Bagaimana	1. Relative ba,

	<p>menurut ibu kualitas hidup ibu?</p>	<p>kadang-kadang erasa baik namun terkadang tidak baik.</p>
	<p>2. Seberapa puas terhadap kesehatan ibu?</p>	<p>2. Kurang puas ba, karena saya apa-apa butuh bantuan tidak bisa sendiri dan harus dibantu. Apalagi dengan penyakit yang saya alami sekarang</p>
	<p>3. Seberapa jauh rasa sakit fisik mencegah ibu dalam beraktivitas sehari-sehari?</p>	<p>3. Rasa sakit fisik biasa-biasa saja bak, tetapi lebih sakit rasa sakit psikis. (sabil menahan dadanya dan mengeluarkan airmata)</p>
	<p>4. Apakah ibu menikmati hidup?</p>	<p>4. Saya enikati hidup saya jeng, dan</p>

	<p>ibu dan bagaimana cara ibu menikmatinya</p>	<p>saya melakukan aktivitas apa yang bisa saya lakukan, salah satunya ebaca al-quran(si ibu tersenyu dan menunjukkan al- quran peberian al- arhu suainya)</p>
	<p>5. Bagaimana sarana dan prasarana yang tersedia dipondok lansia al-ishlah atau panti jompo ini bu?</p>	<p>5. Relative jeng. Terkadang baik, terkadang biasa saja. (si ibu ulai menunduk dan dengan nada suara yang tersirat sedih, mengekspresikan kalau beliau kurang menikmati dan merasa kurang dengan fasilitas yang ada.</p>

	<p>6. Seberapa puasakah ibu dengan tidur?</p>	<p>6. Kurang puas. Karena waktu tidur saya tidak teratur, akibat rasa sakit yang saya alami.</p>
	<p>7. Bagaimana kepuasan dengan tinggal ibu saat ini?</p>	<p>7. Relative jeng. Karena pelayanan disini juga kurang, perawat hanya 1 dan itu kalau ada apa-apa saat tidak ada perawat, saya yang harus urus sendiri. (subjek menunjukkan raut kekecewaan, dan membuang muka atau melihat kearah lain.</p>
	<p>8. Apakah ibu</p>	<p>8. Kalau ceas saya</p>

	<p>sering merasakan kesepian,ceas,p utus asa bahkan depresi.</p>	<p>tidak terlalu, tapi kalau kesepian saya sangat erasa kesepian. Karena anak saya cuma 1 dan bekerja di luar malang, anak saya ikut suami dan hanya menjenguk sebulan sekali. Dan sampai saat ini saya belu dibesuk oleh adik dan anak saya.(uali enunduk dan enangis terisa-isak namun masih berusaha tegar) dan kalau putus asa, eang hampir saya merasa putus</p>
--	--	---

		<p>asa dan pesiis, saya pasrahkan hidup saya kepada Allah jika encabut nyawa saya (raut sedih dan menangis)</p>
	<p>9. Apakah ibu sering dijenguk oleh oleh keluarga,sanak saudara?</p>	<p>9. (enunduk dengan raut kesedihan,dan enggeleng). Tidak sering jeng, hanya sebulan sekali dan sapai saat ini keluarga belu menjenguk saya saa sekali, terutaa adik dan anak saya.</p>
	<p>10. Bagaimana perasaan ibu dengan kondisi kesehatan fisik</p>	<p>10. Relaitif jeng. Karena penyakit saya ini membuat saya susah</p>

	<p>ibu? Dan apakah ibu puas dengan hidup ibu?</p>	<p>bergerak, dan rasa sakit fisik yang saya alami, kakunya otot-otot tangan kaki sebelah kiri sulit digerakkan, kemudian kalau duduk harus dibantu, berjalan, kecuali saya bisa akan sendiri tanpa disuapin.</p>
	<p>11. Bagaimana hubungan ibu dengan orang lain?</p>	<p>11. Biasa saja jeng. Tidak teralalu akrab, saya biasanya mengerjakan apa-apa sendiri kecuali kalau darurat saya dibantu teman-teman saya. Saya juga tidak menyuaki</p>

		<p>perawat yangm erawat disini, karena suka merintah dan kasar.</p>
	<p>12. Apa faktor terbesar ibu dalammenjalani aktivitas sehari- sehari?</p>	<p>12. Faktor terbesar saya adalah saya asih endapat sedikit perhatian sosial,dukungan sosial, jadi saya bisa engurangi rasa sepi saya. Dan motivasi al- arhu nenek saya yang selalu mengingatkan tentang kewajiban shalat. (ketika berbicara tentang kisah neneknya, subjek tersenyum dan eandang laa</p>

		<p>ke jendela seolah menelusuri kenangan laa bersaa nenek dan suainya. Bahkan subjek erasakan perasaan halusinansi atau delusi karena terbawa ipi berjupa dengan al- arhum nenek dan suain tercintanya.</p>
--	--	---

