

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Menurut Maryam *et al.*, (2012) Lansia merupakan suatu proses alami menjadi tua, masa hidup manusia yang terakhir yang mengalami kemunduran fisik, mental, sosial secara bertahap. Menurut Depkes RI, (2010) lansia adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindarkan. Proses menjadi tua disebabkan oleh faktor biologis yang terdiri dari tiga fase. Fase tersebut yaitu fase *progresif*, stabil dan *regresif*. Fase *regresif* merupakan mekanisme yang mengarah pada kemunduran yang diawali oleh sel sebagai komponen terkecil dalam tubuh manusia. Fase regresif ini selanjutnya akan berlangsung pada berbagai tahap perkembangan yang lain. Hal ini menyebabkan lansia mengalami perubahan fungsi fisik, emosi, kognitif, sosial, spiritual, dan ekonomi.

Menurut World Health Organization (WHO), (2017), lansia dikelompokkan menjadi empat kelompok yaitu: usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, lansia (*elderly*) 60-74 tahun, lansia tua (*old*) 75-90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun. Departemen Sosial mengambil batasan umur lansia adalah 60 tahun ke atas.

Jadi dapat disimpulkan lansia adalah tahap akhir pada proses perkembangan seseorang yang berusia di atas 60 tahun dan disertai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beraktivitas dan disertai dengan penurunan fungsi biopsikososio dan kultural.

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Menurut Maryam *et al.*, (2012) lansia dapat diklasifikasikan atas:

1. Pralansia (Prasenilis)

Yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.

2. Lansia

Yaitu seseorang yang berusia 60 tahun ke atas. Lansia adalah masa tua dalam perkembangan individu.

3. Lansia Resiko Tinggi

Yaitu seseorang yang berusia 70 tahun ke atas atau seseorang berusia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan.

4. Lansia Potensial

Yaitu lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.

5. Lansia tidak potensial

Yaitu lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada orang lain.

2.1.3 Tipe Lansia

Beberapa tipe lansia menurut Maryam *et al.*, (2012) bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonomi, tipe tersebut diantaranya adalah:

1. Tipe Arif Bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai, kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

2. Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman bergaul, dan memenuhi undangan.

3. Tipe Tidak Puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, suka dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.

4. Tipe Pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.

5. Tipe Bingung

Kaget, kehilangan, kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh

2.1.4 Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Menurut Fatimah, (2010) pada saat menua, terjadi beberapa perubahan pada lansia, yaitu perubahan fisik, perubahan psikososial, dan perubahan ekonomi.

1. Perubahan Fisik

Penuaan instrinsik mengacu pada perubahan yang diakibatkan oleh proses penuaan normal yang telah diprogram secara genetik. Penuaan ekstrinsik terjadi akibat pengaruh dari luar seperti penyakit, polusi udara, sinar matahari, penuaan abnormal dapat dikurangi dengan intervensi perawatan kesehatan yang efektif.

1) Perubahan sel

Perubahan sel pada lansia mengakibatkan penurunan tampilan dan fungsi fisik. Lansia menjadi lebih pendek akibat adanya pengurangan lebar bahu dan pelebaran lingkaran dada dan perut. Kulit menjadi tipis dan keriput, massa tubuh berkurang dan massa lemak bertambah.

Kemampuan tubuh memelihara homeostatis menjadi berkurang seiring dengan penuaan seluler. Sistem organ menjadi tidak efisien akibat dari berkurangnya sel dan jaringan. Kemampuan sel memperbarui diri sendiri menjadi berkurang. Penimbunan pigmen juga mulai terjadi.

2) Perubahan kardiovaskuler

Perubahan struktur jantung yang mengakibatkan elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1 % setiap tahun setelah umur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya volume dan kontraksinya. Kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, hilangnya elastisitas pembuluh darah, postural hipotensi sering terjadi, tekanan darah meningkat diakibatkan oleh meningkatnya retensi dari pembuluh darah perifer.

3) Perubahan sistem pernapasan

Perubahan sistem pernapasan mempengaruhi kapasitas dan fungsi paru meliputi peningkatan diameter anteriposterior dada, kolaps osteoporotic vertebra yang mengakibatkan kifosis, kalsifikasi kartilago kosta dan penurunan mobilitas kosta, penurunan efisiensi otot pernafasan, peningkatan rigiditas paru atau hilangnya recoil paru mengakibatkan peningkatan volume residu paru dan penurunan kapasitas vital paru dan

penurunan luas permukaan alveoli. Penurunan efisiensi batuk, berkurangnya aktifitas silia dan peningkatan ruang rugi pernapasan membuat lansia rentan terhadap infeksi pernapasan.

4) Perubahan integumen

Bertambahnya usia mempengaruhi fungsi dan penampilan kulit dimana epidermis dan dermis menjadi lebih tipis, jumlah serat elastis berkurang dan kolagen menjadi lebih kaku. Lemak subkutan terutama di ekstermitas berkurang. Hilangnya kapiler di kulit mengakibatkan penurunan suplai darah, kulit menjadi hilang kekenyalannya, keriput dan menggelambir. Pigmentasi rambut menjadi beruban, distribusi pigmen kulit tidak rata dan tidak beraturan terutama pada bagian yang terkena sinar matahari. Kulit menjadi lebih kering dan rentan iritasi karena penurunan aktivitas kelenjar sebacea dan kelenjar keringat sehingga menyebabkan kulit menjadi lebih rentan terhadap gatal-gatal.

5) Perubahan sistem reproduksi

Saat menopause produksi estrogen dan progesteron oleh ovarium menurun. Pada wanita terjadi penipisan dinding vagina dengan pengecilan ukuran dan hilangnya elastisitas, penurunan sekresi vagina mengakibatkan kekeringan, gatal dan menurunnya keasaman vagina. Uterus dan ovarium mengalami atropi. Tonus otot pubokoksigeus menurun sehingga vagina dapat mengalami pendarahan dan nyeri saat senggama. Pada lansia laki-laki, ukuran penis dan testis mengecil dan kadar androgen menurun.

6) Perubahan genitounaria

Sistem genitounaria tetap berfungsi secara adekuat pada lansia, meskipun terjadi penurunan massa ginjal akibat kehilangan beberapa nefron. Perubahan fungsi ginjal meliputi penurunan laju filtrasi, penurunan fungsi tubuler dengan penurunan efisiensi dalam resorpsi dan pemekatan urin, serta perlambatan restorasi keseimbangan asam basa terhadap stress. Ureter, kandung kemih, dan uretra kehilangan tonus ototnya. Kapasitas kandung kemih menurun sehingga lansia tidak dapat mengosongkan kandung kemihnya secara sempurna. Wanita lansia biasanya mengalami penurunan tonus otot perineal yang mengakibatkan stress inkontinensia dan urgensi inkontinensia. Pada lansia laki-laki sering ditemukan pembesaran kelenjar prostat yang dapat menyebabkan retensi urin kronis, sering berkemih, dan inkontinensia.

7) Perubahan gastrointestinal

Saluran gastrointestinal masih tetap adekuat pada lansia, tetapi pada beberapa lansia dapat terjadi ketidaknyamanan akibat melambatnya motilitas. Hal ini merupakan konsep frekuensi proses penuaan yang tidak dapat dihindari, seringkali terjadi penyakit periodontal yang menyebabkan gigi berlubang dan ompong. Aliran lidah pun berkurang sehingga lansia mengalami mulut kering.

Sfingter gastroesofagus gagal relaksasi mengakibatkan kelambatan pengosongan esophagus. Lansia biasanya mengeluh adanya perasaan penuh, nyeri ulu hati, dan gangguan pencernaan. Motilitas gaster juga menurun, akibatnya terjadi keterlambatan pengosongan isi lambung,

sekresi asam dan pepsin gaster berkurang menyebabkan menurunnya absorpsi besi, kalsium, dan vitamin B12.

Absorpsi zat gizi di usus halus juga berkurang dengan bertambahnya usia namun masih tetap adekuat. Fungsi hepar, kandung empedu dan pankreas biasanya tetap dapat dipertahankan meski tidak efisiennya dalam absorpsi dan toleransi terhadap lemak (Maryam et al., 2012).

8) Perubahan muskuloskeletal

Wanita pasca menopause mengalami kehilangan densitas tulang yang massif mengakibatkan osteoporosis dan berhubungan dengan kurang aktivitas, masukan kalsium yang tidak adekuat serta kehilangan estrogen. Pengurangan dan penyusutan tinggi tubuh akibat dari perubahan osteoporotic pada tulang punggung, kifosis, dan fleksi pinggul serta lutut. Perubahan ini menyebabkan penurunan mobilitas, keseimbangan dan fungsi organ internal. Ukuran otot berkurang dan otot kehilangan kekuatan, fleksibilitas dan ketahannya sebagai akibat penurunan aktivitas dan penuaan. Kartilago sendi memburuk secara progresif mulai usia pertengahan

9) Perubahan sistem persarafan

Lansia terjadi perubahan struktur dan fungsi sistem saraf. Massa otak berkurang secara progresif akibat dari berkurangnya sel saraf yang rusak dan tidak dapat diganti. Penurunan metabolisme neurotransmitter utama juga terjadi pada perubahan sistem persarafan. Impuls saraf dihantar lebih lambat, sehingga lansia memerlukan waktu yang lebih lama untuk merespon dan bereaksi. Kinerja sistem saraf otonom berkurang

efisiensinya dan mudah terjadi hipotensi postural yang menyebabkan seseorang merasa pusing saat berdiri dengan cepat. Homeostasis juga lebih sulit untuk dijaga, perubahan sistem saraf seiring dengan penurunan aliran darah otak, walau dalam kondisi normal glukosa dan oksigen mencukupi (Maryam et al., 2012).

