

**SKRIPSI**

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN RIWAYAT  
JATUH DI KECAMATAN BARANGKA  
KABUPATEN MUNA**



**Oleh**

**HARNIA**

**C121 12 621**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2014**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN RIWAYAT  
JATUH DI KECAMATAN BARANGKA  
KABUPATEN MUNA**

Oleh

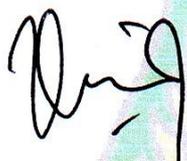
**HARNIA  
C 121 12 621**

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk dipertahankan di depan tim penguji

Dosen Pembimbing:

Pembimbing I,

Pembimbing II,



**(Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN)**



**(Andi Masyita Irwan, S.Kep.,Ns.,MAN)**

Mengetahui:

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan,



**Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep**

**NIP. 19500114 197207 2 001**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**SKRIPSI**

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN RIWAYAT  
JATUH DI KECAMATAN BARANGKA  
KABUPATEN MUNA**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Hari/Tanggal : Senin, 06 Januari 2014  
Pukul : 10.00 -12.00  
Tempat : Ruang Hyogo Lantai 4 PSIK Unhas

Oleh:

**HARNIA**  
**C121 12 621**

Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**

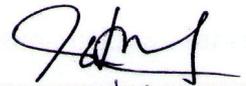
**Tim Penguji Akhir**

**Penguji I : Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**Penguji II : Inchi Kurniati K, S.Kep.,Ns**

**Penguji III : Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN**

**Penguji IV : Andi Masyita Irwan, S.Kep.,Ns.,MAN**



**Mengetahui:**

A.n. Dekan

Wakil Dekan Bidang Akademik  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin,



**Prof. Dr. Badu, Ph.D., SpM (K), M.MedED**  
NIP. 19661231 199503 1 009

Ketua Program Studi Keperawatan  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin,



**Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep**  
NIP. 19500114 197207 2 001

## **PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Harnia

NIM : C121 12 621

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, Januari 2014

Yang membuat pernyataan,

**( Harnia )**

## KATA PENGANTAR



Puji syukur yang tiada terkira penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Gambaran Kualitas Hidup Lansia Dengan Riwayat Jatuh Di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tak lepas dari petunjuk, bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tulus dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. dr. Irawan Yusuf, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Bapak Prof. dr. Budu, Ph.D.,SpM (K),M.MedED, selaku wakil Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Ibu Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Ibu Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN selaku pembimbing I dan Ibu Andi Masyita Irwan, S.Kep.,Ns.,MAN selaku pembimbing II yang telah memberikan petunjuk, bimbingan, arahan dan motivasi sehingga skripsi ini selesai tepat pada waktunya.

5. Bapak Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Ibu Inchi Kurniati K, S.Kep.,Ns selaku tim penguji skripsi yang telah bersedia memberikan kritik dan sarannya demi kesempurnaan penulisan skripsi ini.
6. Kepala Puskesmas Wuna dan Kepala Puskesmas Barangka beserta stafnya atas izin dan bantuannya dalam pelaksanaan penelitian diwilayah kerjanya.
7. Segenap dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah membantu penulis selama mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
8. Ketua Yayasan AKBID Paramatha Kabupaten Muna dan stafnya yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Rekan-rekan Ners B angkatan 2012 yang telah memberikan bantuan, semangat dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
10. Teristimewa kepada Ayahanda dan almh. Ibunda tercinta, saudara-saudaraku, serta seluruh keluarga atas segala doa dan bantuan baik moril maupun materil yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah memberikan dukungannya selama penelitian dan penulisan skripsi ini.

Semoga segala bantuan dan dukungan dari semua pihak yang telah membantu penulis, kiranya mendapat pahala yang setimpal dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu segala kritik dan saran yang konstruktif penulis harapkan untuk kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dibidang keperawatan dan kesehatan. Amin.

Makassar, Januari 2014

Penulis

## ABSTRAK

Harnia. C12112621. **GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN RIWAYAT JATUH DI KECAMATAN BARANGKA KABUPATEN MUNA**, dibimbing oleh Silvia Malasari dan Andi Masyita Irwan.

**Latar Belakang:** Jatuh merupakan salah satu masalah yang sering terjadi pada usia lanjut akibat perubahan fungsi organ, penyakit dan lingkungan. Kejadian jatuh dapat mengakibatkan komplikasi seperti cedera fisik, penurunan mobilitas bahkan kematian. Jatuh juga dapat menyebabkan tekanan psikologis seperti takut jatuh berulang, hilangnya kemampuan hidup mandiri, dan ketergantungan yang berdampak pada penurunan kualitas hidup. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode *survei deskriptif* dengan teknik *exhausted sampling*. Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 78 orang pada lansia yang memiliki riwayat jatuh dalam setahun terakhir. Data dianalisa secara univariat dengan perhitungan frekuensi.

**Hasil:** Penelitian ini diperoleh hasil bahwa lebih dari setengah responden (60,3%) mengalami jatuh satu kali dalam setahun. Lebih dari setengah responden (51,3%) mengalami cedera. Hampir setengah responden (43,6%) mengalami jatuh di jalan dan dikebun. Lebih dari setengah responden (71,8%) mempunyai kualitas hidup yang kurang baik. Hampir setengah responden (46,2%) yang mengalami jatuh satu kali memiliki kualitas hidup kurang baik, dan hampir setengah responden (37,2%) yang tidak mengalami cedera memiliki kualitas hidup kurang baik.

**Kesimpulan dan saran:** Gambaran kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna mempunyai kualitas hidup yang kurang. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu untuk meningkatkan kualitas hidup lansia yang memiliki riwayat jatuh, yang dapat dilakukan melalui rehabilitasi bagi yang cedera dan penyuluhan tentang pencegahan jatuh.

**Kata kunci** : Kualitas hidup, lansia, riwayat jatuh  
**Sumber literatur** : 37 Kepustakaan (1996 – 2013)

## ABSTRACT

**Harnia. C12112621. THE DESCRIPTION OF THE QUALITY OF LIFE ON THE ELDERLY WITH HISTORY OF FALLS IN THE BARANGKA COUNTY MUNA DISTRICT, guided by Silvia Malasari and Andi Masyita Irwan.**

**Background :** Fall is one of problems that often occur in the elderly due to changes in organs function , diseases and environment . Incidence of falls can lead to complications such as physical injury , immobility and even death. Fall can also lead to psychological distress such as fear of falling over, loss of the ability to live independently and dependency that impact on the quality of life . This study aims to determine the description of the quality of life on the elderly with a history of fall in the Barangka County, Muna Districts.

**Methods :** This study used a *descriptive survey* method with techniques of *exhausted sampling*. This study used a questionnaire instrument WHOQOL-BREF. The number of samples in this study were 78 elderly who have histories of falls in the past year. Data were analyzed using univariate frequency calculations.

**Results:** There were more than half of the respondents (60.3%) who experienced single fall last year. More than half of respondents (51.3%) suffered injuries. Nearly half of respondents (43.6%) experienced falls on the streets and gardens. More than half of respondents (71,8%) had poor quality of lifes. Almost half of respondents (46.2%) who experienced single fall have poor quality of life, and less than half of respondents (37.2%) who did not experience injuries have poor quality of life.

**Conclusions and suggestions :** The quality of life of elderly with history of falls in the Barangka County, Muna District have poor quality of lifes. Therefore, health professionals need to improve the quality of life of elderly who have history of falls, which can be done through post injury rehabilitation and counseling on the prevention of falls.

Keywords : Quality of life , elderly , history of fall.

Literature sources : 37 Bibliography (1996-2013)

## DAFTAR ISI

	<b>Hal</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR BAGAN .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
BAB I     PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
BAB II    TINJAUAN PUSTAKA .....	7
A. Tinjauan tentang Lanjut Usia .....	7
B. Tinjauan tentang Jatuh pada Lansia .....	19
C. Tinjauan tentang Kualitas Hidup .....	30

	D. Kualitas Hidup Lansia dengan Riwayat Jatuh .....	33
BAB III	KERANGKA KONSEP .....	38
BAB IV	METODE PENELITIAN .....	39
	A. Rancangan Penelitian .....	39
	B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	39
	C. Populasi dan Sampel .....	40
	D. Alur Penelitian .....	41
	E. Variabel Penelitian .....	42
	F. Instrumen Penelitian .....	43
	G. Pengolahan dan Analisa data .....	44
	H. Etika Penelitian .....	45
BAB V	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	46
	A. Hasil Penelitian .....	46
	B. Pembahasan .....	51
	C. Keterbatasan Penelitian .....	69
BAB VI	PENUTUP	70
	A. Kesimpulan .....	70
	B. Saran .....	70

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN-LAMPIRAN

## DAFTAR BAGAN

	<b>Hal</b>
Bagan 1 Kerangka Konsep .....	38
Bagan 2 Alur Penelitian .....	42

## DAFTAR TABEL

	<b>Hal</b>
Tabel 2.1 Domain dan Subdomain WHOQOL-BREF.....	31
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna .....	47
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Riwayat Jatuh di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.....	48
Tabel 5.3.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.....	48
Tabel 5.3.2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Domain kualitas Hidup Di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.....	49
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi responden Berdasarkan Frekuensi Jatuh Di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.....	50
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi Responden Berdasarkan kejadian Cedera.....	50

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar persetujuan menjadi Responden
- Lampiran 3 : Lembar kuesioner penelitian
- Lampiran 4 : Master tabel hasil penelitian
- Lampiran 5 : Hasil statistik dengan program SPSS 16,0
- Lampiran 6 : Surat izin penelitian dari PSIK Unhas
- Lampiran 7 : Surat izin penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Muna
- Lampiran 8 : Surat keterangan telah melaksanakan penelitian

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Darmojo, 2010). Seiring dengan proses menua tersebut, tubuh akan mengalami berbagai masalah kesehatan.

Menurut Nugroho (2008) proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Dalam memasuki usia tua, berarti mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat dan figur tubuh yang tidak proporsional. Proses penuaan organ tubuh tiap individu memiliki progresivitas yang tidak sama sehingga akan banyak masalah kesehatan yang timbul bagi lansia.

Populasi lansia di Indonesia semakin meningkat, data Internasional oleh U.S Census Bureau menunjukkan bahwa penduduk lansia di Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan. Pada tahun 2007, jumlah lansia berjumlah 18.96 juta jiwa sedangkan pada tahun 2009 meningkat menjadi

20.54 juta jiwa, merupakan jumlah penduduk lansia terbesar keempat di dunia dan diperkirakan pada tahun 2025 mendatang proporsi lansia di Indonesia mencapai sekitar 27 juta jiwa (Badan Pusat Statistik, 2010). Proyeksi penduduk oleh Biro Pusat Statistik menggambarkan bahwa 2010 jumlah lanjut usia sebesar 19,3 juta jiwa (9%) dari jumlah penduduk dan pada tahun 2020 jumlah lanjut usia diperkirakan sebesar  $\pm$  33 juta jiwa (12%) dari total penduduk (Maryam *et al.*, 2012). Berdasarkan sensus penduduk 2010 di Sulawesi Tenggara jumlah lanjut usia sebesar 130.218 jiwa dan di Kabupaten Muna lanjut usia berjumlah 19.681 jiwa (Badan Pusat Statistik Sulawesi Tenggara, 2010).

Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia ini merupakan konsekuensi dari peningkatan usia harapan hidup dan tentunya mempunyai dampak terhadap terjadinya masalah kesehatan. Masalah kesehatan ini akan mempengaruhi kualitas hidup lansia.

Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan merupakan penilaian subyek individu termasuk kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi persepsi individu terhadap status kesehatannya (Stanley dan Beare, 2006). Kualitas hidup terkait dengan masalah kesehatan dapat dinilai dengan standar *World Health Organization Quality of Life (WHOQOOL) BREF* meliputi empat aspek yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (Yao *et al.*, 2002). Salah satu masalah pada lanjut usia yang berdampak pada kualitas hidupnya adalah jatuh.

Jatuh merupakan salah satu masalah yang sering terjadi pada usia lanjut akibat perubahan fungsi organ, penyakit dan lingkungan. Survei yang dilakukan di Missouri 2006-2010, kurang lebih 17-18% usia lanjut dilaporkan jatuh dalam 3 bulan terakhir dan meningkat 45% pada usia diatas 80 tahun. Akibat yang ditimbulkan dari ringan sampai berat seperti cedera kepala, cedera jaringan lunak sampai patah tulang. Sebagian besar jatuh tidak mengakibatkan cedera serius tetapi dapat menyebabkan tekanan psikologis seperti takut jatuh, yang merupakan faktor resiko yang penting pada hilangnya mobilitas dan cacat, meningkatkan ketergantungan dan gangguan kualitas hidup (*Missouri Department of Health and Seniors Services, 2012*).

Survei Riset Kesehatan Dasar (2007) menunjukkan jumlah cedera akibat jatuh pada lansia 60 tahun ke atas di Indonesia (33 propinsi) selama kurun waktu 12 bulan sebanyak 3.748 orang dengan proporsi (70,2%) dari jumlah data cedera pada lanjut usia dan proporsi untuk Sulawesi Tenggara 66,6%. Cedera akibat jatuh lebih banyak terjadi pada usia 80 tahun ke atas yaitu sebesar 85,5% (Riyadina, 2009).

Lansia dengan riwayat jatuh memiliki total *Activities-Specific Balance Confidence* (ABC) scale yang rendah (Ariawan *et al.*, 2011). Dalam sebuah penelitian didapatkan 79% dari pasien yang mengalami pusing, 54% memiliki sinkope dan 50 % memiliki riwayat jatuh sebelumnya menunjukkan ketakutan terhadap jatuh dan 44% dari yang takut jatuh telah membatasi kegiatan mereka dan 10% berhenti melakukan kegiatan sehari-hari (Jara *et al.*, 2009). Hal ini mempengaruhi tingkat kemandirian dan kualitas hidup lansia.

Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari puskesmas Wuna Kecamatan Barangka, jumlah lansia yang berdomisili di Kecamatan Barangka sebanyak 341 orang dan jumlah kunjungan lansia berobat puskesmas dalam 3 bulan terakhir adalah 328 orang dengan penyakit terbanyak yaitu penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat 90 orang, hipertensi 60 orang, bronchitis 37 orang, asma 37 orang dan ISPA 25 orang. Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat merupakan faktor yang berperan besar terhadap terjadinya jatuh.

Laporan kunjungan lansia setahun terakhir karena jatuh di Puskesmas Wuna Kecamatan Barangka sebanyak 17 orang, laporan ini belum mencakup secara keseluruhan kejadian jatuh lansia di komunitas karena yang dilaporkan hanya yang mengalami cedera serius, sedangkan jatuh yang tidak mengalami cedera biasanya tidak dilaporkan. Namun, menurut Stanley & Beare (2006) bahwa selain menyebabkan cedera fisik, jatuh juga menyebabkan tekanan psikologis seperti takut jatuh berulang, hilangnya kemandirian, pembatasan aktifitas dan penarikan diri dari lingkungan sosial. Satu kejadian jatuh akan mempengaruhi seluruh susunan kekuatan baik dari segi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan yang akan mempengaruhi kualitas kehidupan lansia. Penelitian yang dilakukan Boyd dan Stevens (2009) bahwa 3,5 juta atau 9,6%, dari lanjut usia dilaporkan jatuh setidaknya sekali dalam 3 bulan terakhir, 36,2% sangat takut jatuh. Jatuh dan takut jatuh mengakibatkan menurunnya kualitas hidup, keterbatasan fungsional, aktifitas terbatas dan penurunan interaksi sosial.

Oleh karena di Kabupaten Muna belum pernah dilakukan penelitian tentang kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh, sehingga peneliti tertarik untuk meneliti : Gambaran Kualitas Hidup Lansia dengan Riwayat Jatuh di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.

## **B. Rumusan Masalah**

Dari banyaknya masalah yang dialami oleh lanjut usia, salah satunya adalah jatuh yang disebabkan oleh penurunan kesehatan fisik, mental dan faktor lingkungan. Kejadian jatuh ini akan mengakibatkan komplikasi dari ringan sampai berat seperti fraktur, cedera jaringan lunak, penurunan mobilitas bahkan kematian. Sebagian besar, jatuh tidak menimbulkan cedera serius tetapi menyebabkan tekanan psikologis seperti takut jatuh berulang, hilangnya kemampuan untuk hidup mandiri, ketergantungan yang berdampak pada penurunan kualitas hidup.

Berdasarkan uraian masalah diatas, maka peneliti sangat tertarik untuk mengetahui “Bagaimanakah gambaran kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Diketuinya gambaran kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.

2. Tujuan khusus

- a. Diidentifikasinya riwayat jatuh pada lansia di wilayah Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.
- b. Diketuahuinya gambaran kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh di wilayah Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.
- c. Diketuahuinya kualitas hidup lansia berdasarkan frekuensi jatuh di wilayah Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.
- d. Diketuahuinya kualitas hidup lansia berdasarkan kejadian cedera akibat jatuh di wilayah Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.

**D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi puskesmas

Sebagai pedoman bagi puskesmas untuk program lansia dalam meningkatkan kualitas hidup melalui penyuluhan tentang pencegahan jatuh pada lansia.

2. Bagi Ilmu keperawatan

Sebagai bahan informasi yang dapat dipergunakan untuk memperkaya khasanah ilmu pengetahuan pada bagian gerontologi program studi ilmu keperawatan.

3. Bagi peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian dan memberikan gambaran tentang kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. TINJAUAN TENTANG LANJUT USIA**

##### **1. Defenisi Lanjut Usia**

Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada bab I pasal 1 ayat 2, yang dimaksud dengan lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas. Lanjut usia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi 4 bagian, pertama fase iufentus antara 25 dan 40 tahun, kedua fase verilitas antara 40 dan 50 tahun, ketiga fase prasenium antara 55 dan 65 tahun keatas dan keempat fase senium antara 65 hingga tutup usia (Masdani, dikutip dalam Azizah, 2011).

Stanley dan Beare (2006) mendefenisikan lansia berdasarkan karakteristik sosial masyarakat yang menganggap bahwa orang telah tua jika menunjukkan ciri fisik seperti rambut beruban, kerutan kulit, dan hilangnya gigi. Sedangkan Budi Anna Keliat (1999) dikutip dalam Maryam *et al.* (2012) mendefinisikan usia lanjut sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Usia lanjut merupakan usia emas dimana tidak semua orang dapat mencapai usia tersebut.

## 2. Batasan Lanjut Usia

Pembagian lanjut usia yaitu:

- a. WHO (1999) lanjut usia berdasarkan usia kronologis/biologis menjadi 4 kelompok yaitu:
  - 1) Usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun.
  - 2) Lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60 dan 74 tahun.
  - 3) Lanjut usia tua (*old*) antara 75 sampai 90 tahun
  - 4) Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.
- b. Menurut Koesmanto Setyonegoro, lanjut usia dikelompokan menjadi:
  - 1) Usia dewasa muda (*elderly adulthood*): 18 atau 29-25 tahun.
  - 2) Usia dewasa penuh (*very old*) atau maturitas: 25-60 tahun atau 65 tahun.
  - 3) Lanjut usia (*geriatric age*) lebih dari 65 tahun atau 70 tahun, yang dibagi lagi dengan:
    - 70-75 tahun (*young old*)
    - 75-80 tahun (*old*)
    - Lebih dari 80 tahun (*very old*)

## 3. Teori Proses Menua

Ada berbagai teori yang menjelaskan tentang proses penuaan, secara umum dapat dibedakan menjadi dua yaitu teori penuaan secara biologi dan teori penuaan psikososial.

a. Teori Biologi

1) Teori seluler

Kemampuan sel hanya dapat membelah dalam jumlah tertentu dan kebanyakan sel-sel tubuh diprogram untuk membelah 50 kali. Jika sebuah sel pada lanjut usia dilepas dari tubuh dan dibiakkan di laboratorium, lalu diobservasi, jumlah sel-sel yang membelah akan terlihat sedikit (Spence dan Masson, 1992) dikutip dalam Azizah (2011). Hal ini akan memberikan beberapa pengertian terhadap proses penuaan biologis dan menunjukkan bahwa pembelahan sel lebih lanjut mungkin terjadi untuk pertumbuhan dan perbaikan jaringan, sesuai berkurangnya umur. Pada beberapa sistem seperti sistem saraf, sistem muskuloskeletal dan jantung, sel pada jaringan dan organ dalam sistem itu tidak dapat diganti jika sel tersebut dibuang karena rusak atau mati. Oleh karena itu, sistem tersebut beresiko mengalami proses penuaan dan mempunyai kemampuan yang sedikit atau tidak sama sekali untuk tumbuh dan memperbaiki diri.

2) Teori “*genetik clock*”

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Tiap spesies mempunyai didalam nuclei (inti selnya) suatu jam genetik yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak berputar, jadi menurut konsep

ini bila jam kita berhenti kita akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir yang katastrofal (Nugroho, 2008; Darmojo, 2010).

### 3) Teori *Cross-Link* (Teori rantai silang)/Teori Sintesis Protein

Jaringan seperti kulit dan kartilago kehilangan elastisitasnya pada lanjut usia. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tersebut. Pada lanjut usia beberapa protein (kolagen dan kartilago, dan elastin pada kulit) dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur yang berbeda dari protein yang lebih muda (Tortora dan Anagnostakos, 1990) dikutip dalam Azizah (2011 ). Molekul dan elastin, komponen jaringan ikat, membentuk senyawa yang lama meningkatkan rigiditas sel, *Cross linkage* diperkirakan akibat reaksi kimia yang menimbulkan senyawa antara molekul-molekul yang normalnya terpisah. Saat serat kolagen yang awalnya dideposit dalam jaringan otot polos, molekul ini menjadi renggang berikatan dan jaringan menjadi fleksibel. Seiring berjalan berjalannya waktu bagaimanapun, sisi aktif pada molekul kolagen yang berdekatan mengakibatkan molekul lebih berikatan erat sehingga jaringan menjadi lebih kaku (Potter & Perry, 2005).

#### 4) Teori *Wear and Tear* (Teori dipakai-aus)

Teori menyatakan bahwa sel-sel aus dari waktu ke waktu karena penggunaan yang terus menerus. Teori ini pertama kali diusulkan oleh Weismen pada tahun 1998, bahwa kematian dipandang sebagai hasil jaringan menjadi usang karena tidak bisa memperbaharui diri selamanya. Pada dasarnya teori ini mencerminkan keyakinan bahwa organ dan jaringan memiliki jumlah energi terprogram yang tersedia dan akhirnya aus ketika dialokasikan dikeluarkan. Akhirnya hal ini menyebabkan kematian seluruh organisme (Lueckenotte, 2000).

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel tubuh lelah terpakai/regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal (Nugroho, 2008).

#### 5) Teori Penurunan Sistem Imun (Teori Immunologis)

Kemampuan sistem imun mengalami kemunduran pada masa penuaan. Walaupun demikian kemunduran kemampuan sistem yang terdiri dari sistem limfatik dan khususnya sel darah putih, juga merupakan faktor yang berkontribusi dalam proses penuaan. Mutasi yang berulang atau perubahan protein pasca translasi, dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (*self recognition*) (Goldstein, 1989 dalam Darmojo, 2010; Azizah, 2011).

Mekanisme seluler tidak teratur diperkirakan menyebabkan serangan pada jaringan tubuh melalui autoagresi atau immunodefisiensi. Tubuh kehilangan kemampuan untuk membedakan proteinnya sendiri dengan protein asing; sistem imun menyerang dan menghancurkan jaringannya sendiri pada kecepatan yang meningkat secara bertahap (Potter & Perry, 2005)

6. Mutasi somatik (*teori error catastrophe*)

Radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur, sebaliknya menghindari terkenanya radiasi atau tercemar zat kimia yang bersifat karsinogenik atau toksis dapat memperpanjang umur. Terjadinya mutasi yang progresif pada DNA sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut. Menurut Hipotesis "*Error Catastrophe*" menua disebabkan oleh kesalahan-kesalahan yang beruntun sepanjang kehidupan. Setelah berlangsung dalam waktu yang cukup lama, terjadi kesalahan dalam proses transkripsi (DNA  $\longrightarrow$  RNA) maupun dalam proses translasi (RNA  $\longrightarrow$  protein/enzim). Kesalahan tersebut akan menyebabkan terbentuknya enzim yang salah, sebagai reaksi dan kesalahan-kesalahan lain yang berkembang secara eksponensial dan akan menyebabkan terjadinya reaksi metabolisme yang salah, sehingga mengurangi fungsional sel (Suhana, 1994; Cosnstantinides, 1994) dikutip dalam Darmojo (2010).

#### 7. Kerusakan akibat radikal bebas

Proses metabolisme oksigen diperkirakan menjadi sumber radikal bebas terbesar (Hayflick, 1987), secara spesifik, oksidasi lemak, dan karbohidrat dalam tubuh menyebabkan formasi radikal bebas. Teori ini menyatakan bahwa penuaan disebabkan oleh akumulasi kerusakan irreversibel akibat senyawa pengoksidasi ini (Potter & Perry, 2005).

#### 8. Teori menua akibat metabolisme

McKay *et al.* (1935) dikutip dalam Darmojo (2010) memperlihatkan pengurangan “intake” kalori pada rodentia muda akan menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur. Perpanjangan umur karena jumlah kalori tersebut antara lain disebabkan karena menurunnya salah satu atau beberapa proses metabolisme. Terjadi penurunan pengeluaran hormon yang merangsang proliferasi sel misalnya insulin dan hormon pertumbuhan. Pentingnya metabolisme sebagai faktor umur panjang juga dikemukakan oleh Ballin dan Allen (1989). Menurut mereka ada hubungan antara tingkat metabolisme dengan panjang umur.

## 2. Teori Psikososial

### 1) Teori Interaksi sosial

Menurut Nugroho (2008), teori ini mencoba menjelaskan mengapa lanjut usia bertindak pada situasi tertentu, yaitu atas dasar hal-hal yang dihargai masyarakat. Kemampuan lanjut usia untuk terus menjalin interaksi sosial merupakan kunci mempertahankan status sosialnya berdasarkan kemampuannya bersosialisasi.

### 2) Aktivitas atau kegiatan (*activity theory*)

Seseorang yang dimasa mudanya aktif dan terus memelihara keaktifannya setelah menua. *Sense of integrity* yang dibangun dimasa mudanya tetap terpelihara sampai tua. Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lanjut usia (Nugroho, 2008). Orang tua yang aktif secara sosial lebih cenderung menyesuaikan diri terhadap penuaan dengan baik. Penelitian menunjukkan bahwa lansia dengan keterlibatan sosial yang lebih besar memiliki semangat dan kepuasan hidup yang tinggi, penyesuaian serta kesehatan mental yang lebih positif daripada lansia yang kurang terlibat secara sosial (Potter & Perry, 2005).