Lampiran 5 : Verbatim Wawancara Umum Responden 1

Nama Responden : Anja Asmiyati Hamidah		Kode wawancara : R1	
Tempat wawancara: -Pondok lansia / kamar lansia		Waktu wawancara: 11.30-selesai	
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan di kamar responden dengan ditemani oleh kedua teman sekamarnya.			
Gambaran respon responden saat akan dilakukan wawancara berlangsung : responden dalam keadaan duduk dan sedang baca Koran			
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : saat wawancara berlangsung, suasana sangat tenang dan tidak ramai. Jadi peneliti bisa menyimak dan mendengarkan dengan seksama			
Respon partisipan saat berlangsung : respon sangat baik, namun pelafalan ucapan jelas jadi peneliti bisa menyimak dan memahami dengan baik.			
W1.R1.8	<p>P: sebenarnya saya pengen tau, bagaimana menurut ibu tentang kondisi kesehatan saat ini?</p> <p>R: kalau sakit fisik tidak terlalu kerasa jeng, tapi ini jeng, disini terasa sakit sekali (sambil menunjuk bagian dada atau hati)</p> <p>P: umm iya bu, saya ngerti apa yang ibu rasakan</p> <p>R: itu jeng, saya merasa kosong, saya bingung harus ngapain jeng, keluarga semua jauh, tidak ada yang peduli dan mengurus</p>	<p>Sakit fisik tidak terlalu dirasakan oleh responden. Sebaliknya sakit secara psikologis yang mempengaruhi kondisi responden Responden seperti merasa kehilangan arah hidupnya, tidak ada kekuatan untuk melakukan aktivitas apapun. Responden hanya bisa berpasrah pada Allah SWT</p>	<p>Pandangan responden terhadap dirinya</p>

	<p>saya jeng</p> <p>P: iya bu, ibu yang tabah ya, semoga ibu selalu kuat hatinya. Masih ada Allah yang akan mendengarkan doa-doa ibu</p> <p>R: iya jeng, saya shalat saya berdoa kepada gusti Allah, bahkan saya menunggu kapan saya dipanggil ikut suami.</p> <p>P: ya Allah bu, jangan seperti itu, ibu harus tetap optimis</p> <p>R: habisnya saya tidak tau harus berbuat apa jeng, saya sudah pasrah sama gusti Allah.</p>		
W1.R1.9	<p>P: bagaimana cara ibu menghadapi masalah kesehatan yang ibu alami saat ini?</p> <p>R: tidak ada pilihan lain jeng, selain saya harus menerima diri saya seperti ini. Saya bersyukur setidaknya masih diberi tempat yang layak untuk menjalani masa-masa tua.</p> <p>P: bener bu, ibu masih bisa menjalani hari'' ibu dengan tenang saja itu sudah karunia terbesar dari Allah SWT.</p> <p>R: iya jeng, Alhamdulillah.</p>	<p>Responden bersyukur segala ketentuan Allah SWT</p> <p>Responden dapat berpikir positif dan tidak menyalahkan dirinya.</p>	Sikap responden terhadap dirinya
W1.R1.10	P: Lalu ketika ibu sakit, gimana tanggapan keluarga ibu setelah mengetahui ibu mengidap strok?	Keluarga yang pertama kali mengetahui responden sakit adalah adik	Tanggapan keluarga dan lingkungan

	<p>R: mereka tau jeng, mereka merawat saya terutama saudara ipar dan adik saya, walaupun dia sedang sibuk. Tapi ya lama kelamaan mulai berkurang perhatian mereka, bahkan saya yang berusaha sendiri.</p> <p>P: emang mereka kemana bu?</p> <p>R: ya kan ada kehidupan lain juga jeng dengan anak dan istri mereka, jadi ya saya sampai dititipin disini jeng</p> <p>P: oh jadi begitu bu</p>	<p>kandung dan adik ipar</p> <p>Mereka merawat responden dengan sangat baik</p> <p>Karena sibuk, kurangnya perhatian yang responden dapatkan dari mereka.</p>	
W1.R1.11	<p>P: terus bagaimana pendapat tetangga sekitar? Apakah mereka juga tau?</p> <p>R: ngak semuanya tau jeng, ada yang tau tapi sekedar tau aja, ada yang tau tapi malah omong-omongan di belakang, ada yang tau dan perhatian.</p> <p>P: padahalkan tetangga bu, setidaknya saling peduli</p> <p>R: ya begitulah jeng, tidak bisa dipaksakan.</p> <p>P: selain itu ngak ada lagi bu? Apakah ibu mungkin dulu pernah kenal dengan seseorang yang sangat peduli dengan ibu?</p> <p>R: ya kalau peduli suami saya peduli, perhatian, tapi saya punya teman dulu jeng, dia juga tetangga saya. Dia laki-laki. Dia sangat baik, selalu ada buat saya</p> <p>P: sampai sekarang?</p> <p>R: enggak jeng, orangnya sudah meninggal dunia</p> <p>P: Innalillahi wainna ilaihi roojiun</p> <p>R: jadi saya sudah ngak punya siapa-siapa jeng.</p> <p>- pendapat orang-orang dilingkungan sekitar waktu responden tinggal, --menurut responden, mereka tidak terlalu peduli dan perhatian.</p> <p>Ada salah satu tetangga responden, yang sangat baik dan peduli</p>		

	- Tetangga responden telah meninggal dunia.	
--	---	--

Lampiran 6 : Verbatim Wawancara Umum Responden 2

Nama Responden : Astia	Kode wawancara : R2
Tempat wawancara: -Pondok lansia / kamar lansia	Waktu wawancara: 11.30-selesai
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan di kamar responden dengan ditemani oleh kedua teman sekamarnya.	
Gambaran respon responden saat akan dilakukan wawancara berlangsung : responden dalam keadaan duduk dan sedang santai	
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : saat wawancara berlangsung, suasana sangat tenang dan tidak ramai. Jadi peneliti bisa menyimak dan mendengarkan dengan seksama	
Respon partisipan saat berlangsung : respon sangat baik, namun karena sudah berumur, pelafalan ucapan kurang jelas ditambah responden memakai bahasa daerah	