10) Perubahan sensorik

Kehilangan sensorik akibat penuaan mengenai organ sensorik penglihatan, pendengaran, pengecap, peraba, dan penghidu serta dapat mengancam interaksi dan komunikasi dengan lingkungan. Pada penglihatan, sel tengah lensa yang tidak pernah digantikan dengan sel baru akan menjadi kuning, kaku, padat dan berkabut, sedangkan pada permukaan lensa yang selnya selalu baru dan berfokus pada jarak jauh dan dekat mengakibatkan lensa menjadi kurang fleksibel dan titik dekat fokus berpindah lebih jauh (presbiopi). Lansia membutuhkan kacamata baca untuk memperbesar obyek. Kemampuan membedakan hijau dan biru juga berkurang. Pupil berdilatasi dengan lambat karena otot iris menjadi semakin kaku. Lansia memerlukan sinar yang lebih lama untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan gelap dan terang serta memerlukan sinar yang lebih terang untuk melihat benda yang sangat dekat.

Kehilangan kemampuan untuk mendengar nada frekuensi tinggi terjadi pada usia pertengahan. Kehilangan pendengaran yang berhubungan dengan usia ini disebut presbikusis, disebabkan karena perubahan telinga dalam irreversible. Apabila dicurigai ada gangguan pendengaran, maka harus dilakukan kajian telinga dan pendengaran.

Indra peraba memberikan pesan yang paling mudah diterjemahkan. Respon sensorik akan menumpul seiring dengan bertambahnya usia, namun tidak menghilang. Lansia senang menyentuh dan disentuh, sehingga perawatan dapat meningkatkan kontak rabaan dengan menawarkan tindakan menggaruk punggung, pijatan di kaki, atau sentuhan lembut agar lansia tetap merasa memiliki perasaan sejahtera dan mengurangi perasaan terasing.

2. Perubahan psikososial

Perubahan psikososial merupakan nilai seseorang sering diukur melalui produktivitasnya dan identitasnya dengan peranan dalam pekerjaan. Lansia yang sehat secara psikososial dapat dilihat dari kemampuannya beradaptasi terhadap kehilangan fisik, sosial, dan emosional serta mencapai kebahagiaan, kedamaian, dan kepuasan hidup. Ketakutan menjadi tua dan tidak mampu produktif lagi menimbulkan gambaran yang negatif tentang proses menua.

Perawat dapat memberikan dorongan ikut serta dalam membuat keputusan, kemandirian, aktivitas sosial lansia, memberikan keluwesan, humor, dan rasa keingintahuan kepada lansia dapat meningkatkan adaptasi sosial dan psikologis serta citra diri yang positif. Perawat juga harus memiliki pemahaman yang holistik tentang proses penuaan dan memperlakukan lansia dengan hormat agar lansia mampu membuat keputusan dan mempertahankan otonomi sehingga kualitas hidup mereka meningkat.

3. Perubahan ekonomi

Ketika seseorang mengalami pensiun, maka yang dirasakan adalah pendapatan berkurang (kehilangan finansial) Hal ini mengakibatkan

penghasilan menurun dengan meningkatnya biaya hidup dan bertambahnya biaya pengobatan. Status ekonomi sangat terancam, sehingga cukup beralasan untuk melakukan berbagai perubahan besar dalam kehidupan, menentukan kondisi hidup yang dengan perubahan status ekonomi dan kondisi fisik.

4. Perubahan kultural

Culture shock Terjadi bila orang luar mencoba untuk memahami atau beradaptasi secara efektif dengan kelompok budaya yang berbeda. Orang luar akan mengalami perasaan tidak nyaman dan ketidakberdayaan dan disorientasi karena perbedaan dalam nilai-nilai budaya, keyakinan, dan praktik. *Culture shock* dapat menyebabkan kemarahan dan dapat dikurangi dengan mencari pengetahuan tentang budaya sebelum menghadapi budaya itu.

2.2 *Self Efficacy*

2.2.1 Teori *self efficacy*

Teori *self efficacy* menurut Bandura adalah harapan penguasaan pribadi (*Self efficacy*) dan kesuksesan (*Expectacy outcomes*) yang menentukan individu terlibat dalam perilaku tertentu (Lenz & Baggett, 2002). *Expectacy outcomes* adalah keyakinan individu tentang hasil dari perilaku yang ditampilkan. Hasil ini dapat berupa bentuk, efek evaluasi diri dan sosial. Sedangkan *self efficacy* yang berfokus kepada kepercayaan diri akan menghasilkan kemampuan untuk perilaku yang mereka yakini akan mencapai hasil yang diinginkan, sehingga *self efficacy* memprediksi penampilan perilaku lebih baik dibandingkan *expectacy outcomes* (Lenz & Baggett, 2002).

Self efficacy merupakan komponen utama dari teori kognitif sosial. Teori kognitif sosial menghadirkan sebuah model *The triadic relationship*, meliputi

perilaku individu, proses internal/karakteristik individu, dan lingkungan. Ketiga komponen tersebut akan berinteraksi secara konstan untuk membentuk perilaku. Perubahan salah satu komponen akan mempengaruhi komponen yang lain (Lenz & Baggett, 2002; Quigley, 2005). Hubungan dari ketiga komponen tersebut (*The Triadic Relationship*) dapat dilihat pada gambar 2.4 di bawah ini. Model *The Triadic Relationship* memperlihatkan bahwa perilaku, karakteristik individu (kognitif) dan lingkungan ada dalam hubungan resiprokal, sehingga dengan demikian saling mempengaruhi dan ditentukan oleh masing-masingnya (Quigley, 2005).

2.1.2 Fungsi *Self Efficacy*

Bandura menyatakan bahwa *self efficacy* akan berkombinasi dengan lingkungan yang responsif dan tidak responsif untuk dapat menghasilkan empat variabel yang paling dapat diprediksi yaitu: a) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu tinggi dan lingkungan responsif, maka hasil yang dapat diperkirakan adalah kesuksesan, b) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu rendah dan lingkungan responsif, maka individu tersebut dapat menjadi depresi saat mereka mengamati orang lain, yang berhasil menyelesaikan tugas yang menurutnya sulit, c) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu tinggi dan situasi lingkungan yang tidak responsif, maka individu tersebut biasanya akan berusaha keras mengubah lingkungan, d) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu rendah berkombinasi dengan lingkungan yang tidak responsif, maka individu tersebut akan merasa apati, mudah menyerah dan merasa tidak berdaya (Feist & Feist, 2008).

Bandura juga menjelaskan bahwa *self efficacy* yang tinggi, akan mendorong individu untuk giat dan gigih melakukan upayanya. Sebaliknya individu dengan

self efficacy yang rendah, akan diliputi perasaan keragu-raguan akan kemampuannya. Jika individu tersebut dihadapkan pada kesulitan, maka akan memperlambat dan melonggarkan upayanya, bahkan dapat menyerah (Pajares & Urdan, 2006).

2.1.3 Dimensi *Self Efficacy*

Bandura menyatakan bahwa ada 3 (tiga) dimensi *self efficacy*. Dimensi-dimensi tersebut yaitu *magnitude*, *strength* dan *generally* (Lenz & Baggett, 2002; Pajares & Urdan, 2006). *Magnitude* merupakan dimensi *self efficacy* yang mengacu pada tingkat kesulitan tugas yang diyakini seseorang dapat diselesaikannya. Individu dengan *magnitude self efficacy* yang tinggi, akan mampu menyelesaikan tugas yang sulit. Sedangkan individu dengan *magnitude self efficacy* yang rendah akan menilai dirinya hanya mampu melaksanakan perilaku yang mudah dan sederhana *generally* (Lenz & Bagget, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

Strength self efficacy yang tinggi akan tetap bertahan menghadapi hambatan dan masalah. Sedangkan individu dengan *strength self efficacy* yang rendah akan lebih mudah frustrasi ketika menghadapi hambatan atau masalah dalam menyelesaikan tugasnya *generally* (Lenz & Bagget, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

Generally merupakan dimensi *self efficacy* yang mengacu pada tingkat kesempurnaan *self efficacy* dalam situasi tertentu. Beberapa individu mampu beradaptasi dengan berbagai kondisi. Namun ada juga individu yang percaya bahwa mereka hanya mampu menghasilkan beberapa perilaku tertentu dalam keadaan tertentu saja *generally* (Lenz & Bagget, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

2.1.4 Sumber-sumber *Self Efficacy*

Bandura (Lenz & Baggett, 2002) menyatakan ada empat sumber penting yang mempengaruhi *self efficacy*. Sumber-sumber tersebut yaitu: pencapaian kinerja (*performance accomplishment*), pengalaman tak terduga (*vicarious experiences*), bujukan verbal (*verbal persuasion*) dan keadaan fisik dan emosioanl (*Physiological information*).

Pencapaian kinerja (*performance accomplishment*) terdiri atas berlatih dan pengalaman sebelumnya. Berlatih adalah sumber yang paling penting, karena didasarkan kepada pengalaman individu itu sendiri. Satu kali seseorang memiliki *self efficacy* yang kuat, maka satu kesalahan tidak akan begitu berpengaruh. Pengalaman dengan perilaku dan atribusi kesuksesan dan kesalahan merupakan sumber yang sangat penting dalam pengembangan *self efficacy* (Lenz & Baggett, 2002).

Pengalaman tak terduga (*vicarious experiences*) dalam hal ini yaitu observasi terhadap orang lain. Melihat orang lain mencapai kesuksesan juga penting sebagai sumber *self efficacy*. Orang lain dapat menjadi *role models* dan memberikan informasi tentang kesulitan dalam perilaku tertentu. Seseorang akan menggunakan indikator observasi, yang dapat mengukur kemampuan sendiri dan memperkirakan kesuksesan mereka. Observasi terhadap orang lain merupakan sumber yang lebih membangunkan *self efficacy* dibandingkan dengan pengalaman langsung (Lenz & Baggett, 2002).