### 3) Kepribadian berlanjut (*continuity theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personalitas yang dimilikinya (Azizah, 2011). Kepribadian dan pola perilaku yang berkembang sepanjang kehidupan menentukan derajat keterikatan dan aktivitas pada masa lansia. Kepribadian merupakan faktor kritis dalam menentukan hubungan antara aktivitas peran sebagai teori yang menjanjikan karena teori ini merupakan kompleksitas proses penuaan dan kemampuan adaptif seseorang (Potter & Perry, 2005).

### 4) Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya (Nugroho, 2008). Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara pelan tetapi pasti mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya.

## 4. Perubahan-perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia

Menurut Maryam *et al.* (2012) perubahan yang terjadi pada lanjut usia meliputi perubahan fisik, sosial, dan psikologis.

### a. Perubahan Fisik

- 1) Sel: Jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh menurun, dan cairan intraseluler menurun.

- 2) Kardiovaskuler: Katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.
- 3) Respirasi: Otot-otot pernapasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun, serta penyempitan pada bronkus.
- 4) Persarafan: Saraf pancaindra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespons dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress. Berkurang atau hilangnya lapisan mielin akson, sehingga menyebabkan berkurangnya respons motorik dan refleks.
- 5) Muskuloskeletal: Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis), kifosis, persendian membesar dan menjadi kaku, kram, atropi, tendon mengerut, dan mengalami sklerosis.
- 6) Gastrointestinal: Esofagus melebar, asam lambung menurun, lapar menurun, dan peristaltik menurun sehingga daya absorpsinya juga ikut menurun. Ukuran lambung mengecil serta fungsi organ aksesori menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormone dan enzim pencernaan.

- 7) Genitourinaria: Ginjal mengecil, aliran darah ke ginjal menurun, penyaringan di glomerulus menurun, dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengonsentrasi urine ikut menurun, vesika urinaria otot-ototnya melemah, prostat hipertropi pada 75 persen lanjut usia, retensi urine, vagina selaput lendirnya mengering dan sekresi menurun.
  - 8) Pendengaran: Membran timpani atropi sehingga terjadi gangguan pendengaran. Tulang-tulang pendengaran mengalami kekakuan.
  - 9) Penglihatan: Respon terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun, dan katarak.
  - 10) Endokrin: Produksi hormon menurun.
  - 11) Kulit: Keriput serta kulit kepala dan rambut menipis, rambut dalam hidung dan telinga menebal, elastisitas menurun, vaskularisasi menurun, rambut memutih, kelenjar keringat menurun, kuku keras dan rapuh.
  - 12) Belajar dan memori : kemampuan belajar masih ada tetapi relatif menurun. Memori menurun karena proses encoding menurun.
- b. Perubahan sosial
- 1) Peran: *Post power syndrome*, *single woman*, dan *single parent*.
  - 2) Keluarga: kesendirian, kehampaan.

- 3) Teman: Ketika lanjut usia lainnya meninggal, maka muncul perasaan kapan akan meninggal
  - 4) *Abuse*: Kekerasan berbentuk verbal (dibentak) dan nonverbal (dicubit, tidak diberi makan).
  - 5) Masalah hukum: Berkaitan dengan perlindungan aset dan kekayaan pribadi yang dikumpulkan sejak masih muda.
  - 6) Pensiun: Kalau menjadi PNS akan ada tabungan, kalau tidak anak dan cucu yang akan memberi uang.
  - 7) Ekonomi: Kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang cocok bagi lanjut usia dan *income security*.
  - 8) Rekreasi: Untuk ketenangan batin.
  - 9) Transportasi: Kebutuhan akan sistem transportasi yang cocok bagi lanjut usia.
  - 10) Politik: Kesempatan yang sama untuk terlibat dan memberikan masukan dalam sistem politik yang berlaku.
  - 11) Pendidikan: Berkaitan dengan pengentasan buta aksara dan kesempatan untuk tetap belajar sesuai dengan hak asasi manusia.
  - 12) Agama: Melaksanakan ibadah.
- c. Perubahan psikologis

Meliputi *short term memory*, frustrasi, kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi, dan kecemasan.

## **B. TINJAUAN TENTANG JATUH PADA LANSIA**

Jatuh merupakan salah satu masalah yang terjadi pada usia lanjut akibat perubahan fungsi organ, penyakit dan lingkungan. Jatuh merupakan masalah kesehatan utama pada lansia yang menyebabkan cedera, hambatan mobilitas dan kematian. Sekitar 30 – 50 % dari populasi lanjut usia yang berusia 65 tahun keatas mengalami jatuh setiap tahunnya (Nugroho, 2008). Hal ini juga dibuktikan dengan survei yang dilakukan di Missouri 2006 - 2010, kurang lebih 17-18% usia lanjut jatuh dalam 3 bulan terakhir dan meningkat 45% pada usia diatas 80 tahun. Akibat yang ditimbulkan dari ringan sampai berat seperti cedera kepala, cedera jaringan lunak sampai patah tulang (*Missouri Department of Health and Seniors Services, 2012*).

Jatuh merupakan penyebab utama kematian akibat cedera, serta menduduki urutan keenam penyebab kematian pada lansia (Runge, 1993; Sattin,1999) dikutip dalam Maas *et al.* (2011). Selain cedera fisik yang berkaitan dengan jatuh, individu mengalami dampak psikologis, seperti takut terjatuh kembali, kehilangan kepercayaan diri, peningkatan kebergantungan dan isolasi sosial (Maas *et al.*,2011).

### **1. Definisi Jatuh**

Jatuh adalah suatu kejadian yang menyebabkan subyek yang sadar menjadi berada di permukaan tanah tanpa disengaja dan tidak termasuk jatuh akibat pukulan kekerasan, kehilangan kesadaran atau awitan paralisis secara mendadak (Stanley & Beare, 2006).

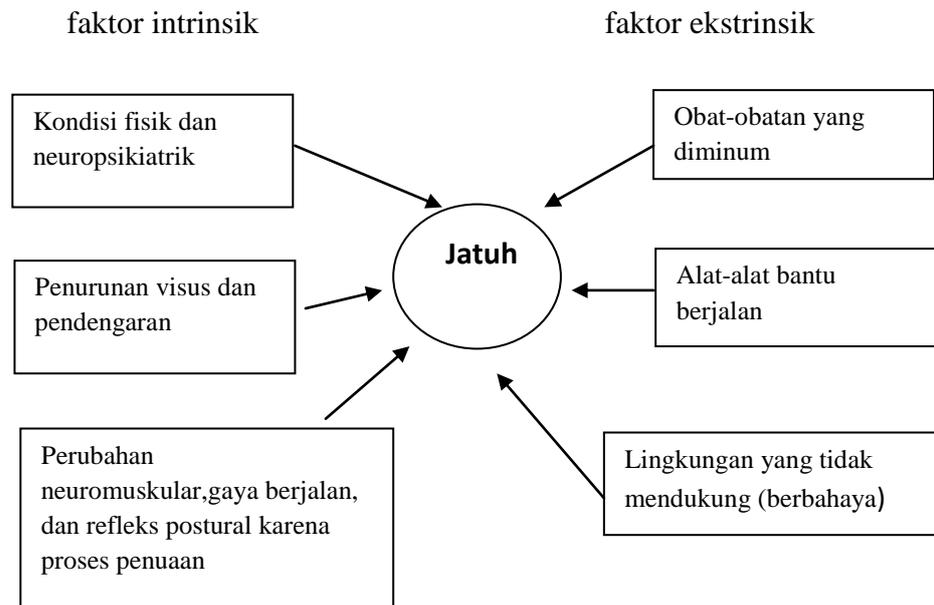
Jatuh merupakan suatu kejadian yang dilaporkan oleh penderita atau saksi mata, yang melihat kejadian mengakibatkan seseorang mendadak terbaring/terduduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Reuben, 1996) dikutip dalam Nugroho (2008). Sedangkan King (2004) dalam Darmojo (2010) mendefinisikan jatuh sebagai kejadian yang tidak disadari oleh seseorang yang terduduk di lantai/tanah atau tempat yang lebih rendah tanpa disebabkan oleh hilangnya kesadaran, stroke, atau kekuatan yang berlebihan.

Dari berbagai definisi diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa jatuh adalah suatu kejadian yang tidak disadari oleh seseorang yang terduduk dilantai/tanah atau tempat yang lebih rendah tanpa disebabkan oleh hilangnya kesadaran, stroke atau kekuatan yang berlebihan baik yang dilaporkan oleh penderita maupun saksi mata yang melihat kejadian.

## **2. Faktor Resiko jatuh**

Menurut Kane (1994) yang dikutip dalam Darmojo (2010), faktor resiko jatuh dibagi dalam dua golongan besar yaitu:

- a. Faktor-faktor intrinsik (faktor dari dalam).
- b. Faktor-faktor ekstrinsik (faktor dari luar).



Gambar 1. Faktor-faktor resiko jatuh meliputi faktor-faktor intrinsik dan faktor-faktor ekstrinsik

### 3. Penyebab jatuh

Kejadian jatuh pada lansia biasanya disebabkan oleh gabungan beberapa faktor antara lain: (Nugroho, 2008; Darmojo (2010)).

#### a. Kecelakaan

Merupakan penyebab jatuh yang utama (30-50% kasus jatuh lansia)

- Murni kecelakaan misalnya terpeleset, tersandung.
- Gabungan antara lingkungan yang jelek dengan kelainan-kelainan akibat proses menua misalnya karena mata kurang awas, benda-benda yang ada di rumah tertabrak, lalu jatuh.

#### b. Nyeri kepala dan atau vertigo

- Hipotensi orthostatic : hipovolemia atau curah jantung rendah, disfungsi otonom, penurunan kembalinya darah vena ke jantung,

terlalu lama berbaring, pengaruh obat-obat hipotensi, hipotensi sesudah makan.

- d. Obat-obatan seperti diuretik/antihipertensi, antidepresan trisiklik, sedatifa, antipsikotik, obat-obat hipoglikemik, alkohol.
- e. Proses penyakit yang spesifik
  - Kardiovaskuler: aritmia, stenosis aorta, sinkope sinus karotis.
  - Neurologi: Stroke, serangan kejang, parkinson, kompresi saraf spinal karena spondilosis, Penyakit serebelum.
- f. Sinkope yaitu kehilangan kesadaran secara tiba-tiba: drop attack (serangan roboh) , penurunan darah ke otak secara tiba-tiba, terbakar matahari.

#### **4. Komplikasi jatuh**

- a. Perlukaan (*injury*)

Perlukaan (*injury*) mengakibatkan rusaknya jaringan lunak yang terasa sangat sakit berupa robek atau tertariknya jaringan otot, robeknya arteri atau vena, Patah tulang (fraktur) misalnya fraktur pelvis, femur, humerus, lengan bawah, tungkai bawah (Darmojo, 2010).

- b. Disabilitas

Disabilitas yang diakibatkan penurunan mobilitas yang berhubungan dengan perlukaan fisik dan penurunan mobilitas akibat jatuh, kehilangan kepercayaan, dan pembatasan gerak (Darmojo, 2010). Penelitian Manty *et al.* (2010) melaporkan bahwa lansia yang

memiliki riwayat jatuh setahun sebelumnya memiliki keterbatasan mobilitas praklinis empat kali lipat dan keterbatasan mobilitas nyata hampir lima belas kali lipat.

c. Dampak psikologis

Sebagian besar jatuh tidak menimbulkan cedera tetapi menyebabkan tekanan psikologis seperti takut jatuh yang menyebabkan keterbatasan fungsional, penurunan interaksi sosial, depresi dan penurunan kualitas hidup (Boyd dan Stevens, 2009).

d. Penurunan kualitas hidup.

Konsekuensi lain dari jatuh yaitu hilangnya kemandirian dan pengendalian, merasa kehilangan, merasa rapuh, perhatian tentang kematian dan takut menjadi beban keluarga dan teman-teman, yang akan mempengaruhi kualitas kehidupan lansia (Stanley dan Beare, 2006).

e. Meninggal

Kematian merupakan resiko yang paling fatal yang terjadi di tempat kejadian maupun setelah mendapatkan perawatan di rumah sakit. Kematian umumnya disebabkan oleh komplikasi akibat patah tulang berupa perdarahan, trombosis vena dalam, emboli paru, infeksi pneumonia dan infeksi saluran kemih akibat tirah baring lama (Ariawan *et al.* 2010).

## 5. Pengkajian jatuh

Assesment terhadap kejadian jatuh yaitu: (Kane, 1994; fischer, 1982) dikutip dalam Darmojo (2010).

### a. Riwayat jatuh

Anamnesis dilakukan terhadap penderita ataupun saksi mata jatuh atau keluarganya. Anamnesis meliputi:

- 1) Seputar jatuh: mencari penyebab jatuh misalnya terpeleset, tersandung, berjalan, perubahan posisi badan, waktu mau berdiri dari jongkok, sedang makan, sedang buang air kecil atau besar, sedang batuk atau bersin, sedang menoleh tiba-tiba atau aktifitas lain.
- 2) Gejala yang menyertai: nyeri dada, berdebar-debar, nyeri kepala tiba-tiba, vertigo, pingsan, lemas, konfusio, inkontinensia, sesak napas.
- 3) Kondisi kormobid yang relevan: pernah stroke, parkinsonism, osteoporosis, sering kejang, penyakit jantung, rematik, depresi, defisit sensorik.
- 4) Review obat-obatan yang diminum: antihipertensi, diuretik, autonomik bloker, antidepresan, hipnotik, anxiolitik, analgetik, psikotropik.
- 5) Review keadaan lingkungan: tempat jatuh, rumah maupun tempat-tempat kegiatannya.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Tanda vital : nadi, tekanan darah, respirasi, suhu badan.
- 2) Kepala dan leher : penurunan visus, penurunan pendengaran, nistagmus, gerakan yang menginduksi ketidakseimbangan
- 3) Jantung: aritmia, kelainan katup
- 4) Neurologi : perubahan status mental, defisit fokal, neuropati perifer, kelemahan otot, instabilitas, kekakuan dan tremor.
- 5) Muskuloskeletal : perubahan sendi, pembatasan gerak sendi, problem kaki dan deformitas.

c. Assesment fungsional

Untuk mengkaji status fungsional dilakukan observasi terhadap :

- 1) Fungsi gait dan keseimbangan : observasi pasien ketika bangkit dari duduk dari kursi, ketika berjalan, ketika membelok atau berputar badan, ketika mau duduk dibawah.
- 2) Mobilitas : dapat berjalan sendiri tanpa bantuan, menggunakan alat bantu, memakai kursi roda atau dibantu.
- 3) Aktivitas kehidupan sehari-hari : mandi, berpakaian, bepergian, kontinens.