KODE	OPEN CODING	PEMADATAN FAKTA	SELECTIVE CODING

WU.R2.1	P: Pagi bu, maaf mengganggu waktunya. Hari ini bisakah saya meminta waktunya sebentar?	Subjek berusia 100 tahun	IDENTITAS USIA
WU.R2.2	R : maaf, jenengan ada keperluan apa ya?		
WU.R2.3	P : saya ingin menanyakan beberapa hal terkait penelitian saya		
WU.R2.4	R : oh iya silahkan, mau tanya apa, tanya aja		
WU.R2.5	P : terimakasih ibu		
WU.R2.6	S : tersenyum kecil		
WU.R2.7	P : kalau boleh saya tau, nama dan usia ibu sekarang berapa ya?		
WU.R2.8	R : kalau saya hitung, sudah seratus tahun usia saya.		
WU.R2.9	P : wow ternyata sudah lama sekali ya		
WU.R2.10	S : nama saya astia(mengucapnya diulang-ulang)		
WU.R2.11	P: dikeluarga ibu berapa bersaudara?	Responden adalah anak ke 3 dan memiliki delapan bersaudara	Latar belakang responden Kehidupan masa lalu
WU.R2.12	S : saya anak ke 3 dari 8 bersaudara jeng. Tapi 4 meninggal dunia dan sisanya masih ada.		
WU.R2.13	P: lalu ibu tinggal bersama orang tua atau dengan keluarga lain?		
WU.R2.14	R: responden dulunya adalah seorang pedagang dan pembantu dirumah		

WU.R2.15	majikan (mojosari) P: ibu tinggal dengan siapa waktu masih berjualan dan kerja di rumah majikan?		
WU.R2.16	R: saya tinggal dengan ibu dan adik		
WU.R2.17	P: Lalu bagaimana kehidupan pernikahan ibu bersama suami?	- suami responden bekerja di pabrik dan responden tetap berdagang.	Kehidupan pernikahan
WU.R2.18	R: Suami saya bekerja di pabrik.		
WU.R2.19	P: suami ibu perhatian sama ibu? Ketika awal-awal pernikahan?		
WU.R2.20	R: iya, suami saya orang baik, menyanyangi saya walaupun jarang ketemu karena sibuk.		
WU.R2.21	P: Lalu dimanakah suami ibu sekarang?		
WU.R2.22	R: suami saya sudah meninggal, karena sakit.		
WU.R2.23	P: Oh begitu		
WU.R2.24	S: (responden mengangguk)		
WU.R2.25	P: terus ya bu, setelah menikah bagaimana kehidupan ibu dan anak ibu, apalagi kalau suami lagi keluar bekerja?	Responden tidak memiliki anak dan hanya tinggal bersama suami.	Kehidupan keluarga responden
WU.R2.26	R: saya tidak punya anak.		
WU.R2.27	P: berarti, selama ibu menikah, ibu hanya tinggal bersama suami saja?		
WU.R2.28	R: iya.		

WU.R2.29 WU.R2.30 WU.R2.31	P: saya lanjutkan lagi R: ya silahkan P: baik bu, selanjutnya saya mau tau, apakah ibu pernah merasakan sakit secara fisik? Dibagian tubuh tertentu?		Keluhan masalah kesehatan
WU.R2.32	R: Sakit? Saya tidak punya penyakit Tapi saya pernah jatuh		
WU.R2.33	P: jatuh karena apa bu?		
WU.R2.34	R: saya lagi nyuci baju majikan, pas mau berdiri itu, jrenggggg saya linglung dan jatuh P: astaga berarti kepeleset karena kamar mandi licin? R: iya. Sampe sekarang kaki saya ngak bisa jalan, harus pake tongkat nihnih (nunjuk benda tongkat) P: Owalah sudah dipijit bu? R: suda. Tapi belum sembuh P: sudah terapi? R: sudah tapi ngak sering P: semoga ibu cepat pulih R: suwon saget, suwon (tersenyum dan mengangguk)		

WU.R2.35	<p>P: oh ya,pekerjaan ibu dan suami apa tadi? R: saya berdagang sama jadi pembantu, suami saya kerja di pabrik tambang.</p>	Pekerjaan reponden wiraswasta dan suami responden buru pabrik.	Mata pencaharian
<p>WU.R2.36 WU.R2.37 WU.R2.38 WU.R2.39 WU.R2.40 WU.R2.41</p>	<p>P: saya boleh tanya lagi kan bu? Hehe R: silahkan silahkan tanya o P: menurut ibu, bagaimana kondisi kesehatan ibu saat ini? Mengingat usia ibu yang terbilang cukup lama R: ya begini aja, biasa-biasa aja P: ibu tidak merasa sedih? Kan ibu tinggal dipondok jauh dari keluarga apalagi kaki ibu sakit? R: ngak. Kaki saya tidak sakit, Cuma susah berdiri aja. Keluarga saya sebagian sudah meninggal. Ibu,ayah suami, tinggal saya saja dan sodara dari bapak saja</p>		