Bujukan verbal (*verbal persuasion*) sering digunakan sebagai sumber *self efficacy*, namun ini tidak mudah digunakan. Pemberian instruksi, nasehat dan saran, mencoba untuk meyakinkan seseorang bahwa mereka dapat sukses dalam

tugas yang sulit. Hal penting dalam ini adalah kredibilitas, keahlian, kepercayaan dan prestise dari seseorang yang melakukan bujukan. Upaya-upaya secara verbal dalam meyakinkan seseorang bahwa mereka memiliki kemampuan untuk menampilkan perilaku tertentu adalah lebih membangun. Jika seseorang yakin akan kemampuan mereka sendiri, maka mereka akan lebih cenderung bertahan dan tidak akan mudah menyerah (Lenz & Baggett, 2002).

Aktivitas yang membutuhkan kekuatan dan pertahanan, membuat mereka mengalami kelemahan, nyeri, hipoglikemi yang merupakan indikator *physical efficacy* yang rendah. Seseorang akan mencapai kesuksesan ketika mereka tidak dalam keadaan stress. Stress memberikan pengaruh yang negatif terhadap *self efficacy*. *Self efficacy* dari berbagai sumber butuh diproses secara kognitif. Banyak faktor yang Keadaan fisik dan emosional (*physiological information*) merupakan evaluasi diri terhadap status fisiologis dan emosional. Kondisi tubuh dapat mempengaruhi perkiraan seseorang terhadap kemampuan untuk menampilkan perilaku tertentu. Adanya pengalaman tekanan, cemas, dan depresi adalah tanda-tanda defisiensi atau berkurangnya ketahanan seseorang mempengaruhi pengalaman kognitif, misalnya kepribadian, situasi, sosial dan faktor waktu. Oleh karena itu, dalam membangun *self efficacy* harus mempertimbangkan dan mengintegrasikan informasi informasi dari sumber yang berbeda (Lenz & Baggett, 2002).

Ada hirarki tertentu dari keempat sumber *self efficacy*. Sumber yang pertama adalah sumber yang paling kuat karena berdasarkan kepada informasi langsung yaitu pengalaman sukses atau gagal. Sedangkan ketiga sumber lainnya adalah berdasarkan informasi yang tidak langsung. Model, melihat orang lain

memperlihatkan perilaku yang diinginkan dapat menawarkan sumber *self efficacy* yang penting, tetapi tidak berdasarkan kepada pengalaman diri seseorang. Bujukan merupakan sumber yang membangunkan. Sumber ini digunakan untuk mendukung sumber lain. Sumber yang terakhir merupakan sebagai beton. seseorang akan mengandalkan status fisik dan emosi mereka untuk meyakinkan kemampuan mereka (Lenz & Baggett, 2002).

2.2 Konsep Kualitas Hidup

2.2.1 Pengertian kualitas hidup

Secara awam, kualitas hidup berkaitan dengan pencapaian kehidupan manusia yang ideal atau sesuai dengan yang diinginkan (Diener dan Suh, dalam Nofitri, 2009). Goodinson dan Singleton (O'Connor, 1993) mengemukakan definisi kualitas hidup sebagai derajat kepuasan atas penerimaan suasana kehidupan saat ini. Calman memberikan satu definisi dari kualitas hidup yang dapat diterima secara umum, yakni perasaan subjektif seseorang mengenai kesejahteraan dirinya, berdasarkan pengalaman hidupnya saat ini secara keseluruhan (dalam O'Connor, 1993). Kualitas hidup diperkenalkan sebagai salah satu *middle range theory* (Meleis, 1997) yang menggambarkan sebuah fenomena spesifik dengan batasan yang berhubungan dengan konsep yang digunakan dalam praktik (Peterson dan Bredow, 2013). Ferrans dan Powers (1992) mengembangkan sebuah teori yang menyatakan bahwa kualitas hidup adalah perasaan bahagia berdasar kepuasan atau ketidakpuasan pada area kehidupan yang dianggap penting.

The World Organization (WHO) (2002) mendefinisikan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individual mengenai posisi mereka dalam kehidupan, dalam

konteks budaya, sistem nilai dimana mereka hidup dan kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan perhatian mereka (Nursalam, 2014).

2.2.2 Kegunaan pengukuran kualitas hidup

Pengukuran kualitas hidup menggunakan instrumen WHOQOL (*The World Health Organization Quality of Life*) memiliki manfaat di berbagai bidang (WHO, 1997), yaitu:

1. Dalam praktik klinik, pengukuran kualitas hidup memberikan informasi penting yang dapat menunjukkan daerah dimana seseorang sangat terpengaruh dengan masalah kesehatan tertentu, membantu praktisi dalam membuat pilihan terbaik dalam perawatan. Selain itu, pengukuran kualitas hidup juga dapat mengukur perubahan kualitas hidup pasien selama pengobatan.
2. Dapat meningkatkan hubungan antara dokter dengan pasien karena dengan terukurnya kualitas hidup, maka pengetahuan dokter meningkat akan dampak yang dirasakan pasien akibat penyakitnya sehingga pasien lebih merasa diperhatikan.
3. Dapat digunakan sebagai evaluasi oleh perawatan untuk mengetahui efektivitas dan relatifitas perawatan yang telah diberikan serta evaluasi terhadap pelayanan kesehatan.
4. Dalam penelitian, instrumen pada WHOQOL dapat memberikan wawasan baru tentang sifat penyakit dan bagaimana kesejahteraan penderita penyakit tersebut.
5. Dalam pembuatan kebijakan, pengukuran kualitas hidup dapat dijadikan pertimbangan apabila penyedia layanan kesehatan akan menerapkan kebijakan baru.

2.2.3 Pengukuran kualitas hidup

Pengukuran kualitas hidup bersifat subyektif yang menggambarkan keadaan perasaan seseorang terhadap dirinya, baik dari orang yang menderita penyakit tertentu maupun orang sehat dalam berbagai dimensi yang berbeda-beda dan jumlah item yang juga berbeda (Muhaimin, 2009)

Kualitas hidup diukur menggunakan WHOQOL-BREF (*The World Health Organization's Quality of Life-Bref*) yang menghasilkan profil kualitas hidup berdasar nilai dari 26 butir pertanyaan, 24 pertanyaan berkaitan dengan kualitas kesehatan secara umum yang terbagi menjadi 4 domain. Keempat domain tersebut yakni domain fisik (7 item), domain psikologis (6 item), domain hubungan sosial (3 item) dan domain lingkungan (8 item) yang keempat nilai domain tersebut menunjukkan persepsi individu tentang kualitas hidupnya (WHO, 1996). Nilai domain berskala positif (1-5) yakni semakin tinggi nilai yang didapat menunjukkan kualitas hidup semakin tinggi (Ebrahim dan Bowling, 2005).

Semua skala dan faktor tunggal diukur dalam rentang 0-100. Nilai skala yang tinggi mewakili respons dan skala fungsional yang tinggi sehingga diperoleh status kesehatan umum atau kualitas hidup yang tinggi pula (Nursalam, 2014).

Aspek yang dilihat dalam pengukuran kualitas hidup adalah aspek subyektif, eksistensial/ kepentingan dan obyektif.

1. Aspek Subyektif adalah bagaimana seseorang merasa seberapa baik kehidupan yang dijalannya sekarang. Setiap individu menilai sendiri pandangan, perasaan dan pendapat atau gagasan yang ada pada dirinya. Misalnya

kepuasan terhadap kehidupan seperti kebahagiaan yang merupakan refleksi subyektifitas dari kualitas hidupnya.

2. Aspek eksistensi atau kepentingan adalah bagaimana kehidupan yang baik dari seseorang pada tingkatan yang dalam. Hal ini dapat diasumsikan bahwa individu lahir dengan pembawaan atau kodrat yang patut dihormati, sehingga setiap individu dapat hidup dalam keharmonisan. Kita berpikir bahwa setiap kebutuhan biologis kita harus dapat terpenuhi, oleh karena itu, faktor yang mendukung seperti kondisi yang ada harus optimal. Atau setiap individu harus hidup dalam kehidupan yang sesuai dengan idealisme kepercayaan dan keyakinan yang diikutinya.
3. Aspek obyektif berkaitan dengan data atau kondisi yang sebenarnya dari berbagai aspek kehidupan, hal ini merupakan bagaimana kehidupan seseorang dirasakan oleh dunia luar. Pandangan ahli berpendapat bahwa pengukuran kualitas hidup harus berpusat pada perpektif subyektif indivisu mengenai kualitas hidup dari kehidupannya sendiri (Felce dan Perry dalam King, 2005).

2.2.4 Domain kualitas hidup

Kualitas hidup terdiri dari beberapa domain utama dimana hasil penghitungan dari masing-masing domain mengindikasikan kualitas hidup seseorang (Ferrans, 1990 dalam Peterson dan Bredow, 2013). Domain kualitas hidup tersebut terdiri dari domain kesehatan dan fungsi tubuh, sosioekonomi, psikologi dan spiritual serta domain keluarga (Ferrans, 1990 dalam Peterson dan Bredow, 2013). Domain kualitas hidup yang dikembangkan oleh WHO (1996), terdapat empat domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Setiap domain dijabarkan dalam beberapa aspek, yaitu:

1. Domain kesehatan fisik, dijabarkan dalam aspek (1) kegiatan kehidupan sehari-hari, (2) ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis, (3) energi dan kelelahan, (4) mobilitas, (5) rasa sakit dan ketidaknyamanan, (6) tidur dan istirahat serta (7) kapasitas kerja.
2. Domain psikologis, dijabarkan dalam aspek (1) bentuk dan tampilan tubuh, (2) perasaan negatif, (3) perasaan positif, (4) penghargaan diri, (5) spiritualitas agama atau keyakinan pribadi, (6) serta berpikir, belajar, memori dan konsentrasi
3. Domain hubungan sosial, dijabarkan dalam aspek (1) hubungan pribadi, (2) dukungan sosial dan (3) aktivitas seksual.
4. Domain lingkungan, dijabarkan dalam aspek (1) sumber daya keuangan, (2) kebebasan, keamanan dan kenyamanan fisik, (3) kesehatan dan kepedulian sosial: aksesibilitas dan kualitas, (4) lingkungan rumah, (5) peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, (6) partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan keterampilan baru, (7) lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalu lintas atau iklim), serta (8) transportasi.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup

Moons, dkk (2004, dalam Nofitri 2009) menyatakan bahwa gender, usia, dan pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Riff dan Singer (1998, dalam Nofitri 2009) mengatakan bahwa kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda, dimana perempuan kesejahtraannya lebih ke aspek hubungannya yang positif sedangkan laki-laki lebih ke aspek pendidikan dan pekerjaan. Usia salah satu faktor yang menentukan kualitas hidup.