**6. Pencegahan Jatuh**

Jatuh bukan merupakan konsekuensi dari lanjut usia, namun faktor resiko untuk jatuh meningkat seiring dengan bertambahnya usia karena itu dapat dilakukan pencegahan. Pada lanjut usia harus dilakukan

skrening jatuh pada setiap tahun. Ada beberapa upaya dalam pencegahan jatuh ada lansia yaitu:

a. Pencegahan primer

Pencegahan primer dilakukan untuk meminimalkan resiko jatuh diantara lansia dengan melakukan pengkajian terhadap faktor resiko berupa pengkajian fisik dan psikososial, peninjauan ulang penggunaan obat-obatan dan pengkajian terhadap lingkungan (Stanley dan Beare, 2006). Modifikasi lingkungan yang dapat menurunkan resiko jatuh seperti penerangan tidak menyilaukan, lantai rumah datar dan tidak licin, bersih dari benda-benda kecil yang susah dilihat. Peralatan rumah aman dan tidak mengganggu jalan/aktifitas lansia. Kamar mandi tidak licin, diberi pegangan pada dindingnya, pintu yang mudah dibuka dan sebaiknya menggunakan Wc duduk. Penggunaan obat-obatan ditinjau terhadap dosis, jumlah obat, dan efek samping yang dapat menyebabkan hipotensi orthostatik, pusing dan perubahan status mental. Penggunaan alat bantu berjalan berupa tongkat, kruk atau walker menggunakan bahan yang kuat tetapi ringan, aman tidak mudah bergeser serta sesuai dengan ukuran tinggi badan lansia.

Penilaian gaya berjalan dan fungsi keseimbangan, apakah kakinya menapak dengan baik, tidak mudah goyah, apakah penderita mengangkat kaki dengan benar pada saat berjalan, apakah kekuatan

otot ekstremitas bawah penderita cukup untuk berjalan tanpa bantuan.

Mengatasi faktor situasional berupa perbaikan lingkungan, aktifitas fisik dapat dibatasi sesuai dengan kondisi kesehatan penderita, lansia sehat dan tidak ada batasan aktifitas fisik maka dianjurkan tidak melakukan aktifitas fisik yang sangat melelahkan atau beresiko tinggi untuk terjadinya jatuh (Stanley & Beare, 2006; Darmojo, 2010).

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan untuk mencegah lansia mengalami jatuh berulang dan mencegah cedera serius akibat jatuh (Stanley & Beare, 2006). Pada pasien lansia yang baru pertama kali jatuh harus dilakukan penilaian gaya berjalan dan keseimbangan. Pada lansia yang jatuh berulang dilakukan pengkajian tentang obat-obatan yang digunakan, fungsi penglihatan, pemeriksaan gaya berjalan dan keseimbangan, fungsi ekstremitas bawah, fungsi neurologis dan kardiovaskuler (Darmojo, 2010).

c. Pencegahan tersier.

Pencegahan tersier dilakukan dalam mengembalikan lansia pada tingkat berfungsi yang optimal setelah jatuh. Pencegahan ini ditujukan pada lansia yang mengalami cedera serius, gangguan psikologis karena merasa takut jatuh atau yang mengalami jatuh yang berulang-ulang. Mempertahankan pembatasan sampai batas

minimum dan mencari cara untuk memungkinkan kemandirian dapat mempertahankan perasaan sejahtera dari lansia (Stanley & Beare, 2006).

## **7. Penanganan Jatuh**

Tujuan dari penanganan jatuh adalah untuk mencegah jatuh berulang dan menerapi komplikasi yang terjadi, mengembalikan fungsi aktifitas sehari-hari dan mengembalikan kepercayaan diri penderita. *The Panel on fall prevention* merekomendasikan penanganan jatuh pada masyarakat, sesudah melakukan assesmen secara menyeluruh, mengidentifikasi abnormalitas dari komponen kontrol postural dan performen fisik secara menyeluruh dari keseimbangan dan cara berjalan, juga masalah kesehatan, status fungsional, dan cara mendapatkan bantuan (Nnodim JO, Alexander, 2005) dikutip dalam Darmojo (2010). Adapun penatalaksanaan pada penderita jatuh adalah sebagai berikut:

### **a. Pengelolaan gangguan penglihatan**

Pereseapan lensa kacamata harus dapat mengoreksi dengan tepat gangguan ketajaman penglihatan. Kacamata dengan lensa tunggal lebih dipilih dibandingkan dengan lensa multifokal karena menimbulkan gangguan persepsi kedalaman dan kontras bagian tepi yang meningkatkan resiko jatuh.

### **b. Pengelolaan gangguan keseimbangan**

Latihan merupakan komponen yang paling berhasil dari penurunan resiko jatuh dan merupakan intervensi tunggal yang efektif

berdasarkan meta analisis. Pada lansia yang memiliki resiko tinggi jatuh, kebutuhan dan lama latihan keseimbangan sangat individual.

c. Intervensi obat-obatan

Terapi obat-obatan yang diberikan harus benar-benar diperlukan, obat-obatan yang terlalu banyak akan meningkatkan resiko jatuh. Terapi nonfarmakologi harus dilakukan pertama kali. Benzodiazepin baik yang kerja panjang maupun yang kerja singkat meningkatkan resiko jatuh demikian juga trisiklik antidepresan dan golongan selektive serotonin reuptake inhibitor khususnya pada dosis tinggi. Obat-obatan psikotropika harus dimulai dengan dosis rendah dan kemudian dinaikkan perlahan.

d. Intervensi lingkungan

Intervensi tunggal pada penelitian terkontrol mengatakan bahwa modifikasi lingkungan akan meningkatkan keamanan , namun tidak menurunkan resiko jatuh. Bagaimanapun intervensi lingkungan merupakan bagian dari program multifaktorial, keamanan lingkungan difikirkan berpengaruh menurunkan resiko yang paling mudah dilakukan.

e. Pemakaian alas kaki

Berjalan dengan menggunakan kaus kaki sebaiknya dicegah. Sepatu harus sesuai dengan ukuran kaki, kuat dan mempunyai bentuk yang baik dengan sol yang tidak licin, dan hak yang rendah, alas kaki dengan tali sepatu sering menyebabkan slip.

- f. Intervensi pendidikan/pengetahuan yang berhubungan dengan jatuh
- Satu penelitian acak terkontrol yang dilakukan oleh Reinsch dan kawan-kawan yang mengikutkan 230 lansia yang hidup di masyarakat membandingkan tentang peningkatan pengetahuan tentang jatuh yang dilakukan seminggu sekali dengan peningkatan pengetahuan kesehatan yang tidak ada hubungan dengan jatuh. Kedua intervensi telah diikuti selama setahun mendapatkan bahwa pengetahuan tentang jatuh saja tidak memberikan pengaruh terhadap angka kejadian jatuh.

## **C. TINJAUAN TENTANG KUALITAS HIDUP**

### **1. Definisi Kualitas Hidup**

Menurut WHO (1996) definisi kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan sesuai dengan sistem budaya dan nilai-nilai tempat mereka hidup dalam kaitannya dengan kepentingannya, tujuan hidupnya, harapannya dan standar yang ingin dicapainya.

Kualitas hidup merupakan pengalaman internal yang dipengaruhi oleh apa yang terjadi diluar dirinya, tetapi hal tersebut diwarnai oleh pengalaman subyektif yang pernah dialami sebelumnya, kondisi mental, kepribadian dan harapan-harapannya (Wulandari, 2004). Kualitas hidup dapat dinilai dalam empat aspek yaitu aspek kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (Yao *et al.*,2002).

Kualitas hidup menjadi sesuatu yang penting untuk diketahui karena berorientasi pada kemampuan seseorang untuk dapat melakukan aktifitas sehari-hari, melihat persepsi individu terhadap dampak penyakit yang dialaminya dan kemampuan dalam memenuhi tuntutan pekerjaan dan peran sosial (Leplege & Hunt, 2002 dalam Wahyuningsih 2011).

Kualitas hidup merupakan persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya (Salim *et al.*, 2007). Kualitas hidup merupakan fenomena yang multidimensional.

Kualitas hidup terdiri dari 4 domain (dimensi) dan 24 facet (subdomain/kategori) yaitu:

**Tabel 1. Domain dan Subdomain WHOQOL-Bref**

No	Domain	Facet/subdomain
1.	Kesehatan fisik	1. Activity Daily Living (ADL) 2. Ketergantungan pada obat dan alat bantu medis 3. Energi dan fatigue 4. Mobilitas 5. Nyeri dan ketidaknyamanan 6. Istrahat dan tidur 7. Kapasitas kerja
II	Psikologis	1. Citra tubuh dan penampilan 2. Perasaan negatif 3. Perasaan positif 4. Penghargaan diri

		<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Spiritual/agama/keyakinan</li> <li>6. Berpikir, belajar, kemampuan memori dan konsentrasi</li> </ul>
III	Relasi sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Hubungan pribadi</li> <li>2. Dukungan sosial</li> <li>3. Aktifitas seksual</li> </ul>
IV	Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sumber daya keuangan</li> <li>2. Kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan</li> <li>3. Kesehatan dan pelayanan: kualitas dan aksesibilitas</li> <li>4. Lingkungan</li> <li>5. Kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru</li> <li>6. Partisipasi dan kesempatan dalam rekreasi dan berbagai kegiatan</li> <li>7. Lingkungan fisis (polusi/suara/lalu lintas/iklim)</li> <li>8. Transportasi</li> </ul>

Sumber: adaptasi dari WHOQOL-BREF *introduction, administration, scoring, and generic version of the assesment*, WHO (1996).

## 2. Pengukuran Kualitas hidup

Penilaian terhadap kualitas hidup seseorang dapat diukur dengan menggunakan kuesioner WHOQOL-Bref. WHOQOL-Bref merupakan bagian dari kuesioner WHOQOL-100 yang dibuat dalam versi singkat. Penelitian tentang validitas dan reliabilitas kuesioner WHOQOL- Bref (versi Indonesia) untuk mengukur kualitas hidup lansia dilakukan (Salim *at al.*, 2007) dengan menggunakan 306 sampel lansia usia  $\geq 60$  tahun, mampu berjalan, mampu berkomunikasi dan tidak dalam keadaan

terminal. Hasilnya menunjukkan dari 26 pertanyaan yang diberikan skor distribusi setiap domain dari WHOQOL-Bref adalah simetris dan tidak didapatkan efek Floor atau ceiling. Respon lansia terhadap 26 pertanyaan dari WHOQOL-Bref cukup baik, Instrumen WHOQOL-Bref menunjukkan nilai Cronbach  $\alpha > 0,7$ . Keempat domain dari WHOQOL-Bref mampu menjelaskan variasi dari data yang dikumpulkan sebesar 52,9 - 61,42%.

Penelitian yang dilakukan oleh Wulandari (2004) mengenai penentuan validitas WHOQOL dalam menilai kualitas hidup pasien rawat jalan di RSCM menggunakan WHOQOL versi indonesia. Pada tesis yang dibuat ini membandingkan antara WHOQOL-100 dengan WHOQOL-Bref dan hasilnya adalah kedua kuesioner ini dalam versi indonesia dan terpercaya dalam menilai kualitas hidup. Pada penelitian ini alat ukur yang dipilih WHOQOL-Bref karena lebih singkat.

#### **D. KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN RIWAYAT JATUH**

Kejadian jatuh lansia dikomunitas setiap tahun meningkat seiring bertambahnya umur dari 25% pada usia 70 tahun menjadi 75 % setelah berusia 75 tahun (Stanley & Bare, 2006). Kejadian jatuh pada lansia mengakibatkan berbagai jenis cedera dan kerusakan fisik dan psikologis yang berdampak pada penurunan kualitas hidupnya. Kerusakan fisik yang serius seperti fraktur tulang panggul, pergelangan tangan, lengan atas dan pelvis.

Dampak secara fisik dari jatuh yang mempengaruhi kualitas hidup lansia yaitu terjadinya disabilitas yang mengakibatkan pembatasan aktifitas dan hilangnya kemandirian yang meningkatkan ketergantungan pada orang lain (Stanley dan Beare, 2006). Lansia dengan patah tulang panggul akan mengalami penurunan kualitas hidup akibat imobilisasi dan peningkatan ketergantungan dalam kegiatan hidup sehari-hari.