Lampiran 7 : Verbatim Wawancara Umum responden 3

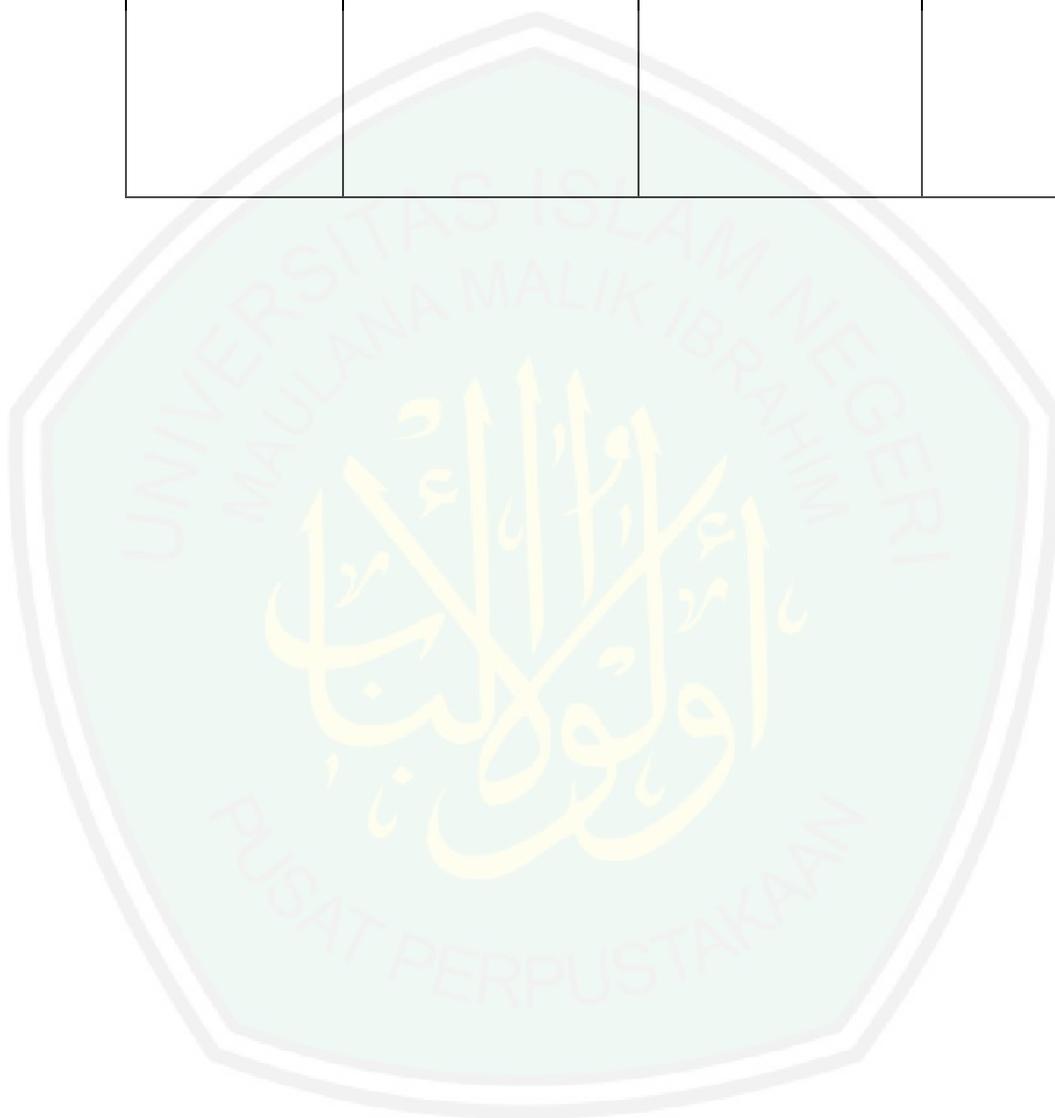
Nama Responden : Aminah Musyarofah		Kode wawancara : R3	
Tempat wawancara: -Pondok lansia / kamar lansia		Waktu wawancara: 11.30-selesai	
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan di kamar responden dengan ditemani oleh kedua teman sekamarnya.			
Gambaran respon responden saat akan dilakukan wawancara berlangsung : responden dalam keadaan duduk dan sedang baca koran			
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : saat wawancara berlangsung, suasana sangat tenang dan tidak ramai. Jadi peneliti bisa menyimak dan mendengarkan dengan seksama			
Respon partisipan saat berlangsung : respon sangat baik, namun pelafalan ucapan jelas jadi peneliti bisa menyimak dan memahami dengan baik.			
KODE	OPEN CODING	SELECTIVE CODING	
WU.R3.1	P: tadi kan, ibu astia sudah. Sekarang boleh kan saya wawancara ibu?	IDENTITAS USIA	
WU.R3.2	R: maaf, sampean darimana? Dari kampus mana?		
WU.R3.	P : saya uin malang bu R : oh iya, sini mendekat saya tidak bisa mendengarkan anda P: peneliti mendekat disamping responden R : jadi apa yang mau ditanyakan? P : pertama, saya		