Ruggerri, dkk (2001 dalam Nofitri 2009) mengatakan bahwa responden yang berusia tua cenderung akan mengevaluasi hidupnya dengan hal yang positif dibandingkan saat mudanya. pendidikan juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Wahl, dkk (2004 dalam Nofitri 2009) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin meningkatnya kualitas hidupnya. Moons, dkk (2004, dalam Nofitri 2009) mengatakan bahwa pekerjaan status pernikahan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Dimana terdapat perbedaan kualitas hidup seorang pelajar, individu yang bekerja maupun yang tidak bekerja, serta penduduk yang tidak mampu bekerja dan terdapat perbedaan kualitas hidup antara seseorang yang tidak menikah, individu yang bercerai atau janda / duda , dan individu yang sudah menikah. Wahl, dkk (2004, dalam Nofitri 2009) mengatakan bahwa pria dan wanita dengan status menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi. Noghani, dkk (2007, dalam Nofitri 2009) mengatakan bahwa adanya faktor penghasilan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak dan hubungan dengan orang lain merupakan salah satu faktor yang berkontribusi dalam menentukan kualitas hidup secara subjektif.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah :

1. Jenis kelamin. Fadda dan Jiron (1999) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan. Ryff dan Singer (1998)

mengatakan bahwa secara umum, kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda, namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria lebih terkait dengan aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik.

2. Usia. Wagner, Abbot, dan Lett (2004) menemukan terdapat perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ryff dan Singer (1998) individu dewasa mengekspresikan kesejahteraan yang lebih tinggi pada usia dewasa madya.
3. Pendidikan. Pendidikan juga merupakan faktor kualitas hidup, senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl dkk (2004) menemukan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Barbareschi, Sanderman, Leegte, Veldhuisen dan Jaarsma (2011) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup, hasil penelitian menunjukkan bahwa tingginya signifikansi perbandingan dari pasien yang berpendidikan tinggi meningkat dalam keterbatasan fungsional yang berkaitan dengan masalah emosional dari waktu ke waktu dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan rendah serta menemukan kualitas hidup yang lebih baik bagi pasien berpendidikan tinggi dalam domain fisik dan fungsional, khususnya dalam fungsi fisik, energi/kelelahan, social fungsi, dan keterbatasan dalam peran berfungsi terkait dengan masalah emosional.

4. Pekerjaan. Hultman, Hemlin, dan H'ornquist (2006) menunjukkan dalam hal kualitas hidup juga diperoleh hasil penelitian yang tidak jauh berbeda dimana individu yang bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan individu yang tidak bekerja.
5. Status pernikahan. Glenn dan Weaver melakukan penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dari pada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda atau duda akibat pasangan meninggal (Veenhoven, 1989).
6. Finansial. Pada penelitian Hultman, Hemlin, dan H'ornquist (2006) menunjukkan bahwa aspek finansial merupakan salah satu aspek yang berperan penting mempengaruhi kualitas hidup individu yang tidak bekerja.
7. Standar referensi. Menurut O'Connor (1993) mengatakan bahwa kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standar referensi yang digunakan seseorang seperti harapan, aspirasi, perasaan mengenai persamaan antara diri individu dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHOQOL (dalam Power, 2004) bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standard dari masing-masing individu. Sumber Resiliensi

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah sekelompok orang yang disatukan oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi, yang merupakan satu rumah tangga; berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial masing-masing dari suami dan

istri, ibu dan ayah, putra dan putri, saudara laki-laki dan perempuan; dan menciptakan dan memelihara budaya umum (Joanna Rowe Kaakinen, PhD, Deborah Padgett Coehlo, PhD, RN, Vivian Gedaly-Duff, DNSc, Shirley May Harmon Hanson, & PhD, RN, FAAN, CFLE, 2010).

Keluarga adalah suatu lembaga yang merupakan satuan (unit) terkecil dari masyarakat, terdiri atas ayah, ibu, dan anak. Keluarga yang seperti ini disebut rumah tangga atau keluarga inti (keluarga batih), sedangkan keluarga yang anggotanya mencakup juga kakek dan atau nenek atau individu lain yang memiliki hubungan darah, bahkan juga tidak memiliki hubungan darah (misalnya pembantu rumah tangga), disebut keluarga luas (*extended family*). Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, maka derajat kesehatan rumah tangga atau keluarga menentukan derajat kesehatan masyarakatnya (Kementrian Kesehatan RI, 2016).

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

2.2.2 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman, Bowden and Jones, (2010) fungsi keluarga dibagi menjadi 5 yaitu:

1. Fungsi Afektif (fungsi mempertahankan kepribadian) memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga. Fungsi afektif ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian

terhadap kebutuhan sosioemosional semua anggota keluarga. Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun berkelanjutan unit keluarga itu sendiri sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting.

2. Fungsi Sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
3. Fungsi Reproduksi adalah untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat.
4. Fungsi ekonomi yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan adalah menyediakan kebutuhan fisik, makanan, pakaian tempat tinggal, perawatan kesehatan. Tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Mengenal masalah kesehatan keluarga.

Keluarga atau orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan,

keluarga perlu mencatat kapan terjadi, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan untuk memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang terjadi dapat dikurangi atau teratasi.

3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat.

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Kondisi rumah haruslah dapat menjadikan lambang ketenangan, keindahan, ketentraman, dan dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga.

5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Apabila mengalami gangguan kesehatan, keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitarnya, sebagai contoh:

keluarga dapat berkonsultasi kepada tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit.

2.2.3 Tipe dan bentuk keluarga

Tipe keluarga menurut Harmoko, (2012) yaitu sebagai berikut :

1. *Nuclear Family*

Keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah di tetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di laur rumah.

2. *Extended Family*

Keluarga inti ditambahkan dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.

3. *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami atau istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru. Satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

4. *Middle Age/ Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang. Istri di rumah/ kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah atau perkawinan/meniti karier.

5. *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur da tidak mempunyai anak, keduanya atau salahsatu bekerja di rumah.

6. *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

7. *Dual Carier*

Suami istri atau keduanya berkarier dan tanpa anak.

8. *Commuter Married*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

9. *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.

10. *Three Generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

11. *Institutional*

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

12. *Comunal*

Satu rumah terdiri atas dua/lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

13. *Group Marriage*

Satu perumahan terdiri atas orangtua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

14. *Unmarried parent and child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya di adopsi.

15. *Cohibing Cauple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan.

2.2.4 Struktur Keluarga

Struktur keluarga oleh Friedman, Bowden and Jones, (2010) di gambarkan sebagai berikut :

1. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai dan hierarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi pengirim yakin mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminta dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik, dan valid.

Komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya isu atau berita negatif, tidak berfokus pada satu hal, dan selalu mengulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim bersifat asumsi, ekspresi perasaan tidak jelas dan komunikasi tidak sesuai. Penerima pesan gagal mendengar, diskualifikasi, ofensif (bersifat negatif), terjadi miskomunikasi, dan kurang atau tidak valid.

1) Karakteristik pemberi pesan :

- a) Yakin dalam mengemukakan suatu pendapat.
- b) Apa yang disampaikan jelas dan berkualitas.
- c) Selalu menerima dan meminta timbal balik.

2) Karakteristik pendengar

- a) Siap mendengarkan
- b) Memberikan umpan balik

c) Melakukan validasi

3) Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa bersifat formal atau informal. Posisi/status adalah posisi individu dalam masyarakat misal status sebagai istri/suami.

4) Struktur kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain. Hak (*legimate power*), ditiru (*referent power*), keahlian (*exper power*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*), dan efektif power.

5) Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

- a. Nilai, suatu sistem, sikap, kepercayaan yang secara sadar atau tidak dapat mempersatukan anggota keluarga.
- b. Norma, pola perilaku yang baik menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga.
- c. Budaya, kumpulan daripada perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

2.2.5 Tahap dan perkembangan keluarga

1. Tahap pertama pasangan baru atau keluarga baru (*beginning family*)

Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu, yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing, secara psikologi keluarga tersebut membentuk keluarga baru. Suami istri yang membentuk keluarga baru tersebut perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari. Masing-masing pasangan menghadapi perpisahan dengan keluarga orang tuanya dan mulai membina hubungan baru dengan keluarga dan kelompok sosial pasangan masing-masing. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya. Misalnya kebiasaan makan, tidur, bangun pagi, bekerja dan sebagainya. Hal ini yang perlu diputuskan adalah kapan waktu yang tepat untuk mempunyai anak dan berapa jumlah anak yang diharapkan.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain :

- 1) Membina hubungan intim dan kepuasan bersama.
- 2) Menetapkan tujuan bersama
- 3) Membina hubungan dengan keluarga lain; teman, dan kelompok sosial
- 4) Merencanakan anak (KB)
- 5) Menyesuaikan diri dengan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.