Sebuah penelitian yang dilakukan Pande *et al.* (2006) dengan sampel 100 laki-laki lanjut usia dengan insiden rendah trauma tulang panggul di rumah sakit Royal Cornwall Inggris untuk mengetahui tingkat mortalitas, morbiditas dan kualitas hidup terkait kesehatan dengan menggunakan SF-36 dan dievaluasi selama 2 tahun. Pada tahun pertama penelitian 48 pasien meninggal sedang kontrol hanya 1 orang. Pada tahun kedua penelitian pasien meninggal 58 dan kontrol hanya 8. Faktor yang terkait dengan kematian meningkat termasuk umur yang lebih tua, tempat tinggal sebelum fraktur di panti, adanya penyakit penyerta dan aktifitas fungsional yang buruk sebelum fraktur. Pasien fraktur yang dinonaktifkan dengan kualitas hidup yang buruk, dalam 24 bulan 7 pasien tidak bisa berjalan, 12 memerlukan akomodasi perumahan dan mempunyai kualitas hidup yang buruk dengan nilai mean 1,7 dari skor SF-36.

Manifestasi psikososial dari jatuh dapat memiliki banyak dampak, walaupun cedera fisik tidak terjadi syok setelah jatuh dan rasa takut akan jatuh lagi dapat memiliki banyak konsekuensi termasuk ansietas, pembatasan dalam aktifitas sehari-hari, sindrom setelah jatuh, fobia jatuh, hilangnya

kemandirian dan pengendalian, depresi, perasaan rentan dan rapuh, perhatian tentang kematian dan menjelang ajal, menjadi beban keluarga dan teman-teman (Stanley dan Beare, 2006) .

Lansia dengan riwayat jatuh memiliki total *Activities-Specific Balance Confidence* (ABC) scale yang rendah (Ariawan *et al.*, 2011). Total ABC pada wanita lebih rendah dibanding pria dan sindrom takut jatuh berimplikasi secara bermakna terhadap ketergantungan pada orang lain dan mengurangi kepercayaan diri dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Wanita lebih banyak mengalami jatuh sehingga kepercayaan diri melakukan aktifitas sehari-hari akan berkurang. Lansia dengan takut jatuh akan mengalami ketakutan akan jatuh lagi dan mereka membatasi aktifitasnya.

Penelitian tentang takut jatuh dilakukan oleh Zijlstra *et al.* (2007) untuk mengetahui prevalensi dan hubungan takut jatuh dan penghindaran terhadap kegiatan pada lansia di masyarakat dengan menggunakan metode *cross-sectional* 4.031 lansia yang berumur >70 tahun. Penelitian menunjukkan 54,3% takut jatuh dan 37,9% menghindari aktifitas sehari-hari. Variabel independent yang terkait jatuh lansia berumur > 80 tahun (OR= 1,79), jenis kelamin perempuan lebih banyak (OR= 3,23,95%), kesehatan yang buruk (OR= 6,93, 95%) dan jatuh berulang dalam 6 bulan (OR= 5,72, 95%). Takut jatuh dan penghindaran aktivitas dapat menyebabkan konsekuensi yang merugikan seperti penurunan fungsional, pembatasan partisipasi sosial, peningkatan resiko jatuh dan terancam masuk dalam rumah perawatan sehingga menyebabkan kualitas hidup menurun.

Boyd dan Stevens (2009) dalam studinya melaporkan bahwa lansia dengan riwayat jatuh 3 bulan terakhir mengatakan sangat takut jatuh. Kejadian jatuh pada lansia meskipun tidak menimbulkan cedera fisik tetapi dapat menyebabkan rasa takut jatuh yang mengakibatkan pembatasan aktifitas, penurunan interaksi sosial dan penurunan kualitas hidup. Penelitian Kato *et al.* (2008) menunjukkan bahwa takut jatuh (*falls efficacy Scale*) mempunyai hubungan yang signifikan dengan semua subskala kualitas hidup komponen fisik.

Kekhawatiran tentang kerusakan identitas sosial, serta ketidakmampuan fungsional, yang umum dan dapat memotivasi menghindari aktivitas. Perasaan takut jatuh berulang pada lansia dengan riwayat jatuh akan mempengaruhi kualitas hidup lansia. Penelitian yang dilakukan Suzuki *et al.* (2002) untuk menguji hubungan kecacatan fungsional dan takut jatuh dalam kehidupan sehari-hari serta hubungan takut jatuh dengan kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup (QOL). Konsep QOL kesehatan terkait diukur dengan menggunakan Formulir 36 Survei Kesehatan Pendek (SF-36). Empat puluh tiga laki-laki dan 92 perempuan yang memenuhi syarat untuk penelitian ini. Empat puluh sembilan (36,3%) subyek menyatakan tidak takut jatuh, sedangkan 22 (16,3%) melaporkan bahwa mereka sangat takut jatuh. Takut jatuh dapat berkontribusi terhadap kondisi psikologis seperti depresi, dan juga berdampak pada kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan lanjut usia.

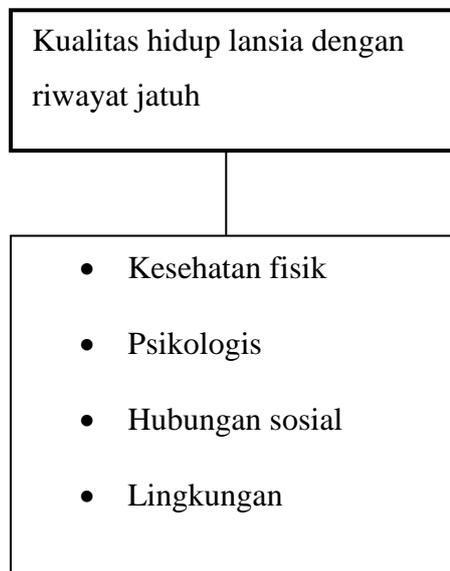
Konsekuensi psikososial dari jatuh dapat bervariasi dari ringan sampai berat. Keseimbangan harus dipertahankan antara pembatasan yang realitas dan pembatasan yang tidak proporsional. Suatu studi tentang lansia di komunitas, melaporkan bahwa 48% partisipan takut mengalami jatuh. Dua puluh enam persen memiliki keterbatasan aktifitas seperti berbelanja dan membersihkan rumah karena ketakutan ini. Ansietas atau hilangnya rasa percaya diri, penarikan diri dari kegiatan sosial dan pembatasan aktifitas yang berhubungan dengan jatuh dapat terjadi karena seseorang merasa takut akan jatuh. Kejadian jatuh dapat mempengaruhi seluruh susunan kekuatan yang akan mempengaruhi kualitas kehidupan lansia (Stanley dan Beare, 2006).

Jatuh pada lansia akan menyebabkan keterbatasan dalam interaksi sosial sehingga akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Penelitian tentang hubungan interaksi sosial dengan kualitas hidup lansia dilakukan Tresnia (2012) bahwa semakin baik interaksi sosial lansia semakin tinggi kualitas hidup lansia dengan kekuatan korelasi sedang dan arah positif dimana dari penelitian yang dilakukan 65% lansia memiliki interaksi sosial yang baik dan 57,5% lansia memiliki kualitas hidup sedang.

### BAB III

#### KERANGKA KONSEP

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka dan masalah penelitian maka disusun kerangka konsep penelitian dengan menggunakan variabel yang digambarkan dalam skema berikut :



Keterangan:

= Variabel penelitian

Bagan 3.1 Variabel penelitian gambaran kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. RANCANGAN PENELITIAN**

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif noneksperimental dengan metode survei deskriptif. Penggunaan survei deskriptif dalam penelitian ini yaitu untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran tentang kualitas hidup lansia yang memiliki riwayat jatuh di Kecamatan Barangka kabupaten Muna. Kelebihan metode ini dapat menjelaskan dan menjabarkan fenomena secara apa adanya yang terjadi di lapangan dan hasilnya dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya.

#### **B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kecamatan Barangka Kabupaten Muna pada tanggal 22 Juli sampai 22 Agustus 2013. Penelitian ini dilakukan di wilayah Kecamatan Barangka Kabupaten Muna karena belum ada skrining tentang kejadian jatuh pada lansia pada Puskesmas di wilayah Kecamatan Barangka dan belum ada yang melakukan penelitian tentang kualitas hidup lansia yang jatuh di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.

## C. POPULASI DAN SAMPEL

### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia yang pernah jatuh dan berumur 60 tahun keatas di wilayah Kecamatan Barangka Kabupaten Muna.

### 2. Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *exhausted sampling*.

### 3. Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini adalah keseluruhan jumlah populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

### 4. Kriteria Sampel

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat di ambil sebagai sampel. Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel.

#### a. Kriteria Inklusi

- 1) Lansia yang memiliki riwayat jatuh dalam setahun terakhir.
- 2) Bersedia untuk menjadi responden penelitian.
- 3) Tidak mengalami gangguan pendengaran.

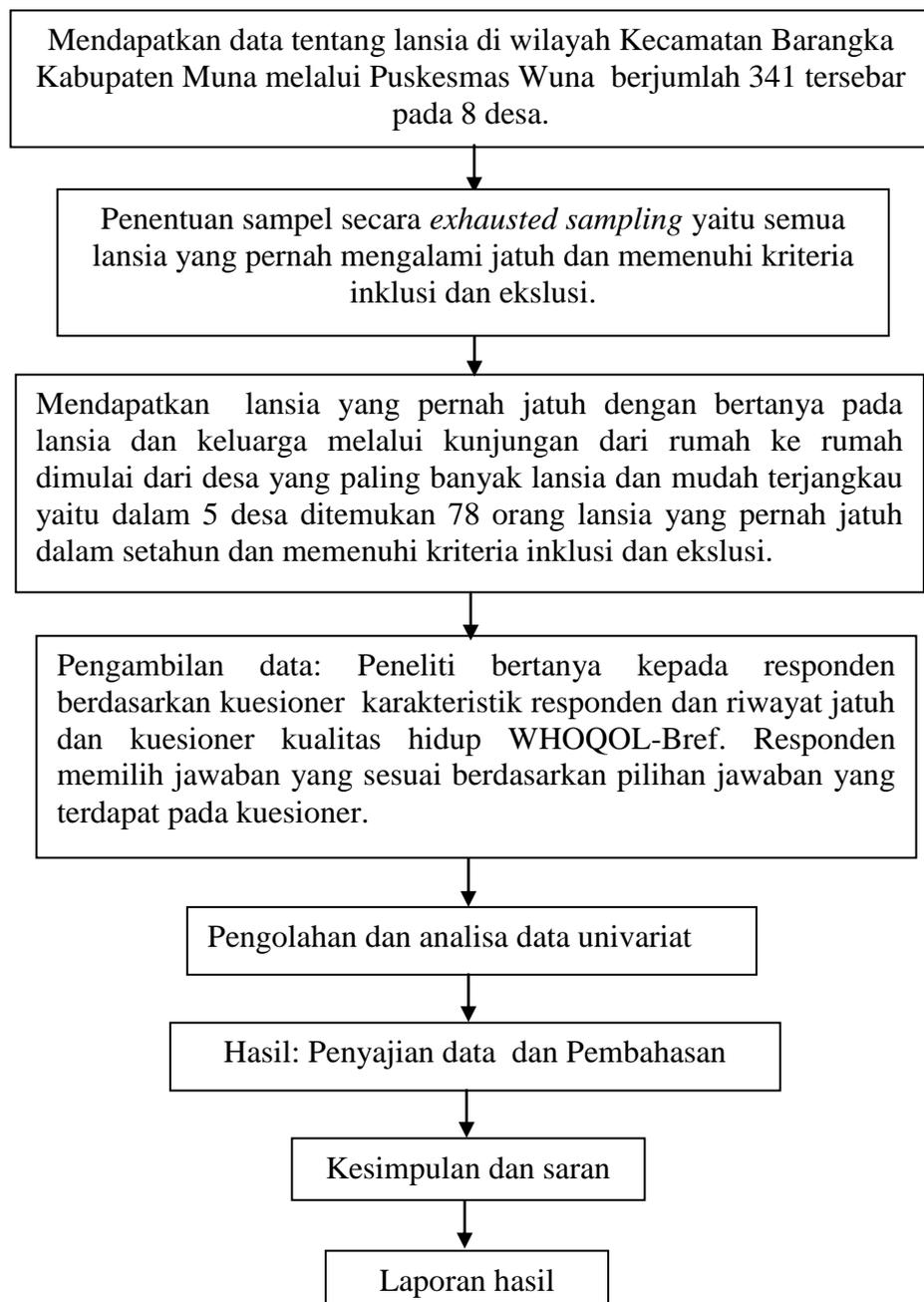
#### b. Kriteria Eksklusi

- 1) Lansia yang mengalami kelumpuhan (stroke).

- 2) Lansia yang tidak mampu berkomunikasi secara verbal dan tidak kooperatif.

#### D. ALUR PENELITIAN

Adapun alur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



## E. VARIABEL PENELITIAN

### 1. Identifikasi Variabel

Variabel dalam penelitian survei deskriptif adalah variabel tunggal (Sastroasmoro, 2008) dikutip dalam Rismayanti (2011) maka variabel dalam penelitian ini adalah kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh.

### 2. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif variabel

Kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh

Kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh adalah persepsi lansia yang pernah mengalami jatuh terhadap kemampuannya dalam melakukan aktifitas fisik, sosial, kepuasan emosional dan keadaan lingkungannya, kesesuaian harapan dan kenyataan yang ada. Penilaian kualitas hidup menggunakan WHOQOL-BREF yang bersifat international yang terdiri dari 26 pertanyaan. Nilai dari jawaban setiap pertanyaan yang ada dalam kuesioner diakumulasikan kemudian dirata-ratakan sehingga diperoleh nilai meannya.