	<p>ingin mengetahui nama dan usia ibu dulu</p> <p>R : nama saya aminah musyarofah dan usia 85 tahun</p> <p>P : wah lumayan lumayan lama ya bu</p> <p>R : Iya</p>		
	<p>P: Lalu, bagaimana kehidupan ibu dulu?</p> <p>R: Suami meninggal 2 tahun sebelum anak meninggal setelah 3 tahun</p> <p>P: ibu pasti sangat merindukan anak dan suami</p> <p>R: tentu itu.</p> <p>P: tapi ketika suami dan anak ibu masih hidup, mereka baik dan perhatian sama ibu kan?</p> <p>R: Iya anak saya baik, suami juga baik dan perhatian.</p>	<p>Latar belakang responden</p> <p>Kehidupan masa lalu</p>	
WU.R2.4	<p>P: apakah ibu pernah merasakan sakit dibagian tubuh tertentu?</p> <p>R: pernah. Saya dulu merasa mules, muntah, berulang kali</p> <p>P: itu penyebabnya apa bu?</p> <p>R: waktu saya berobat, saya mengidap penyakit usus buntu dan dioperasi</p> <p>P: ya ampun sampe di operasi itu bu?</p> <p>P: iya bener</p> <p>S: berapa lama pemulihannya bu?</p>		

	R: sampe 1 Bulan saja		
WU.R2.5	P: Oh ya, terus suami ibu yang nemenin ibu dirumah sakit? R: R: ngak. Saya sama anak saya P: emang suami kemana bu? R: suami lagi pergi. Dia angkatan udara	Kehidupan keluarga responden	
WU.R2.6	P: wow keren, tapi yah ngak bisa nemeninibu R: saya sudah biasa. P: oh jadi begitu R: iya.		
WU.R2.7	P: ibu memiliki berapa saudara? R: dua. Ada sodara angkat dan kandung P: ibu sendiri bekerja sebagai apa? R: sekarang pensiun. Dulu saya wiraswasta		
WU.R2.8	P:lantas, bagaimanakah hubungan ibu, anak dan suami pada masa-masa itu? Apakah harmonis? R: iya harmonis dan baik—baik saja	Keluhan masalah Kesehatan	
WU.R2.9	P: ketika mengetahui ibu usus buntu? Apa tanggapan keluarga		

WU.R2.10	<p>ibu? R: mereka khawatir, mereka menemani dan merawat khususnya anak saya dan saudara saya P: kalau tanggapan mereka tentang kondisi ibu saat ini? R: mereka tetap datang jenguk saya walaupun tidak terus-menerus. Tapi saya masih mendapat perhatian dari mereka</p>	<p>Dukungan keluarga Tanggapan keluarga kepada responden</p>	
WU.R2.11	<p>P: lantas bagaimana sikap itu menghadapi masa-masa tinggal di pondok ini? R: biasa. Enak dan santai</p>	<p>Sikap terhadap kondisi</p>	
WU.R2.12	<p>P: apa yang ibu lakukan? Apakah ibu beraktivitas yang lain? R: saya biasanya makan, tidur, mandi, shalat , jalan-jalan sekitar pondok, dan bercengkrama</p>	<p>Sikap terhadap kondisi kesehatan</p>	
WU.R2.12	<p>P: wah ternyata ibu masih cukup kuat R: lah iya. Kan saya nda sakit apa-apa</p>	<p>Sikap terhadap kondisi kesehatan</p>	
WU.R3.13	<p>P: oh iya bu. R: tanya apa lagi? P: lagi ya bu, hehe</p>		
WU.R4.14	<p>R: iya monggo P: waktu ibu tinggal disini, udah mendapat dukungan penuh dari keluarga? R: iya saya yang minta tinggal disini. Biar anak dan saudara bisa fokus kerja. Saya juga</p>	<p>Dukunga keluarga dan sosial</p>	

	tidak mau merepotkan P: oh jadi begitu R: iya.		
--	--	--	--



LAMPIRAN 8

VERBATIM WAWANCARA ASPEK KUALITAS HIDUP LANSIA RESPONDEN 1

Nama Responden : Hamidah	Kode wawancara : R1
Tempat wawancara: Pondok lansia	Waktu wawancara: 10.15-selesai
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan di kamar responden dan ditemani oleh satu temannya.	
Gambaran respon responden saat akan dilakukan wawancara berlangsung : responden dalam keadaan duduk dan sedang santai	
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : saat wawancara berlangsung, suasana sangat tenang dan tidak ramai. Jadi peneliti bisa menyimak dan mendengarkan dengan seksama	
Respon partisipan saat berlangsung : respon sangat baik, walaupun sudah berumur, pengucapan masih jelas.	

Nama	:	Hasil wawancara	Pemadatan fakta	Koding
P	:	Bagaimana Perasaan ibu ketika mengalami masalah sakit dibagian tubuh tertentu?	responden dibantu pegawai dalam beraktivitas rasa sakit dibagian tubuh responden bersifat relatif	TW.1.1
H	:	Relatif jeng, soalnya saya sekarang apa-apa ya dibantu sama perawat, terutama bagian kaki dan tangan kiri saya kaku, jadi kalau berjalan sulit.		TW.1.2
P	:	Apakah ibu tau penyakit apa yang sedang alami ibu saat ini?	Responden menderita Strok	TW.1.3
H	:	kata dokter, saya mengalami strok		TW.1.4
P	:	Lalu apa yang ibu rasakan ketika	Yang responden rasakan adalah kaki	TW.1.5