2. Tahap kedua keluarga dengan kelahiran anak pertama (*child bearing family*)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (2,5 tahun). Kehamilan dan kelahiran bayi perlu disiapkan oleh pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting. Kelahiran bayi pertama memberi perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi. Masalah yang sering terjadi dengan kelahiran bayi adalah pasangan merasa diabaikan karena fokus perhatian kedua pasangan tertuju pada bayi. Suami merasa belum siap menjadi ayah atau sebaliknya. Tugas perkembangan pada masa ini antara lain :

- 1) Persiapan menjadi orang tua
- 2) Membagi peran dan tanggung jawab
- 3) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan
- 4) Mempersiapkan biaya atau dana *child bearing*
- 5) Memfasilitasi *role learning* anggota keluarga
- 6) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita
- 7) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

3. Tahap ketiga keluarga dengan anak pra sekolah (*families with preschool*)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan-kebutuhan dan minat dari anak pra sekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya. Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak

sangat bergantung pada orang tua. Kedua orang tua harus mengatur waktunya sedemikian rupa, sehingga kebutuhan anak, suami/istri, dan pekerjaan (punya waktu/paruh waktu) dapat terpenuhi. Orang tua menjadi arsitek keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan tetap utuh dan langgeng dengan cara menguatkan kerja sama antara suami istri. Orang tua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak, khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak pada fase ini tercapai. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti : kebutuhan tempat tinggal, privasi, dan rasa aman
 - 2) Membantu anak untuk bersosialisasi
 - 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
 - 4) Mempertahakan hubungan yang sehat, baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)
 - 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak (tahap paling repot)
 - 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
 - 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak.
4. Tahap keempat keluarga dengan anak usia sekolah (*families with children*)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktifitas di

sekolah, masing-masing anak memiliki aktifitas dan minat sendiri demikian pula orang tua yang mempunyai aktifitas berbeda dengan anak. Untuk itu, keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan. Pada tahap ini keluarga (orang tua) perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi, baik aktifitas di sekolah maupun di luar sekolah. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah sebagai berikut :

- 1) Memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan dan semangat belajar
 - 2) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan
 - 3) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
 - 4) Menyediakan aktifitas untuk anak
 - 5) Menyesuaikan pada aktifitas komunitas dengan mengikutsertakan anak.
5. Tahap kelima keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuannya keluarga melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut :

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dan meningkat otonominya.
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.

- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.
- 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.
6. Tahap keenam keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (*launchingcenter families*)

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini bergantung pada banyaknya anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anaknya untuk hidup sendiri. Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri. Saat semua anak meninggalkan rumah, pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami istri seperti pada fase awal. Orang tua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa kosong karena anak-anaknya sudah tidak tinggal serumah lagi. Guna mengatasi keadaan ini orang tua perlu melakukan aktifitas kerja, meningkatkan peran sebagai pasangan, dan tetap memelihara hubungan dengan anak. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan
- 3) Membantu orang tua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua
- 4) Mempersiapkan untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anak
- 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga

- 6) Berperan sebagai suami istri, kakek, dan nenek
 - 7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.
7. Tahap ketujuh keluarga usia pertengahan (*middle age families*)

Tahapan ini dimulai saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktifitas. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain adalah :

- 1) Mempertahankan kesehatan
 - 2) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai
 - 3) Memulihkan hubungan antara generasi muda dengan generasi tua
 - 4) Keakraban dengan pasangan
 - 5) Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga
 - 6) Persiapan masa tua atau pensiun dengan meningkatkan keakraban pasangan.
8. Tahap kedelapan keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal. Proses lansia dan pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses stresor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stresor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktifitas dan fungsi kesehatan. Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas

utama keluarga pada tahap ini. Lansia umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri dari pada tinggal bersama anaknya. Tugas perkembangan tahap ini adalah :

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat
- 4) Mempertahankan hubungan anak dan sosial masyarakat
- 5) Melakukan *life review*
- 6) Menerima kematian pasangan, kawan, dan mempersiapkan kematian (Harmoko, 2012).

2.3 Konsep *Family Centered Nursing*

Praktik keluarga sebagai pusat keperawatan (*family-centered nursing*) didasarkan pada perspektif bahwa keluarga adalah unit dasar untuk perawatan individu dari anggota keluarga dan dari unit yang lebih luas. Keluarga adalah unit dasar dari sebuah komunitas dan masyarakat, mempresentasikan perbedaan budaya, rasial, etnik, dan sosio ekonomi. Aplikasi dari teori ini termasuk mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, politik dan budaya ketika melakukan pengkajian dan perencanaan, implementasi, dan evaluasi perawatan pada anak dan keluarga (Hitchcock, Schubert, Thomas, 1999).

Penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan *family centered nursing* salah satu menggunakan Friedman Model. Pengkajian dengan model ini melihat keluarga sebagai subsistem dari masyarakat

(Allender & Spradley, 2005). Proses keperawatan keluarga meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Keluarga merupakan entry point dalam pemberian pelayanan kesehatan di masyarakat, untuk menentukan risiko gangguan akibat pengaruh gaya hidup dan lingkungan. Potensi dan keterlibatan keluarga menjadi makin besar, ketika salah satu anggota keluarga memerlukan bantuan terus menerus karena masalah kesehatan.

Praktik keluarga sebagai pusat keperawatan (*family-centered nursing*), Didasarkan pada perspektif bahwa keluarga unit dasar untuk keperawatan individu dari anggota keluarga. Keluarga adalah unit dasar dari sebuah komunitas dan masyarakat, mempresentasikan perbedaan budaya, relasi, lingkungan, dan sosio ekonomi.

Aplikasi dari teori ini termasuk mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, lingkungan, tipe keluarga dan budaya ketika melakukan pengkajian dan perencanaan, implementasi dan evaluasi perawatan pada anak dan keluarga (Hitchcock, Schubert & Thomas 1999; Friedman dkk, 2003). Penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan *family centered nursing*, salah satunya menggunakan pendekatan proses keperawatan yang didasarkan pada Friedman model. Pengkajian dengan model ini, melihat keluarga dengan subsistem dari masyarakat (Friedman dkk, 2003; Allender dan Spradley 2005). Proses keperawatan keluarga dengan fokus pada keluarga sebagai klien (*family centered nursing*), meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Asuhan keperawatan keluarga, difokuskan pada peningkatan kesehatan seluruh anggota keluarga, melalui perbaikan dinamika hubungan internal keluarga, struktur dan fungsi keluarga yang terdiri atas afeksi, sosialisasi, reproduksi, ekonomi dan perawatan kesehatan bagi anggota keluarga, untuk dapat merawat anggota keluarganya yang sakit dan bagi anggota keluarga yang lain agar tidak tertular penyakit, serta adanya interdependensi antar anggota keluarga sebagai suatu sistem, dan meningkatkan hubungan keluarga dengan lingkungannya (Friedman dkk, 2003).

Tujuan dari asuhan keperawatan keluarga memandirikan keluarga dalam melakukan pemeliharaan kesehatan para anggotanya, untuk itu keluarga harus melakukan 5 tugas kesehatan keluarga, diantaranya yaitu: mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, mampu mempertahankan suasana di rumah yang sehat atau memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan anggota keluarga; mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga (Bailon dan Maglaya dalam Freeman, 1981).

Keluarga merupakan suatu sistem, di mana jika salah satu anggota keluarga bermasalah, akan mempengaruhi sistem anggota keluarga yang lain (Stanhope & Lancaster, 2004). Masalah individu dalam keluarga diselesaikan melalui intervensi keluarga diselesaikan melalui keterlibatan aktif anggota keluarga lain. Melalui intervensi keluarga, yakni keluarga yang sehat, maka akan membuat komunitas atau masyarakat menjadi sehat, karena keluarga

merupakan subsistem dari komunitas (Friedman dkk, 2003; Stanhope & Lancaster, 2004).

Pendekatan yang dilakukan dalam asuhan keperawatan keluarga adalah proses keperawatan, yang terdiri atas pengkajian individu dan keluarga, perumusan diagnosis keperawatan, penyusunan rencana asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi dari tindakan yang telah dilaksanakan (Friedman dkk, 2003).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahapan dimana seorang perawat mendapatkan informasi secara terus-menerus, terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Sumber informasi dari tahapan pengkajian dapat menggunakan metode: wawancara keluarga, observasi fasilitas rumah, pemeriksaan fisik dari anggota keluarga. Data sekunder, contoh : hasil laboratorium.

2. Diagnosa Keperawatan

Data yang telah di kumpulkan pada tahap pengkajian, selanjutnya dianalisis, sehingga dapat dirumuskan diagnosis keperawatannya. Rumusan diagnosis keperawatan keluarga ada tiga jenis, yaitu diagnosa aktual, risiko, potensial. Diagnosa aktual menggambarkan bahwa setiap masalah keperawatan dan di dapatkan data mal adaptif dari masalah tersebut. Diagnosa risiko, belum terdapat masalah namun sudah di temukan data mal adaptif yang memungkinkan terjadi masalah. Sedangkan diagnosis potensial menggambarkan keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat di tingkatkan. Etiologi dalam diagnosis

keperawatan keluarga didasarkan pada pelaksanaan lima tugas kesehatan (Friedman dkk. 2003).