Kriteria obyektif :

- Sangat buruk : Nilai mean semua pertanyaan = 1 - 1,5
- Buruk : Nilai mean semua pertanyaan = 1,6 - 2,5
- Kurang : Nilai mean semua pertanyaan = 2,6 - 3,5
- Baik : Nilai mean semua pertanyaan = 3,6 - 4,5
- Sangat baik : Nilai mean semua pertanyaan = 4,6 - 5,0

## **F. INSTRUMEN PENELITIAN**

Dalam penelitian ini, pengumpulan data peneliti menggunakan instrumen dalam bentuk kuesioner. Peneliti membacakan kuesioner dan memberikan ceklis pada jawaban yang dipilih oleh responden.

1. Kuesioner karakteristik responden (lanjut usia) yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, tinggal dengan siapa, status pernikahan dan karakteristik riwayat jatuh.
2. Kuesioner kualitas hidup untuk mengukur kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh yaitu menggunakan kuesioner WHOQOL-Bref dalam versi Indonesia yang telah diuji tingkat validitas dan reliabilitasnya dalam penelitian (Salim *et al.*, 2007) sebagai instrumen untuk mengukur kualitas hidup lansia. Kuesioner WHOQOL-Bref terdiri dari 26 pertanyaan : 24 pertanyaan yang mencakup 4 domain adalah  
1). Kesehatan fisik terdiri dari 7 pertanyaan yaitu pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. 2). Psikologik 6 pertanyaan yaitu pertanyaan nomor 5, 6, 7, 11, 19, 26. 3). Hubungan sosial 3 pertanyaan yaitu pertanyaan nomor 20, 21, 22. 4). Lingkungan 8 pertanyaan yaitu pertanyaan nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25 ; Sedangkan 2 pertanyaan merupakan pertanyaan tentang kualitas hidup secara umum yaitu pertanyaan nomor 1 dan kesehatan secara umum yaitu pertanyaan nomor 2. Setiap pertanyaan diberikan nilai 1 sampai 5 dan nilai lebih tinggi merupakan kualitas hidup yang lebih baik.

## **G. PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA**

### 1. Pengolahan data

#### a. *Editing*

Proses *editing* dilakukan setelah data terkumpul dan dilakukan dengan memeriksa kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data.

#### b. *Koding*

Semua data hasil penilaian dianggap sangat perlu untuk dilakukan penyederhanaan agar mudah saat pengolahan. Salah satu cara untuk menyederhanakan data hasil penelitian tersebut adalah dengan memberikan simbol-simbol tertentu untuk masing-masing data yang sudah diklasifikasikan.

#### c. *Tabulasi*

Dengan menyusun dan mengorganisir data sedemikian rupa dalam bentuk tabel disertai keterangan, sehingga akan dapat dengan mudah di analisis

### 2. Analisis data

Analisa data menggunakan *univariate* dilakukan terhadap setiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel yang diteliti.

## H. ETIKA PENELITIAN

Dalam melakukan penelitian, peneliti memperhatikan prinsip etika penelitian sesuai dengan Komisi Etik Penelitian Kesehatan (2005) meliputi:

### 1. *Respect for person* (Menghormati harkat dan martabat manusia)

Peneliti menghargai hak-hak responden dengan memberikan penjelasan kepada calon responden tentang tujuan penelitian dan informasi yang berhubungan dengan keterlibatannya dalam penelitian. Setelah memberikan penjelasan, peneliti memberikan kebebasan responden untuk memilih bersedia atau tidak bersedia terlibat dalam penelitian ini, dan bila responden bersedia maka menandatangani informed consent. Peneliti menjaga kerahasiaan data dan informasi yang didapatkan yaitu mengganti nama responden dengan menggunakan kode responden berupa nomor urut.

### 2. *Benefice* (manfaat)

Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms dan benefits*). Peneliti melaksanakan penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin serta tidak melakukan hal-hal yang merugikan (*nonmaleficence*) subyek penelitian.

### 3. *Justice* (Prinsip keadilan)

Penelitian yang dilakukan memperlakukan subjek penelitian dengan moral yang benar dan pantas, memperhatikan hak dari subjek penelitian. Penelitian ini dilakukan dengan menekankan aspek etika dengan bersikap ramah dan sopan pada saat pengumpulan data.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. HASIL PENELITIAN**

Bab ini akan menguraikan mengenai hasil dan pembahasan penelitian tentang gambaran kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna. Penelitian ini dilakukan pada lansia yang pernah jatuh, berumur  $\geq 60$  tahun dan berdomisili di wilayah Kecamatan Barangka Kabupaten Muna. Penelitian ini menggunakan metode survei deskriptif dengan teknik *exhausted sampling* dimana peneliti melakukan kunjungan dari rumah ke rumah, yang dilaksanakan pada tanggal 22 Juli sampai 22 Agustus 2013 dengan 78 responden.

Pengambilan data dengan menggunakan kuesioner yang dibacakan oleh peneliti. Data yang terkumpul diolah dan dianalisis secara univariat. Hasil pengolahan dan analisa data disajikan dalam bentuk tabel yang meliputi distribusi frekuensi karakteristik responden, distribusi frekuensi riwayat jatuh dan distribusi frekuensi kualitas hidup.

#### **1. Karakteristik Responden**

Dalam analisa data hasil penelitian, karakteristik responden terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, dan penghasilan.

**Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna (n=78)**

<b>Karakteristik Responden</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Umur (tahun)</b>		
60 – 74	65	83,3
75 – 90	13	16,7
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	24	30,8
Perempuan	54	69,2
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	26	33,3
SD	47	60,3
SMP	3	3,8
SMA	2	2,6
<b>Pekerjaan</b>		
Wiraswasta	11	14,1
Petani	43	55,1
Lain-lain	10	12,9
Tidak bekerja	14	17,9
<b>Status pernikahan</b>		
Menikah	36	46,1
Tidak menikah	1	1,3
Duda	2	2,6
Janda	39	50,0
<b>Tinggal serumah</b>		
Dengan pasangan	9	11,5
Sendiri	21	26,9
Dengan keluarga besar	48	61,5
<b>Penghasilan</b>		
< Rp 1.000.000	61	80,3
> Rp 1.000.000	3	3,8
Tidak ada	14	17,9

Sumber: Data primer, Juli – Agustus 2013

Tabel 5.1 di atas tampak sebagian besar responden (83,3%) berusia 60 – 74 tahun, lebih dari setengah responden (69,2%) berjenis kelamin perempuan. Lebih dari setengah responden (60,3%) mempunyai pendidikan SD. Lebih dari setengah responden (55,1%) bekerja sebagai petani. Setengah dari responden (50%) berstatus janda, lebih dari setengah responden (61,5%) tinggal dengan keluarga besar. Sebagian besar responden (80,3%) berpenghasilan rendah dibawah Rp1.000.000,00.

## 2. Riwayat Jatuh

**Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat Jatuh di Kecamatan Barangka kabupaten muna (n=78)**

<b>Riwayat jatuh</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
<b>Frekuensi jatuh dalam setahun</b>		
Satu kali	47	60,3
Lebih dari satu kali	31	39,7
<b>Kejadian cedera (patah tulang/luka)</b>		
Tidak	38	48,7
Ya	40	51,3
<b>Tempat jatuh terakhir kali</b>		
Tangga	8	10,3
Lantai dalam rumah	7	9,0
Luar rumah	29	37,2
Lain-lain (jalan, kebun)	34	43,6

Sumber: Data primer, Juli- Agustus 2013

Tabel 5.2 diatas tampak bahwa lebih dari setengah responden (60,3%) mengalami satu kali jatuh dalam setahun. Lebih dari setengah (51,3%) mengalami cedera. Tempat jatuh terakhir hampir setengah (43,6%) terjadi di jalan dan di kebun.

## 3. Kualitas Hidup lansia dengan riwayat jatuh

**Tabel 5.3.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna (n=78)**

<b>Kualitas hidup</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
Buruk	17	21,8
Kurang	56	71,8
Baik	5	6,4

Sumber: Data primer, Juli- Agustus 2013

Tabel 5.3.1 diatas tampak bahwa lebih dari setengah responden (71,8 %) mempunyai kualitas hidup yang kurang.

**Tabel 5.3.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Domain Kualitas Hidup Di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna (n=78)**

<b>Domain Kualitas Hidup</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
<b>Kesehatan Fisik</b>		
Buruk	23	29,5
Kurang	36	46,2
Baik	19	24,4
<b>Psikologis</b>		
Buruk	18	23,1
Kurang	39	50,0
Baik	21	26,9
<b>Hubungan Sosial</b>		
Buruk	2	2,6
Kurang	41	52,6
Baik	35	44,9
<b>Lingkungan</b>		
Buruk	29	37,2
Kurang	45	57,7
Baik	4	5,1

Sumber: Data primer, Juli- Agustus 2013

Tabel 5.3.2 diatas tampak bahwa hampir setengah responden (46,2%) mempunyai kualitas yang kurang dari kesehatan fisik. Setengah responden (50%) mempunyai kualitas yang kurang dari domain psikologis. Lebih dari setengah responden (52,6%) mempunyai kualitas yang kurang dari hubungan sosial. Dari domain lingkungan lebih dari setengah responden (57,7%) mempunyai kualitas yang kurang.

#### 4. Kualitas hidup Lansia berdasarkan frekuensi jatuh

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi kualitas hidup berdasarkan Frekuensi Jatuh.

Frekuensi Jatuh	Kualitas Hidup						Total	
	Buruk		Kurang		Baik		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Satu Kali	6	7,7	36	46,2	5	6,4	47	60,3
Lebih satu kali	11	14,1	20	25,6	0	0	31	39,7
<b>Total</b>	17	21,8	56	71,8	5	6,4	78	100

Sumber: Data primer, Juli – Agustus 2013

Tabel 5.4 diatas menunjukkan bahwa hampir setengah responden (46,2%) yang mengalami jatuh satu kali mempunyai kualitas hidup yang kurang, (7,7%) mempunyai kualitas hidup buruk dan (6,4%) mempunyai kualitas hidup yang baik. Sebanyak (25,6%) responden yang mengalami jatuh lebih dari satu kali mempunyai kualitas hidup yang kurang, (14,1%) mempunyai kualitas hidup yang buruk dan tidak ada yang memiliki kualitas hidup baik.

#### 5. Kualitas hidup berdasarkan kejadian cedera akibat jatuh

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Berdasarkan Kejadian Cedera

Kejadian cedera	Kualitas Hidup						Total	
	Buruk		Kurang		Baik		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Tidak	6	7,7	29	37,2	3	3,8	38	48,7
Ya	11	14,1	27	34,6	2	2,6	40	51,3
<b>Total</b>	17	21,8	56	71,8	5	6,4	78	100

Sumber: Data primer, Juli – Agustus 2013

Tabel 5.5 diatas menunjukkan bahwa hampir setengah responden (37,2%) yang tidak mengalami cedera mengalami kualitas hidup yang kurang, (7,7%) memiliki kualitas hidup buruk dan (3,8%) memiliki kualitas hidup yang baik. Hampir setengah responden (34,6%) yang mengalami cedera mempunyai kualitas hidup yang kurang, (14,1%) memiliki kualitas hidup buruk dan (2,6%) memiliki kualitas hidup baik.

## **B. PEMBAHASAN**

### **1. Gambaran Riwayat Jatuh pada Lansia**

#### **a. Frekuensi jatuh**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (60,3%) mengalami jatuh satu kali dalam setahun. Hal ini didukung oleh teori bahwa pada lansia terjadi perubahan - perubahan akibat proses menua. Lansia akan mengalami perubahan- perubahan fisik seperti perubahan masa tulang, perubahan ukuran sel, perubahan keseimbangan, perubahan pada penglihatan serta penyakit-penyakit yang menyertai proses penuaan. Semua perubahan tersebut dapat berperan untuk terjadinya jatuh manakala terpeleset atau menghadapi situasi lingkungan yang membahayakan (Darmojo, 2010).

Hasil penelitian ini sesuai dengan laporan Nugroho (2008) bahwa 30 – 50 % dari populasi lanjut usia yang berusia 65 tahun keatas mengalami jatuh setiap tahunnya. Powell dan Myers dalam Ariawan (2011) melaporkan lansia 65 tahun mengalami kejadian jatuh sekali kurang lebih 30% dalam setahun dan meningkat 40 % pada usia diatas 80 tahun dan lebih banyak terjadi pada wanita. Penelitian ini juga didukung oleh Patno (2011) dalam penelitiannya melaporkan kejadian jatuh pada lansia dalam satu tahun lebih dari setengah responden (59,6%) memiliki frekuensi jatuh satu kali.

Berbeda dengan hasil yang didapatkan oleh Af'idah (2012) dalam penelitian yang dilakukan pada lansia di Panti Werdha Hargodedali Surabaya melaporkan riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir sebagian besar responden > 3 kali jatuh (54%). Kejadian jatuh yang dialami sebagian responden pada hasil penelitian dalam 3 bulan terakhir bukanlah kejadian jatuh yang pertama kali namun kejadian jatuh yang pernah terjadi pada waktu sebelumnya. Dilihat dari karakteristik responden berdasarkan usia sebagian besar (70%) berusia 75–89 tahun.

Penelitian ini mendapatkan lebih dari setengah responden yang mengalami jatuh satu kali dalam setahun, hal ini karena sebagian besar responden berusia 60 – 74 tahun. Kejadian jatuh meningkat sesuai dengan peningkatan usia dimana responden yang berusia 75–90 tahun lebih banyak yang mengalami jatuh lebih dari satu kali. Tingkat aktifitas yang berlebihan juga sangat mempengaruhi kejadian jatuh dimana sebagian besar responden bekerja untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari yaitu sebagai petani. Menurut Probosuseno 2008 dalam Af'idah (2012) tingkat aktivitas menjadi salah satu penyebab terjadinya jatuh pada lansia, sehingga lansia yang aktif akan memiliki risiko jatuh lebih besar dari pada lansia yang tidak aktif. Berdasarkan teori aktifitas adanya kondisi aktif di masa tua merupakan kriteria suksesnya sebuah proses penuaan, namun yang perlu diperhatikan adalah kondisi aktif atau aktifitas pada lansia yang terlalu berlebihan akan meningkatkan resiko terjadinya jatuh.