		mengalami strook?	kiri yang kaku tidak bisa digerakkan	
H	:	kaki kiri saya kaku, ngak ada rasanya, seperti apa ya jeng, (sambil menunjuk dadanya dengan ekspresi tidak mengenakan, ekspresi menggelikan) Seperti dikerubungi semut jeng	tekanan batin responden sangat besar	TW.1.6
P	:	ya ampun,itu rasanya seperti merinding gitu bu		TW.1.7
R1	:	Hmm, apakah ibu sering mengalami gelisah saat tidur?	Responden tidak mengalami gelisah tetap sering bermimpi	TW.1.8
H	:	kalau gelisah si tidak jeng, biasa aja rasanya. Tapi kalau bermimpi sering jeng		TW.1.9
P	:	kalau boleh tau, ibu bermimpi tentang apa?	Responden bermimpi tentang kedatangan neneknya	TW.1.10
H	:	: hmm (sedikit tersenyum dan wajah bergembira) saya bermimpi almarhumah nenek saya datang jeng, tapi hanya diam tidak mengatakan apa-apa setelah itu menghilang jeng.		TW.1.11
P	:	bu, selama ibu tinggal di pondok, aktivitas apa saja yang ibu lakukan?	Aktivitas responden di pondok seperti makan, tidur, mandi	TW.1.12
H	:	ya begini aja jeng, kalau waktunya makan ya makan, kalau mandi ya mandi tidur ya tidur		TW.1.13

P	:	selain itu apalagi bu?	Dipondok lansia, makanan telah disediakan dan responden dibantu untuk mandi	TW.1.14
H	:	Cuma itu saja jeng, kalau makan sudah disediakan, kalau mau mandi dibantu sama bu wati		TW.1.15
P	:	bu wati itu siapa bu? Itu pegawai yang biasa ngurusin saya.(raut wajah berubah judes, seperti tidak menyukai)	Bu wati adalah salah satu pegawai yang mengurus responden	TW.1.16
P	:	Kenapa bu? Pegawainya baik kan? Sering mengurusi ibu?		TW.1.17
H	:	apanya jeng, bu wati sering seneni aku kok (menggerutu)	Bu wati adalah orang yang tegas	TW.1.18
P	:	oh ya bu, apakah ibu pernah berobat ke dokter?		TW.1.19
H	:	belum jeng, saya Cuma ke puskesmas dan apotek tebus beli obat aja jeng		TW.1.20
P	:	jadi ibu sedang mengkonsumsi obat?	Responden pernah mengkonsumsi obat-obatan	TW.1.21
H	:	iya jeng, obat saya sangat banyak. Bukan sembuh penyakit saya, ini malah tambah sakit.		TW.1.22

P	:	lah terus ibu pernah melakukan terapi?		TW.1.23
H	:	pernah jeng, saya terapi jalan dulu dibantu saudara saya waktu belum menikah, dan saya juga masih punya uang. Tapi sekarang udah ngak jeng	Responden pernah melakukan terapi dengan saudaranya	TW.1.24
P	:	Ya ampun, coba kalau masih mungkin, sakitnya sedikit berkurang		TW.1.25
H	:	iya jeng		TW.1.26
P	:	tapi kan, ibu sekarang setidaknya masih bersyukur tinggal disini, setidaknya tidak sendiri ada temannya		TW.1.27
H	:	iya kok jeng, saya mah bersyukur. Disini lebih baik, ada yang perhatiin ketimbang dirumah tak ada yang mengurus saya jeng. (raut wajah sedih)	Responden bersyukur tinggal di pondok lansia	TW.1.28

P	:	apakah ibu masih bisa mengingat sesuatu dan berkonsentrasi pada suatu hal?	Kemampuan mengingat dan berkonsentrasi relatif bagi responden	TW.1.29
H	:	relatif jeng. Kadang iya kadang tidak		TW.1.30
P	:	oh begitu bu,.		TW.1.31
P	:	apakah ibu merasa puas tinggal pondok ini?		TW.32
H	:	relatif jeng, kadang puas kadang tidak jeng	Kepuasan responden terhadap tempat tinggal saat ini adalah relatif	TW.1.33
P	:	hmm apa yang membuat ibu kurang puas?		TW.1.34
H	:	disini pelayanannya kurang jeng, makanan juga kurang enak dilidah saya, terus saya sering mengingat orang-orang yang dulu hidup dengan saya jeng	Pelayanan panti kurang memuaskan bagi responden	TW.1.35
P	:	siapa bu?		TW.1.36
H	:	ya suami saya jeng, ada tetangga saya yang sangat peduli, ada kakanya menantu saya dan almarhumah nenek saya jeng	Responden merindukan suaminya, dan neneknya	TW.1.37
P	:	wah pasti ibu sangat merindukan mereka ya	Responden hampir menangis ketika menceritakan	TW.1.38
H	:	iya jeng, sangat rindu(menunduk dan		TW.1.39

		hampir menangis)	kehidupan bersama suami dan neneknya	
P	:	ibu jangan sedih, maaf kalau saya menyinggung hal ini		TW.1.40
H	:	nda kok jeng, saya malah senang bisa bercerita dengan pean, daripada saya pendam		TW.1.41
P		emang ibu tidak pernah cerita atau curhat sama temen ibu?	Responden jarang berkomunikasi dengan orang lain (teman)	TW.1.41
H	:	ngak lah jeng, saya biasa saja sama mereka. Tidak akrab		TW.1.42
P	:	selama ibu tinggal disini? Ibu paling sering berbagi cerita sama siapa?	Responden tidak berbagi cerita dengan siapa-siapa	TW.1.43
H	:	ngak ada jeng, semuanya biasa saja. Mereka sendiri" saya juga sendiri		TW.1.44
P	:	Kalau sama temen kamar ibu?	Dengan teman kamar tidak akrab	TW.1.45
H	:	ya cerita tapi bukan tentang masalah saya, palingan guyon tok jeng		TW.1.46
P	:	ngomong-ngomong selama ibu disini, sudah pernah dijenguk sama keluarga?	Responden tidak pernah dijenguk oleh keluarganya	TW.1.47
H	:	ngak pernah jeng, anak saya jauh dikalimantan, saudara saya ikut suaminya di sumatra mereka		TW.1.48