3. Perencanaan

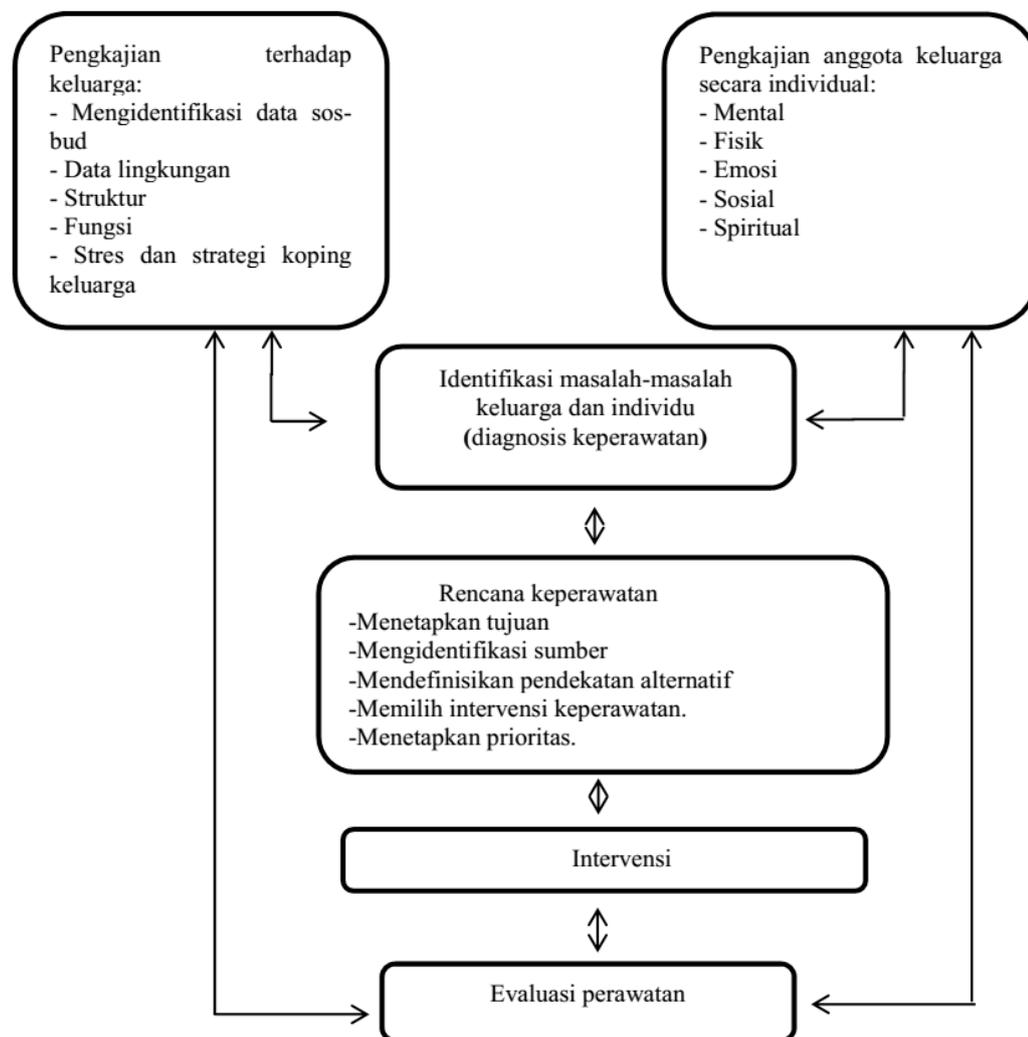
Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan yang mencakup tujuan umum dan tujuan khusus, dilengkapi dengan kriteria dan standar serta rencana tindakan. Penetapan tujuan dan rencana tindakan dilakukan bersama dengan keluarga, karena diyakini bahwa keluarga bertanggung jawab dalam mengatur kehidupannya, dan perawat membantu menyediakan informasi yang relevan untuk memudahkan keluarga mengambil keputusan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan dinyatakan untuk mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga dan ditujukan pada lima tugas keluarga dalam rangka menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah kesehatannya. Disamping itu menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, memberi kemampuan dan kepercayaan diri pada keluarga, dalam merawat anggota keluarga yang sakit, serta membantu menemukan bagaimana cara membuat lingkungan menjadi sehat dan memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.

5. Evaluasi

Evaluasi pada asuhan keperawatan keluarga dilakukan untuk menilai tingkat kognitif, afektif dan psikomotor keluarga (Friedman dkk. 2003).



Gambar 2.1 Model *Family Centered Nursing* Friedman (2003)

2.4 Konsep Pemberdayaan Pengasuh (*Caregiver Empowerment*)

2.4.1 Konsep Pemberdayaan (*Empowerment*)

Empowerment (pemberdayaan) adalah sebagai proses sosial, mengenali, mempromosikan dan meningkatkan kemampuan orang untuk menemukan kebutuhan mereka sendiri, memecahkan masalah mereka sendiri dan memobilisasi sumber daya yang diperlukan untuk mengendalikan hidup mereka (Graves, 2007). Pemberdayaan adalah suatu proses pribadi dan sosial, suatu pembebasan kemampuan pribadi, kompetensi, kreatifitas dan kebebasan bertindak

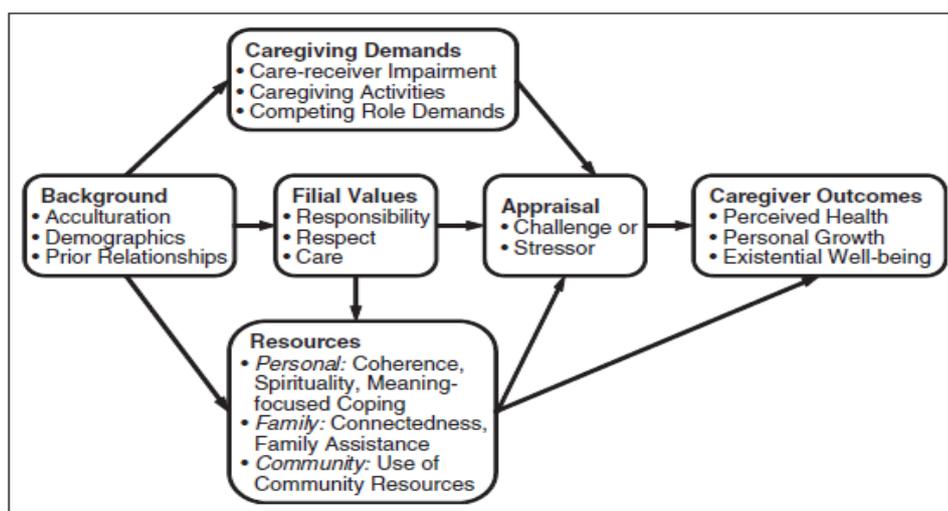
(Robinson, 1994). Ife (1995) mengemukakan bahwa pemberdayaan mengacu pada kata “*empowerment*” yang berarti memberi daya, memberi “*power*”, kekuatan, kepada pihak yang kurang berdaya. Segala potensi yang dimiliki oleh pihak yang kurang berdaya ditumbuhkan, diaktifkan, dikembangkan sehingga mereka memiliki kekuatan untuk membangun dirinya.

Pemberdayaan merupakan proses perubahan jangka panjang, suatu kegiatan yang dinamis yang dilakukan secara bertahap. Tahap-tahap dalam proses pemberdayaan adalah (1) membangkitkan kesadaran (*awareness*) akan potensi yang dimiliki serta berupaya mengembangkannya, (2) memperkuat potensi atau kekuatan yang dimiliki (*empowering*), (3) mempertahankan kekuatan yang ada dalam diri seseorang.

2.4.2 *Caregiver Empowerment Model*

Model konseptual dan empiris yang dapat digunakan untuk menjelaskan pemberdayaan adalah dengan menggunakan Model Pemberdayaan Pengasuh (*Caregiver Empowerment Model/CEM*) (Jones *et al.*, 2011).

CEM dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 2.1 Model *Caregiver empowerment* (Jones *et al.*, 2011)

Model ini mendefinisikan pemberdayaan *caregiver* sebagai peningkatan kemampuan *caregiver* untuk menilai, mempengaruhi, dan mengelola situasi dengan menggunakan sumber daya keluarga untuk mencapai hasil yang diinginkan. Model CEM (*Caregiver Empowerment Model*) ini dapat digunakan untuk meningkatkan dan mempromosikan hasil yang lebih baik dalam pengasuhan keluarga. Model CEM memperhitungkan variabel latar belakang yang mempengaruhi situasi pemberian perawatan oleh keluarga seperti; budaya, keyakinan tentang tanggung jawab pengasuhan keluarga, tuntutan pengasuhan, penilaian pengasuhan terhadap tuntutan yang mereka hadapi, serta spesifikasi sumber daya yang dimiliki.

Model CEM merupakan gabungan dari dua konsep teori yaitu Jones and Meleis' (1993) *health empowerment model*, yang menggabungkan antara Antonovsky's (1979) *salutogenic theory of stress* dan Pearlin, Mullan, Semple, and Skaff's (1990) *caregiving stress process model*, dan (b) Folkman and Mosokvitz's (2000) *theory of meaning-focused coping*.