## b. Kejadian cedera

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (51,3%) mengalami cedera. Kejadian cedera yang dimasukkan dalam penelitian ini adalah patah tulang dan luka termasuk luka ringan. Hal ini didukung oleh teori tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia bahwa secara fisik lanjut usia mengalami perubahan pada muskuloskeletal berupa cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis), persendian membesar dan menjadi kaku, kifosis, kram, atrofi tendon mengerut dan mengalami sklerosis (Maryam *et al.* 2012). Menurut WHO (2007), kejadian cedera akibat jatuh pada lansia yang berusia diatas 65 tahun sebesar 28 – 35% mengalami cedera akibat jatuh tiap tahunnya, dan yang berusia lebih dari 70 tahun berjumlah 32 – 42% tiap tahun, frekuensi ini bertambah sesuai umur.

Penelitian Riyadina (2009) bahwa cedera akibat jatuh mayoritas terjadi pada usia 60 - 69 tahun, lebih banyak pada perempuan, pada umumnya mempunyai pendidikan rendah. Hal ini menunjukkan bahwa cedera akibat jatuh meningkat secara eksponensial seiring dengan peningkatan usia. Perempuan mempunyai resiko mengalami osteoporosis yang menyebabkan patah tulang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki sehingga proporsi jatuh akan lebih tinggi terjadi pada perempuan. Penelitian Patno (2011) juga menunjukkan tingginya

kejadian cedera fisik akibat jatuh yaitu dari 52 lansia yang mengalami jatuh (73,07%) mengalami cedera fisik.

Penelitian ini mendapatkan kejadian cedera lebih banyak karena lebih dari setengah responden (69,2%) berjenis kelamin perempuan, dimana perempuan mempunyai resiko osteoporosis lebih tinggi sehingga mengalami cedera saat jatuh. Namun, secara proporsi laki-laki lebih banyak mengalami cedera dibandingkan perempuan. Hal ini karena laki-laki memiliki aktifitas yang lebih berat dan menghadapi situasi yang berbahaya sehingga pada saat terjatuh akan mengalami cedera, sedangkan perempuan biasanya dengan aktifitas rendah akan mengalami jatuh karena kelemahan dan masalah kesehatan fisik.

c. Tempat jatuh

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tempat jatuh lansia hampir setengah responden (43,6%) terjadi di jalan dan di kebun. Tempat kejadian jatuh juga menjadi perhatian penting untuk mengetahui faktor-faktor resiko insiden jatuh pada lansia. Hal ini didukung oleh teori bahwa kejadian jatuh dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik (Darmojo, 2010).

Hasil penelitian sesuai dengan laporan Lord *et al* (2001) bahwa 56% dari kejadian jatuh lebih sering terjadi diluar rumah seperti halaman, jalan raya, atau ditempat-tempat umum. Jatuh dapat pula terjadi di dalam rumah seperti kamar tidur, dapur, di kamar mandi, pada saat menuruni tangga atau saat akan duduk di tempat duduk yang tidak

memakai sandaran. Tempat jatuh berhubungan dengan usia, jenis kelamin dan kelemahan. Sebuah studi epidemiologi pada lanjut usia wanita yang tinggal di komunitas melaporkan jumlah jatuh terjadi dalam rumah pada permukaan tidak datar. Laporan Campbell *et al* (1998) dalam Lord *et al* (2001) menemukan bahwa lebih sedikit laki – laki dibandingkan perempuan mengalami jatuh dalam rumah (44% : 65 %) dan lebih banyak laki–laki mengalami jatuh di kebun (25% : 11%). Juga menerangkan bahwa kelompok jatuh yang mengalami keterbatasan mobilitas paling banyak jatuh dalam rumah. Indikasi yang ditemukan bahwa kejadian jatuh adalah sangat terkait dengan pencahayaan dalam situasi dimana lanjut usia sedang melakukan aktifitas sehari-hari.

Hasil yang berbeda ditunjukkan oleh penelitian Patno (2011) yang mendapatkan hasil kejadian jatuh lebih banyak terjadi dalam rumah. Keadaan lingkungan yang beresiko tinggi menyebabkan jatuh yang jauh lebih banyak dimiliki oleh lansia dan ketidakmampuan menyeimbangkan tubuh secara mandiri yang juga lebih banyak dimiliki oleh lansia.

Kejadian jatuh pada lansia di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna lebih banyak terjadi di jalan dan kebun. Hal ini disebabkan sebagian besar lansia masih aktif bekerja di luar rumah yaitu sebagai petani dan kejadian jatuh banyak terjadi pada lansia dalam perjalanan dan saat melakukan aktifitas di kebun.

## **2. Gambaran Kualitas Hidup Lansia yang Memiliki Riwayat Jatuh**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (71,8%) mempersepsikan kualitas hidupnya pada kategori kurang. Hasil tersebut memberi makna bahwa jatuh pada lansia mempunyai dampak pada penurunan kualitas hidup. Hal ini didukung oleh teori bahwa jatuh menimbulkan konsekuensi berupa hilangnya kemandirian dan pengendalian, merasa kehilangan, merasa rapuh, perhatian tentang kematian dan takut menjadi beban keluarga dan teman-teman, yang akan mempengaruhi kualitas kehidupan lansia (Stanley dan Beare, 2006).

Kualitas hidup merupakan persepsi seseorang akan dirinya dipengaruhi oleh apa yang terjadi diluar dirinya, tetapi hal tersebut diwarnai oleh pengalaman subyektif yang pernah dialami sebelumnya, kondisi mental, kepribadian dan harapan-harapannya. Menurut Lueckenotte (2000) kualitas hidup merupakan suatu konsep multidimensi yang tidak hanya menyangkut status fungsional dan beratnya gejala tetapi menyangkut ide tentang perkembangan psikologi, persoalan sosiokultural, etika, ekonomi dan spiritual. Usia lanjut yang dapat mempertahankan kondisi fisik dan mental yang optimal serta tetap melakukan aktifitas sosial dan produktif adalah ciri lansia yang memiliki kualitas hidup yang baik.

Penilaian kualitas hidup merupakan gabungan persepsi individu terhadap kondisi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Berdasarkan hasil penelitian ini, responden mempersepsikan kualitas hidupnya dengan frekuensi tertinggi pada kategori kurang dalam semua

domain yaitu domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

a. Domain Kesehatan fisik

Hasil penelitian domain kesehatan fisik menunjukkan hampir setengah responden ( 46,2%) memiliki kualitas yang kurang. Hal ini didukung oleh teori bahwa lansia yang mengalami jatuh akan mengalami disabilitas yang mengakibatkan pembatasan aktifitas dan hilangnya kemandirian yang meningkatkan ketergantungan pada orang lain yang mempengaruhi kualitas kehidupan lansia (Stanley dan Beare, 2006).

Penelitian ini didukung oleh penelitian Alexandre *et al* (2009) melaporkan bahwa lansia yang mengalami jatuh dalam 6 bulan terakhir menunjukkan kualitas hidup yang rendah dan memiliki hubungan pada domain kesehatan fisik. Domain kesehatan fisik berisi pertanyaan tentang penyakit fisik yang menghalangi melakukan aktifitas, ketergantungan pada obat-obatan, kecukupan energi untuk beraktifitas, kemampuan bergaul, kepuasan tidur dan istirahat, kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari dan kepuasan terhadap kemampuan bekerja.

Penelitian ini mendapatkan hampir setengah responden memiliki kualitas yang kurang dalam domain kesehatan fisik. Hal ini disebabkan paling banyak responden mengatakan tidak puas pada kemampuan kerja. Menurut Darmojo (2010) bahwa lansia banyak yang tidak

mengalami pendidikan formal dan pendidikan rendah sehingga pekerjaan lansia terbanyak sebagai tenaga tidak terlatih. Sebagian besar responden mempunyai pendidikan rendah yaitu tidak sekolah dan pendidikan SD dan pada umumnya bekerja sebagai petani yang memerlukan fisik yang kuat untuk bekerja. Penurunan fisik akibat jatuh dan proses penuaan menyebabkan penurunan kemampuan lansia dalam bekerja bahkan ada yang berhenti bekerja sehingga tidak menghasilkan pendapatan.

Pertanyaan tentang penyakit fisik hampir setengah responden mengatakan banyak penyakit fisik yang menghalangi untuk melakukan aktifitas yang dibutuhkan. Hal ini karena lebih dari setengah responden mengalami cedera akibat jatuh dan adanya penyakit fisik yang menyebabkan jatuh pada lansia. Menurut Darmojo (2010) dalam penelitiannya bahwa keluhan penyakit yang banyak diderita oleh lansia adalah penyakit rematik, hipertensi, penyakit jantung, penyakit paru, diabetes melitus, jatuh, paralisis, TBC paru, patah tulang dan kanker. Hal ini disebabkan karena menurunnya fungsi berbagai alat tubuh karena proses menua.

Pertanyaan tentang ketergantungan pada obat-obatan mendapatkan lebih dari setengah responden menjawab sedikit. Hal ini dikarenakan lansia masih bisa menahan rasa sakit dengan istirahat dan menggunakan obat-obatan jika sudah tidak dapat menahan sakit. Pertanyaan tentang kecukupan energi untuk beraktifitas mendapatkan

setengah responden mengatakan sedikit dan sedang. Hal ini karena lansia mempersepsikan kelemahan yang dialami terhadap kemampuannya dalam beraktifitas. Pertanyaan tentang kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari hampir setengah responden menjawab tidak puas dan biasa saja. Hal ini sesuai dengan Papalia (2001) dalam Destriana (2013) yang menyatakan bahwa perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada lansia mengakibatkan dirinya tidak dapat mengerjakan berbagai aktifitas sebaik pada masa muda dulu. Pertanyaan tentang kemampuan bergaul lebih dari setengah responden mengatakan baik. Pertanyaan tentang kepuasan tidur hampir setengah responden mengatakan puas.

b. Domain Psikologis

Hasil penelitian dari domain psikologis menunjukkan bahwa setengah responden (50%) mempunyai kualitas yang kurang. Hal ini didukung oleh teori bahwa jatuh pada lansia dapat menyebabkan tekanan psikologis seperti syok setelah jatuh dan rasa takut akan jatuh lagi yang memiliki banyak konsekuensi termasuk ansietas, hilangnya rasa percaya diri, pembatasan dalam aktifitas sehari-hari, fobia jatuh (Stanley dan Beare, 2006). Domain psikologis berisi pertanyaan tentang afek positif, spiritual dan keyakinan, kemampuan konsentrasi, penerimaan diri, kepuasan diri, dan perasaan negatif.

Pertanyaan dalam domain psikologis yang mendapatkan frekuensi jawaban tertinggi yaitu hampir setengah responden menjawab sering mengalami perasaan negatif seperti perasaan sedih, kecewa, marah dan depresi. Menurut Anena dan Muchane, (2012) konsekuensi psikologis dari jatuh berupa hilangnya kepercayaan diri, rasa malu, rasa takut dan kecemasan yang menyebabkan ketergantungan dan kurangnya motivasi. Selain itu, proses penuaan juga mempengaruhi psikologis lansia. Kuntjoro (2002) dalam Destriana (2013) mengatakan bahwa akibat berkurangnya fungsi indera penglihatan, pendengaran, gerak fisik dan sebagainya maka muncul gangguan fungsional bahkan kecacatan pada lansia. Misalnya badannya menjadi bungkuk, pendengaran sangat berkurang dan penglihatan kabur dan sebagainya sehingga sering menimbulkan keterasingan.

Pertanyaan seberapa banyak lansia menikmati hidup dan pertanyaan tentang sejauh mana lansia merasa hidupnya berarti, hampir setengah responden menjawab biasa saja. Pertanyaan tentang kemampuan konsentrasi hampir setengah responden menjawab banyak. Menurut Kuntjoro (2002) dalam Destriana (2013) bahwa pada umumnya setelah seseorang memasuki lansia maka ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor.

Pertanyaan tentang penerimaan penampilan hampir setengah responden mengatakan dalam jumlah sedang. Menurut Nugroho (2008), kemunduran fisik yang terjadi pada lansia memberikan kesimpulan

bahwa kecantikan atau ketampanan yang mereka miliki mulai hilang yang berarti kehilangan daya tarik bagi diri lansia. Pertanyaan tentang kepuasan diri hampir setengah responden mengatakan biasa saja. Kuntjoro (2002) dalam Destriana (2013) mengatakan bahwa salah satu tipe kepribadian lansia adalah tipe konstruktif (*Construction personality*), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejolak, tenang dan mantap sampai sangat tua.

c. Domain hubungan sosial

Hasil penelitian domain hubungan sosial menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (52,6%) memiliki kualitas yang kurang. Menurut Stanley dan Beare (2006) bahwa jatuh pada lansia akan menyebabkan keterbatasan dalam interaksi sosial sehingga akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Pernyataan ini sejalan dengan penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Faes *et al* (2010) melaporkan dampak jatuh terhadap kehidupan sosial berupa penarikan sosial yang dikaitkan dengan takut jatuh dan kehilangan kemampuan fisik setelah jatuh. Domain sosial berisi pertanyaan tentang hubungan personal, dukungan sosial dan aktifitas seksual.