Nama		Hasil wawancara	Pemadatan fakta	Nama
P	:	Apakah ibu sering mengalami kegelisahan dalam beraktivitas?	Responden tidak mengalami kegelisahan saat tidur	TW.1.1 ¹³⁷
A	:	Ngak gelisah malah nyaman		TW.1.2
P	:	Seberapa jauh rasa sakit fisik		TW.1.3

		semua jauh jeng		
P	:	terus yang nganterin ibu siapa dong?	Responden pertama kali ke pondok, diantar sama saudara kandungnya	TW.1.49
H	:	yang nganterin saya si ya saudara itu, udah Cuma itu aja		TW.1.50
P	:	sampe sekarang?	Responden sedih ketika mengingat kejadian tersebut.	TW.1.51
H	:	iya jeng (raut wajah kelihatan pasrah)		TW.1.52



		mencegah ibu dalam beraktivitas?		
	:			
A		Sedikit saja saya rasakan sakit bila saat berjalan. Karena kaki kiri saya pernah jatuh	Responden merasakan sedikit sakit pada bagian kaki kiri Responden pernah jatuh	TW.1.4
P	:	Seberapa puas ibu terhadap kondisi ibu saat ini?		TW.1.5
A	:	Saya cukup puas	Responden menjawab cukup puas	TW.1.6
P	:	Apakah ibu menikmati keadaan ibu ? dan bagaimana cara ibu menikmatinya?		TW.1.7
A	:	Saya merasa nyaman, tidak terlalu merasa sakit, jadi saya bisa beraktivitas bisa-biasa saja	Responden menjawab nyaman Responden tidak merasa terlalu sakit Responden bisa beraktivitas	TW.1.8
P	:	Apa saja yang dilakukan ibu di waktu senggang?		TW.1.9
A	:	Saya berjemur, saya senam , saya tidur atau bercerita dengan teman-teman	Aktivitas berjemur adalah aktivitas reponden dipanti. Senam lansia, tidur, bercerita dengan teman-teman	TW.1.10
p	:	Siapakah dukungan terbesar dalam hidup ibu?		TW.1.11
A	:	Ada suami dan ibu	Suami dan ibu adalah dukungan terbesar responden	TW.1.12
P	:	Apa saja yang ibu lakukan selama tinggal disini?		TW.1.13
A	:	Seperti pean liat, saya tadi tidur, terus makan, mandi, dan duduk lagi.	Tidur, makan,mandi, duduk/santai	TW.1.14
P	:	Apakah ibu merasa aman tinggal disini?		TW.1.15

A	:	Iya aman semuanya baik-baik saja	Responden menjawab aman tinggal di pondok	TW.1.16
P	:	Bagaimana kepuasan ibu terhadap tempat tinggal saat ini?	Responden menjawab sangat puas	TW.2.17
A	:	Sangat puas		TW.2.18
P	:	Apakah ada aktivitas lain kecuali yang biasa dilakukan disini?	Responden menjawab tidak ada	TW.2.19
A	:	Tidak ada		TW.2.20

LAMPIRAN 9

VERBATIM WAWANCARA ASPEK KUALITAS HIDUP LANSIA RESPONDEN 2

Nama Responden : Astia	Kode wawancara : R2
Tempat wawancara: Pondok lansia	Waktu wawancara: 11.00 -selesai
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan di kamar responden dan ditemani oleh dua temannya.	
Gambaran respon responden saat akan dilakukan wawancara berlangsung : responden dalam keadaan duduk dan sedang santai	
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : saat wawancara berlangsung, suasana sangat tenang dan tidak ramai. Jadi peneliti bisa menyimak dan mendengarkan dengan seksama	
Respon partisipan saat berlangsung : respon sangat baik, pengucapan padat, singkat walaupun sudah berumur, pengucapan masih jelas.	

Nama		Hasil wawancara	Pemadatan fakta	Koding
P	:	Apakah ibu sering mengalami kegelisahan dalam beraktivitas?	Responden tidak mengalami kegelisahan saat tidur	TW.1.1
A	:	Ngak gelisah malah nyaman		TW.1.2
P	:	Seberapa jauh rasa sakit fisik mencegah ibu dalam beraktivitas?		TW.1.3
A	:	Sedikit saja saya rasakan sakit bila saat berjalan. Karena kaki kiri saya pernah jatuh		Responden merasakan sedikit sakit pada bagian kaki kiri Responden pernah jatuh
P	:	Seberapa puas ibu terhadap kondisi ibu saat ini?	Responden menjawab cukup puas	TW.1.5
A	:	Saya cukup puas		TW.1.6
P	:	Apakah ibu menikmati keadaan ibu ? dan bagaimana cara ibu menikmatinya?		TW.1.7