Beberapa variabel yang terdapat pada model pemberdayaan pengasuhan terdiri dari;

1. *Caregiving Demands* (Tuntutan Pengasuhan) terdiri dari; Penurunan Penerimaan perawatan, kegiatan pengasuhan dan tuntutan peran bersaing. Dalam CEM disarankan bahwa ketika nilai filial hadir, dan ketika sumber daya tertentu tersedia, pengasuh kemungkinan akan menilai tuntutan sebagai tantangan yang berarti

2. *Resources* (Sumber daya) terdiri dari;

- a. Faktor pribadi:

- 1) *Coherence*, kemampuan untuk berintegrasi menyajikan pengalaman dengan pengalaman masa lalu, motivasi dan tujuan, dan untuk menemukan makna di masa sekarang pengalaman (Budd, 1993);
 - 2) *Spiritualitas*, adalah konsep yang luas dengan berbagai dimensi dan perspektif yang ditandai adanya perasaan keterikatan (koneksitas) kepada sesuatu yang lebih besar dari diri, yang disertai dengan usaha pencarian makna dalam hidup atau dapat dijelaskan sebagai pengalaman yang bersifat universal dan menyentuh;
 - 3) *Meaning-Focused Coping*, coping berbasis penilaian di mana individu memanfaatkan keyakinannya (seperti, agama, spiritual, atau keyakinan tentang keadilan), nilai-nilai, dan tujuan eksistensial untuk memotivasi dan mempertahankan coping dan kesejahteraan selama masa sulit.
- b. Faktor keluarga seperti,
- 1) *Connectedness*, diartikan sebagai perasaan dicintai, dihargai, dirawat, dan dihormati yang didapat oleh *caregiver* dari keluarga (Foster et al., 2017);
 - 2) *Family assistance*, bantuan yang diberikan keluarga yang diberikan kepada *caregiver* baik secara emosional, fisik, maupun material;
 - 3) Faktor komunitas, seperti penggunaan sumberdaya komunitas.
3. *Filial Value* (nilai dasar), yang terdiri dari sikap tanggung jawab, rasa menghormati dan peduli. Sikap yang dimiliki *caregiver* yang didapat dari kepercayaan dan komitmen untuk mempertahankan nilai-nilai tradisional dipercaya dapat meningkatkan motivasi untuk menyediakan perawatan. Dalam CEM diusulkan bahwa *filial value* dapat (a) merubah bagaimana individu menilai tuntutan pengasuhan yaitu, sebagai tantangan bukannya stressor, (b)

berkontribusi pada sumber daya yang tersedia untuk mengatasi melalui rasa kuat akan tujuan dan makna yang terkait dengan memberi kembali, (c) memengaruhi akses ke sumber daya keluarga dan penggunaan sumber daya komunitas, dan (d) secara tidak langsung mempengaruhi hasil melalui sumber daya dan penilaian

4. *Background* (latar belakang keluarga), terdiri dari akulturasi budaya, faktor demografi dan hubungan sebelumnya.
5. *Appraisal* (penilaian), proses menilai yang terdiri dari dua komponen hasil penilaian, sebagai tantangan atau sebagai stressor/penyebab stres.
6. *Caregiver Outcome*, Hasil pengasuhan terhadap keluarga adalah persepsi tentang sehat, pertumbuhan pribadi dan keluarga, eksistensi kondisi sejahtera.

2.5 Konsep Teori *Functional Consequences*

2.5.1 *Functional Consequences*

Teori ini merupakan teori Middle Range Theory of Carol Ann Miller yang dikenal dengan functional consequences theory. Teori ini dibangun dari penelitian, praktik pengembangan beberapa teori berdasarkan penelitian penuaan, kesehatan dan memberikan asuhan keperawatan kepada lansia. Teori ini menjelaskan hubungan individu, kesehatan, keperawatan dan lingkungan bertujuan menggambarkan, menjelaskan dan memprediksi keperawatan pengembangan teori ini mengacu pada teori konsep kesejahteraan, kesehatan dan keperawatan holistik (Miller, 2009). *Functional Consequences Theory* terdiri dari teori tentang penuaan, lansia, dan keperawatan holistik. Konsep domain keperawatan adalah orang, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan dihubungkan bersama secara khusus dalam

kaitannya dengan lansia. Inti dasar dari teori ini adalah 1. Asuhan keperawatan holistik merupakan hubungan semangat pikiran tubuh lansia mencakup semua fungsi termasuk psikologis. 2. Faktor risiko merupakan penyebab masalah terbesar lansia dari perubahan terkait usia. 3. Gabungan perubahan terkait usia dan faktor risiko menimbulkan konsekuensi fungsional positif atau negatif pada lansia. 4. Konsekuensi fungsional negatif dilakukan tindakan mengurangi atau memodifikasi efek faktor risiko. 5. Meningkatkan kesejahteraan lansia melalui tindakan keperawatan terhadap konsekuensi fungsional negatif. 6. Tindakan keperawatan mengakibatkan konsekuensi fungsional positif lansia berfungsi optimal meskipun dipengaruhi perubahan terkait usia dan faktor risiko (Miller, 2012)

2.5.2 *Komponen Functional Consequences*

1. Risk factor

Faktor risiko adalah kondisi yang memungkinkan terjadi pada lansia yang memiliki efek merugikan signifikan terhadap kesehatan dan fungsi mereka. Faktor- faktor risiko umumnya muncul dari kondisi lingkungan, kondisi akut dan kronis, kondisi psikososial, atau efek pengobatan yang buruk. Meski banyak faktor risiko juga terjadi pada orang dewasa muda mereka lebih cenderung mengaloi dampak fungsional serius pada orang dewasa (Miller 2012). Faktor risiko memiliki konsekuensi fungsional pada lansia bersifat Kumulatif dan progresif misal efek jangka panjang merokok, kegemukan. Efek- efek diperburuk oleh perubahan terkait usia misal efek arteritis diperburuk oleh berkurangnya

kekuatan otot Efek berakibat terhadap perubahan terkait usia karena konsisi reversibel misalnya perubahan mental disebabkan oleh penuaan atau demensia.

2. Konsekuensi fungsional

Konsekuensi fungsional positif atau negatif adalah keadaan lansia yang merupakan efek tindakan, faktor risiko dan perubahan terkait usia yang mempengaruhi kualitas hidup lansia. Faktor risiko berasal dari hambatan lingkungan, kondisi patologis, pengobatan yang didapat, keterbatasan informasi, pandangan terhadap kondisi lansia, pengaruh fisiologis dan psikososial. Konsekuensi fungsional positif memfasilitasi kinerja fungsi sistem kualitas hidup, sedikit ketergantungan, kemampuan memaksimalkan kesehatan secara optimal dan memiliki penilaian yang baik. Konsekuensi fungsional negatif mengganggu kualitas hidup, fungsional, ketergantungan (Miller, 2012).

Konsekuensi fungsional negatif apabila lansia tidak dapat memaksimalkan faktor yang ada maupun terganggu dengan kondisinya sehingga berdampak ketergantungan kepada orang lain. Konsekuensi positif merupakan hasil tindakan atau intervensi. Lansia lanjut usia dapat memaksimalkan faktor yang ada untuk mencapai forma kehidupan secara maksimal dengan sedikit ketergantungan. Lansia lanjut usia dapat memaksimalkan faktor yang ada untuk mencapai forma kehidupan secara maksimal dengan sedikit ketergantungan.

3. *Age related changes*

Proses fisiologis yang meningkatkan kerentanan pada dampak negatif pada faktor risiko. Secara fisiologis terjadi perubahan degeneratif, mengalami kondisi terminal atau progresif. Perubahan pada psikologis dan spiritual terjadi potensi dan perkembangan pertumbuhan rohani (Miller 2012).

4. Individu

Individu ialah dalam pendekatan holistik menyatakan lansia sebagai individu kompleks berfungsi unik sejahtera dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal (perubahan terkait usia dan faktor risiko). Lansia ditandai karakteristik fisiologis dan psikososial terkait peningkatan kematangan sehingga memperlambat keseimbangan proses fisiologis, psikologis, sosial meningkatkan kerentanan kondisi patologis dan faktor risiko lainnya. Faktor risiko menyebabkan lansia tergantung terhadap orang lain terhadap kebutuhan sehari-hari, care giver dianggap sebagai fokus internal asuhan keperawatan (Miller. 2012).

5. Keperawatan

Keperawatan ialah asuhan keperawatan merupakan aplikasi simultan seni dan keterampilan berfokus meminimalkan efek negatif perubahan terkait usia dan faktor risiko serta meningkatkan hasil kesehatan, dan mendorong pertumbuhan serta perkembangan individu. Bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan dan tindakan keperawatan untuk meminimalkan konsekuensi fungsional negatif (Miller, 2012)

6. Kesehatan

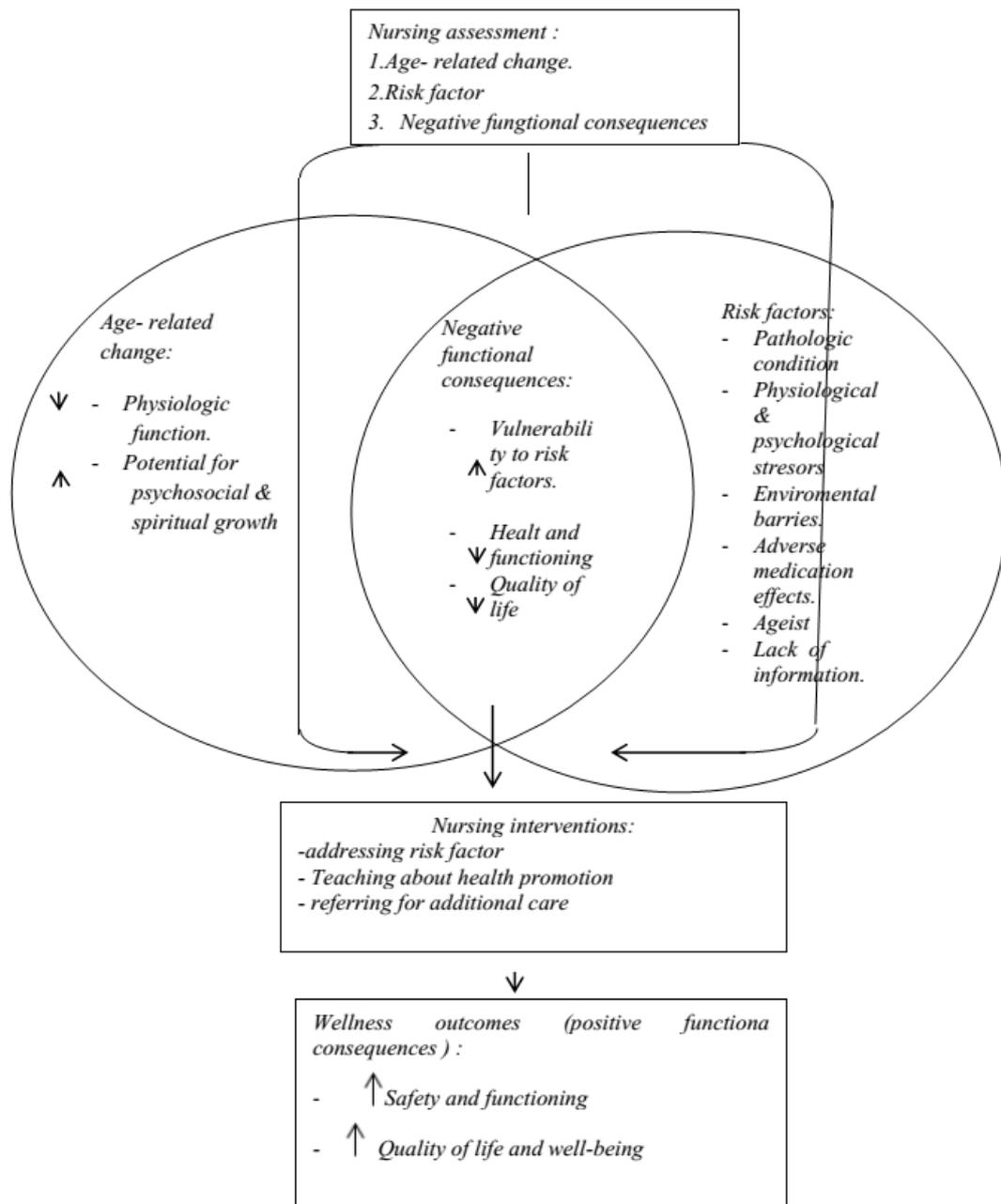
Kesehatan adalah kemampuan lansia berfungsi pada kapasitas maksimal. Kesehatan ditentukan secara individual berdasarkan kapasitas fungsional terpenting oleh individu misalnya tingkat fungsi diartikan sebagai kapasitas hubungan atau kemampuan melakukan kegiatan (Miller, 2012).