A	:	Saya merasa nyaman, tidak terlalu merasa sakit, jadi saya bisa beraktivitas bisa-biasa saja	Responden menjawab nyaman Responden tidak merasa terlalu sakit Responden bisa beraktivitas	TW.1.8
P	:	Apa saja yang dilakukan ibu di waktu senggang?		TW.1.9
A	:	Saya berjemur, saya senam, saya tidur atau bercerita dengan teman-teman	Aktivitas berjemur adalah aktivitas responden dipanti. Senam lansia, tidur, bercerita dengan teman-teman	TW.1.10
p	:	Siapakah dukungan terbesar dalam hidup ibu?		TW.1.11
A	:	Ada suami dan ibu	Suami dan ibu adalah dukungan terbesar responden	TW.1.12
P	:	Apa saja yang ibu lakukan selama tinggal disini?		TW.1.13
A	:	Seperti pean liat, saya tadi tidur, terus makan, mandi, dan duduk lagi.	Tidur, makan, mandi, duduk/santai	TW.1.14
P	:	Apakah ibu merasa aman tinggal disini?		TW.1.15
A	:	Iya aman semuanya baik-baik saja	Responden menjawab aman tinggal di pondok	TW.1.16
P	:	Bagaimana kepuasan ibu terhadap tempat tinggal saat ini?		TW.2.17
A	:	Sangat puas	Responden menjawab sangat puas	TW.2.18

LAMPIRAN 10

VERBATIM WAWANCARA ASPEK KUALITAS HIDUP LANSIA RESPONDEN 3

Nama Responden : Aminah Musyarofah	Kode wawancara : R3
Tempat wawancara: Pondok lansia	Waktu wawancara: 12.30-selesai
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan di luar kamar(teras)	
Gambaran respon responden saat akan dilakukan wawancara berlangsung : responden dalam keadaan duduk dan menunggu peneliti mewawancarainya	
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : saat wawancara berlangsung, suasana sangat tenang dan tidak ramai. Jadi peneliti bisa menyimak dan mendengarkan dengan seksama	
Respon partisipan saat berlangsung : respon sangat baik, walaupun sudah berumur, pengucapan masih jelas, singkat dan berwatak tegas.	

Nama		Hasil wawancara	Pemadatan fakta	Koding
P	:	Selama ibu tinggal disini, aktivitas apa saja yang ibu lakukan?		TW.3.1
AM	:	Abis shalat saya tidur, kemudian mandi, makan diwaktu makan		TW.3.2
P	:	Apakah ibu tau penyakit apa yang sedang alami ibu saat ini?		TW.3.3
AM	:	Iya saya tau. Penyakit saya dulu itu usus buntu, terus sudah di operasi dan sekarang sembuh alhamdulillah.		TW.3.4
P	:	Lalu setelah sembuh, ibu merasa baik dalam beraktivitas?		TW.3.5
AM	:	Aktivitas baik dan sehat		TW.3.6
P	:	Seberapa puas		TW.3.7

		terhadap kesehatan ibu saat ini?	
AM	:	Cukup puas	TW.3.8
P	:	Apa yang ibu rasakan terhadap kondisi saat ini?	TW.3.9
AM	:	Saya merasa semuanya baik	TW.3.10
P	:	Apakah ibu menikmati hidup ibu?	TW.3.11
AM	:	Iya saya menikmati, enjoy dan santai	TW.3.12
P	:	Apa yang paling penting ibu butuhkan saat ini?	TW.3.13
AM	:	Tidak ada. Saya sudah beryukur sekali saat ini	TW.3.14
P	:	Seberapa sering ibu dijenguk sama keluarga?	TW.3.15
AM	:	Hanya beberapa kali saya dijenguk oleh saudara saya	TW.3.16
P	:	Bagaimana hubungan ibu dengan keluarga dan teman?	TW.3.17
AM	:	Saya akrab dengan mereka	TW.3.18
P	:	Apa saja aktivitas ibu sebelum tinggal di pondok ?	TW.3.19
AM	:	Saya itu dulu perias : manten	TW.3.20
P	:	Siapa dukungan terbesar ibu saat ini?	TW.3.21
AM	:	Suami dan saudara orang yang paling mendukung saya	TW.3.22
P	:	Hal-hal apa saja yang ibu dapatkan	TW.3.23

		ditempat ini?	
AM	:	Saya dapat banyak teman, dapat fasilitas yang enak dan nyaman	TW.1.24
P	:	Apakah ibu pernah mengalami peristiwa kecelakaan?	TW.3.25
AM	:	Pernah. Saya jatuh dikamar mandi, saat lagi mandi, tiba-tiba penglihatan saya kabur dan pingsan	TW.3.26
P	:	Apakah pondok ini membuat ibu nyaman?	TW.3.27
AM	:	Iya sangat nyaman dan krasan.	TW.3.28
P		Bagaimana tanggapan orang lain terhadap ibu?	TW.3.29
AM		Tidak ada	TW.3.30
P		Bagaimana sarana dan prasana yang tersedia di pondok ini?	TW.3.31
AM		Semuanya puas dan enak	TW.3.33
P		Bagaimana kepuasan dengan tempat tinggal saat ini?	TW.3.33
AM		Saya itu puas tinggal dimana saja, asal	

	layak dan nyaman		
			TW.3.34
P	Apakah ada aktivitas		TW.3.35
	lain kecuali makan, tidur, mandi, dan beribadah?		
AM	Ngak ada.		TW.3.36