7. Lingkungan

Lingkungan adalah Model keperawatan konsekuensi fungsional menjelaskan lingkungan adalah konsep umum meliputi berbagai aspek manajemen keperawatan untuk lansia mengalami ketergantungan, care giver yang mempengaruhi kondisi lansia, serta faktor lingkungan primer yaitu hubungan interpersonal dengan orang lain yang dekat dengan lansia.

8. *Wellness*

Wellnes adalah kondisi sehat mental dan fisik pada lansia (Miller 2012). Indikatornya adalah kemandirian dalam pemenuhan sehari-hari dan tindakan keselamatan pada lansia. Kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas yang tetap dipertahankan pada lansia akan membentuk konsep diri positif. Faktor yang mempengaruhi kemandirian adalah faktor kesehatan dan faktor sosial (Hadywinoto, Setiabudhi 2007). Faktor kesehatan meliputi kondisi fisik sedangkan faktor sosial meliputi penyesuaian terhadap kondisi lansia.



Gambar 2.3 Model teori fungsional Miller (2012)

2.6 Keaslian penelitian

Tabel 2. 1 Keaslian penelitian

No	Judul	Metode Penelitian	Intervensi	Hasil
1	Empowerment and social inclusion of Muslim women: Towards a new conceptual model (Cherayi & Jose, 2016)	D : Cross Sectional S : 300 pasien V: Independen : - Dependen : pemberdayaan keluarga I : standardized scales and self-developed schedule A: Structural Equation Modelling (SEM)	Perlakuan : - Kontrol : -	Hasil penelitian menunjukkan pengambilan keputusan keluarga, otonomi personal, konsultasi domestik, dan pemberdayaan politik berpengaruh pada pemberdayaan keluarga
2	Increase in the functional capacity and quality of life among stroke patients by family caregiver empowerment program based on adaptation model (Kelana Kusuma Dharma, Dedi Damhudi, Nelly Yarden, 2018)	D : quasi eksperimen S : 80 pasien V: Independen : pemberdayaan keluarga Dependen : kualitas hidup dan kapasitas fungsional I : QQOL dan Funcional capacity scale	Perlakuan : diberikan latihan pemberdayaan keluarga selama 4 kali dengan datang kerumah Kontrol : -	Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol setelah 6 bulan dengan $p < 0.05$. terjadi peningkatan kualitas hidup dan fungsi kapasitas pada pasien.

No	Judul	Metode Penelitian	Intervensi	Hasil
		A: ANOVA dan general linear model repeated measure (GLM-RM)		
3	Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model (Fotoukian, Shahboulaghi, Khoshknab, & Mohammadi, 2014)	D : fenomenologi kualitatif S : 13 pasien V: Independen : pemberdayaan Dependen : penyakit kronis I : - A: Van mannen analyze	Perlakuan : - Kontrol : -	Ditemukan tema yaitu partisipasi aktif, perubahan informasi, pengetahuan pemecahan masalah, responsif, dan kontrol kesehatan
4	Factors Associated With Recovery of Independence Among Newly Disabled Older Persons (Hardy & Gill, 2015)	D : Cross Sectional S : 754 responden V: Independen : - Dependen : kemandirian lansia diasabilitas I : fungsi ADL A: Spearman rho		Faktor yang berhubungan adalah usia, aktivitas, lama menderita sakit, dan tingkat kecacatan
5	Care farms in the Netherlands: Attractive empowerment-	D : kualitatif fenomenologi	Perlakuan : -	Teama yang ditemukan pada penelitian ini adalah tipe

No	Judul	Metode Penelitian	Intervensi	Hasil
	oriented and strengths-based practices in the community (Hassink, Elings, Zweekhorst, Nieuwenhuizen, & Smit, 2018)	S : 23 partisipan V: Independen: - Dependen : - I : field note, pertanyaan semi struktural A: colaizzi analisis	Kontrol : -	pekerjaan, lapangan hijau, komunitas, non care context
6	Effect of Family-Based Empowerment Model on the Self-Efficacy of Hypertensive Elderly People (Hedayati & Tests, 2018)	D : clinical trial study S : 62 lansia V: Independen: pemberdayaan keluarga Dependen : self efficacy I : Empowerment Dimension Inventory, Self-efficacy Dimension A: Mann-Whitney, Chi-Square, T-Test, and ANOVA	Perlakuan : keluarga diberikan pendidikan cara merawat lansia selama 3 kali kemudian dilakukan pengukuran setelah 1 minggu dan 1.5 bulan Kontrol : -	Hasil penelitian tidak ada perbedaan self efficacy pada 1 minggu pertama akan tetapi terjadi perbedaan pada 1.5 bulan setelah perlakuan. Kelompok perlakuan menunjukkan self efficacy yang baik setelah 1.5 bulan
7	The effect of family-based intervention on empowerment of the elders (Rabiei, Mostafavi, Masoudi, & Hassanzadeh,	D : semi-experimental S : 64 responden V: Independen: intervensi	Perlakuan : keluarga diberikan intervensi selama 45 menit Kontrol : -	Hasil penelitian menemukan adanya peningkatan self esteem dan tidak ada perbedaan self efficacy antara

No	Judul	Metode Penelitian	Intervensi	Hasil
2013)		berfokus pada keluarga		sebelum dan sesudah perlakuan
		Dependen : pemberdayaan lansia		
		I : The questionnaire of Cooper Smith selfefficacy, self-esteem, and quality of life		
		A: Chi Square, paired and independent t-test		
8	Empowerment of family caregivers of adults and elderly persons: A concept analysis(Sakanashi & Rn, 2017)	D : concept analisis S : 30 paper V: Independen: pemberdayaan keluarga Dependen : lansia I : - A: -	Perlakuan : - Kontrol : -	Analisis ini mengungkapkan 6 atribut, 5 anteseden, dan 5 konsekuensi. Selain itu, hasil mengungkapkan aspek terstruktur dari pengasuh keluarga, penerima perawatan, dan orang lain di sekitar mereka, dan hubungan mereka
9	Relationship between perceived empowerment care and quality of	D : cross sectional S : 100 responden	Perlakuan : -	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara

No	Judul	Metode Penelitian	Intervensi	Hasil
	life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey (Tu, Wang, & Yeh, 2016)	<p>V:</p> <p>Independen: pemberdayaan keluarga</p> <p>Dependen : lansia</p> <p>I : demographic data, a physical function scale, an activity of daily living (ADL)</p> <p>scale, a patient empowerment scale, and a QOL</p> <p>A: ANOVA</p>	Kontrol : -	pemberdayaan keluarga dengan ADL , QOL, dan aktivitas fisik.
10	Family Empowerment in Increasing Self-Efficacy and Self-Care Activity of Family and Patients with Pulmonary Tb (Muhtar, 2016)	<p>D : quasi eksperimen</p> <p>S : 100 responden</p> <p>V:</p> <p>Independen: pemberdayaan keluarga</p> <p>Dependen : self efficacy dan self care activity</p> <p>I : self efficacy dan self care activity questionare</p> <p>A: Wilcoxon Signed Rankdan MannWhitney</p>	<p>Peneliti memberikan perlakuan berupa pemberdayaan keluarga, dengan melakukan penyuluhan, bimbingan/konseling dan demonstrasi terkait konsep penyakit TB, cara perawatan, cara pencegahan penularan, serta pengobatan TB Paru yang melibatkan penderita dan keluarga, selama ± 1</p>	<p>Hasil uji Wilcoxon Signed Rankdan MannWhitney menunjukkan nilai $p < 0,005$. Hal ini menunjukkan bahwa pemberdayaan keluarga berpengaruh terhadap self efficacy($p = 0,001$) dan self care activity($p = 0,001$) penderita Tb Paru; self efficacydan self care activity($p = 0,002$),</p>

No	Judul	Metode Penelitian	Intervensi	Hasil
			jam setiap pertemuan, 6 kali pertemuan dalam 6 minggu, sesuai kesepakatan dengan responden. Instrumen pendukung lain dalam penelitian ini berupa SAK, booklet, lembar balik, dan bahan demonstrasi perawatan mandiri TB Paru.	serta peran keluarga ($p = 0,001$). Sementara hasil uji Spearman Rho menunjukkan hubungan yang signifikan antara self efficacy dan self care activity