Pertanyaan tentang aktifitas seksual mendapatkan frekuensi tertinggi dimana responden menjawab biasa saja pada aktifitas seksual. Jatuh secara langsung tidak mempengaruhi aktifitas hubungan seksual, tetapi jatuh dapat menyebabkan penurunan fisik. Menurut Azizah (2011) bahwa penurunan fungsi dan potensi seksual pada lanjut usia

berhubungan dengan berbagai gangguan fisik. Selain itu, proses penuaan juga mempengaruhi kehidupan seksual. Kuntjoro (2002) dalam Azizah (2011) mengatakan bahwa faktor psikologis yang menyertai lansia yang berkaitan dengan seksualitas seperti rasa tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia. Adanya kelelahan atau kebosanan karena kurang variasi dalam kehidupannya, pasangan hidup telah meninggal dan disfungsi seksual karena perubahan hormonal mengakibatkan fungsi dan potensi seksual pada lansia mengalami perubahan.

Pertanyaan tentang hubungan personal dan dukungan sosial masing-masing lebih dari setengah responden menjawab puas pada kedua pertanyaan tersebut. Hal ini karena lebih dari setengah responden masih tinggal dengan keluarga dan mendapat dukungan sosial yang baik dalam keluarga sehingga setiap permasalahan yang muncul akan diselesaikan secara musyawarah dalam keluarga. Hal ini sejalan dengan budaya timur yang mengajarkan kepada kaum muda berdasarkan kesadaran moral dan sukarela merasa bertanggungjawab untuk merawat, menghormati, menyayangi dan menyejahterakan orangtua menjelang akhir kehidupannya. Semangat inilah yang terus terpupuk dan terlestarikan (Darmaji, 2005 dalam Susanti 2007).

#### d. Domain lingkungan

Hasil penelitian pada domain lingkungan menunjukkan lebih dari setengah responden (57,7%) memiliki kualitas kurang. Salah satu faktor ekstrinsik dari resiko jatuh adalah lingkungan yang tidak mendukung. Kecelakaan jatuh terjadi karena gabungan antara lingkungan yang jelek dan kelainan-kelainan akibat proses penuaan (Darmojo, 2010). Domain lingkungan berisi tentang pertanyaan keamanan perlindungan secara fisik, lingkungan tempat tinggal, kecukupan keuangan, akses terhadap pelayanan kesehatan, kesempatan mendapatkan informasi baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi, lingkungan fisik dan transportasi.

Pertanyaan tentang kesempatan rekreasi dan kesempatan mendapatkan informasi baru mendapatkan frekuensi tertinggi dimana sebagian besar responden mengatakan tidak sama sekali. Hal ini disebabkan lansia mengalami penurunan fisik dan keadaan ekonomi yang rendah dimana sebagian besar responden memiliki penghasilan yang rendah. Penelitian Alexander et al (2009) menemukan bahwa lansia yang mempunyai penghasilan yang tinggi mempersepsikan kualitas hidup yang baik. Dengan penghasilan yang tinggi memungkinkan lansia untuk memilih kegiatan rekreasi termasuk akses yang lebih baik terhadap informasi baru yang berhubungan dengan status kesehatan dan gaya hidup yang sehat.

Pertanyaan tentang lingkungan dan perlindungan yang aman secara fisik hampir setengah responden mengatakan biasa saja. Hal ini disebabkan karena lansia sudah terbiasa dengan lingkungan tempat tinggalnya. Pertanyaan tentang kecukupan keuangan hampir setengah responden mengatakan sedikit dan sedang. Hal ini karena lansia sudah mengalami penurunan dalam kemampuan bekerja dimana lebih dari setengah responden memiliki pekerjaan sebagai petani dan sebagian besar responden mempunyai penghasilan yang rendah sehingga kadang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan minimal sehari-hari. Penelitian Suhartini (2008) yang menemukan lansia dengan kondisi ekonomi kurang disebabkan kondisi kesehatan lansia yang sangat buruk sehingga tidak mampu lagi bekerja.

Pertanyaan tentang akses pada pelayanan kesehatan setengah responden mengatakan puas, pertanyaan tentang lingkungan tempat tinggal dan transportasi masing-masing dijawab puas oleh setengah responden. Hal ini karena lansia tinggal di rumah sendiri dan transportasi lancar tergantung kemampuan lansia sendiri dalam membayar biaya transportasi.

### **3. Gambaran Kualitas Hidup Lansia berdasarkan Frekuensi jatuh**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hampir setengah responden (46,5%) mengalami jatuh satu kali dalam setahun mempunyai kualitas hidup kurang dan (25,6%) responden yang mengalami jatuh lebih dari satu kali mempunyai kualitas hidup yang kurang baik. Hal ini

menunjukkan bahwa lansia yang mengalami jatuh baik jatuh satu kali maupun lebih dari satu kali dalam setahun memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Hal ini karena lansia yang mengalami jatuh disebabkan oleh perubahan fisik akibat proses penuaan dan keadaan lingkungan yang buruk dimana dalam penelitian ini lansia mempersepsikan kualitas hidup dengan frekuensi tertinggi pada kategori kurang dalam semua domain.

Penelitian ini didukung oleh pernyataan Stanley dan Beare (2006), bahwa lansia yang jatuh akan mengalami disabilitas yang mengakibatkan pembatasan aktifitas dan hilangnya kemandirian yang meningkatkan ketergantungan pada orang lain yang berdampak pada penurunan kualitas hidup lansia. Catchen dalam Stanley dan Beare (2006) menambahkan bahwa orang-orang yang mengalami jatuh lebih dari satu kali tidak mampu untuk menerima gangguan fisik dan mentalnya, memiliki keinginan yang kuat, ansietas dan rasa takut jatuh sehingga mempengaruhi penilaian terhadap dirinya.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Alexandre *et al* (2009) yang melaporkan sebanyak 28% lansia mengalami jatuh dalam enam bulan terakhir menunjukkan kualitas hidup yang rendah pada domain kesehatan fisik. Sebanyak 49,2% yang melaporkan takut jatuh memiliki skor yang rendah pada domain psikologis dan lingkungan. Hal ini menunjukkan bahwa jatuh pada lansia dapat menurunkan kemampuan secara fisik serta mempengaruhi psikologis dan persepsi lansia terhadap lingkungannya.

#### **4. Gambaran Kualitas Hidup Lansia berdasarkan Kejadian Cedera**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hampir setengah responden (37,2%) yang tidak mengalami cedera mempunyai kualitas hidup yang kurang baik dan hampir setengah responden (34,6%) yang mengalami cedera mempunyai kualitas hidup yang kurang baik. Hal ini menunjukkan bahwa lansia yang mengalami jatuh baik cedera maupun tidak mengalami cedera mempunyai kualitas hidup yang kurang baik.

Hampir setengah responden yang mengalami cedera mempunyai kualitas hidup yang kurang baik. Cedera fisik merupakan salah satu konsekuensi jatuh pada lansia, yang meningkatkan rasa tidak nyaman sehingga berdampak pada penurunan kemampuan lansia dalam melakukan aktifitas. Hal ini didukung oleh Darmojo (2010) yang mengemukakan bahwa jatuh mengakibatkan rusaknya jaringan lunak dan patah tulang yang menyebabkan penurunan mobilitas dan pembatasan gerak sehingga menyebabkan penurunan kualitas hidup.

Hasil penelitian ini berbeda dengan Pande *et al* (2006) yang melakukan penelitian pada lansia dengan trauma tulang panggul, untuk mengetahui tingkat mortalitas, morbiditas dan kualitas hidup terkait kesehatan dengan menggunakan SF- 36 yang dievaluasi selama 2 tahun. Dalam penelitiannya melaporkan bahwa sebagian responden meninggal pada tahun pertama dan kedua sedangkan 7 orang pasien tidak bisa berjalan dan mempunyai kualitas hidup yang buruk. Hal ini disebabkan lansia mengalami cedera berat dan menjalani perawatan yang lama. Hal

yang sama dikemukakan oleh Kato *et al* (2008) bahwa jatuh dan fraktur cenderung mengubah pergerakan lansia menjadi jarang bergerak, dan dampaknya secara signifikan dapat mengubah kualitas hidup baik secara fisik maupun psikologis.

Pada penelitian ini, responden yang mengalami cedera lebih banyak mempersepsikan kualitas hidupnya pada kategori kurang. Hal ini karena cedera yang dialami responden masih tergolong cedera ringan sampai sedang. Berdasarkan wawancara dengan responden pada saat penelitian melaporkan cedera yang dialami sebagian kecil yang mengalami patah tulang dan lainnya mengalami luka. Hampir setengah responden mengatakan tidak puas dan biasa saja dalam melakukan aktifitas sehari-hari serta mengalami penurunan kemampuan dalam bekerja dimana sebagian besar responden bekerja sebagai petani yang memerlukan fisik yang kuat untuk bekerja.

Hampir setengah responden (37,2%) yang tidak mengalami cedera pada saat jatuh mengalami kualitas hidup yang kurang. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian jatuh tidak menyebabkan cedera secara fisik tetapi dapat mempengaruhi kualitas hidup. Menurut Stanley dan Beare (2006) bahwa jatuh meskipun tidak menyebabkan cedera tetapi dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup. Hal ini disebabkan kelemahan fisik dan adanya penyakit yang menyertai proses penuaan pada lansia menyebabkan jatuh sehingga memiliki kualitas yang kurang pada kesehatan fisik. Jatuh dan proses penuaan mempengaruhi psikologis lansia

dimana setengah responden mempersepsikan kualitas kurang pada domain psikologis.

Kato *et al* (2008) dalam penelitiannya mengukur kualitas hidup lansia yang mengalami kelemahan dengan menggunakan SF-36 melaporkan bahwa kualitas hidup berhubungan dengan kelemahan dimana semua subskala dan 2 komponen kualitas hidup terkait kesehatan yaitu komponen fisik dan mental memburuk dengan status kelemahan.

Penurunan kualitas hidup lansia dalam penelitian ini juga dipengaruhi oleh faktor yang lain. Terbukti dalam penelitian menunjukkan bahwa domain lingkungan mendapatkan frekuensi tertinggi pada kategori kualitas kurang. Hal ini berhubungan dengan status sosial dan ekonomi dimana sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan dengan status janda dan penghasilan yang rendah. Menurut Moons *et al* (2004) dalam Chairani (2013) bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, janda dan individu yang menikah. Penelitian empiris di Amerika bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal (Glenn dan Weaver dalam Chairani (2013). Penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan penyakit. Dengan penghasilan yang baik seseorang cenderung memiliki kapasitas yang diperlukan untuk membuat hidupnya menjadi lebih baik, lebih pandai, lebih sehat dan lebih aman (Notoatmojo, 1997 dalam Wahyuningsih 2011).

### **C. KETERBATASAN PENELITIAN**

Keterbatasan dalam penelitian ini terletak pada proses pemilihan responden terkait riwayat jatuh yaitu hanya berdasarkan laporan dari pengalaman responden sehingga bisa terjadi recall bias dalam mengingat pengalaman jatuh. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat dilakukan berdasarkan laporan pada saat jatuh. Dalam penelitian ini, untuk mengantisipasi hal tersebut maka selain bertanya kepada responden lansia tentang riwayat jatuhnya, peneliti memvalidasi data dengan bertanya kepada keluarga yang ada ditempat pada saat penelitian.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Lebih dari setengah responden mengalami jatuh satu kali dalam setahun dan mengalami cedera, dan hampir setengah responden mengalami kejadian jatuh di jalan dan di kebun.
2. Lebih dari setengah responden lansia dengan riwayat jatuh mempunyai kualitas hidup yang kurang baik.
3. Hampir setengah responden yang mengalami jatuh satu kali mempunyai kualitas hidup yang kurang baik.
4. Hampir setengah responden yang tidak mengalami cedera mempunyai kualitas hidup yang kurang baik.

#### **B. SARAN**

1. Bagi puskesmas

Lansia dengan riwayat jatuh menunjukkan kualitas hidup yang kurang. Hal ini penting bagi program lansia di Puskesmas, untuk meningkatkan kualitas hidup lansia yang mengalami jatuh melalui rehabilitasi bagi yang cedera dan penyuluhan tentang pencegahan jatuh, serta pemberdayaan lanjut usia dengan mengaktifkan program lansia di puskesmas sehingga lansia mendapatkan informasi tentang kesehatannya.

2. Bagi ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan informasi dan sumber referensi bagi ilmu keperawatan terkhusus bagian gerontologi yaitu mencegah jatuh untuk meningkatkan kualitas hidup lansia.

3. Bagi penelitian selanjutnya

Penelitian ini berbentuk survei deskriptif hanya dengan analisa univariat diharapkan penelitian selanjutnya dapat melanjutkan penelitian ini dengan melihat hubungan kualitas hidup dengan riwayat jatuh pada lansia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Af'idah, F.S., Dewi, Y.S., Hadhisuyatmana, S. (2008). Studi faktor resiko jatuh pada lansia di panti werdha Hargo Dedali Surabaya. Diakses tanggal 27 Mei 2013. <<http://www.journal.unair.ac.id/filerPDF/Frida%25205docx>>
- Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C. & Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saude Publica*, 43 (4), 613 – 621.
- Anena, E., & Muchane. E. (2012). A general perspective of falls amongst the elderly: A literature review study. Degree Thesis Human Ageing and Elderly Services, Arcada. Diakses tanggal 29 November 2013. <[publications.theseus.fi/...024/53967/THESIS%20WORK...](http://publications.theseus.fi/...024/53967/THESIS%20WORK...)>
- Ariawan, I. Y., Kuswardhani, R. T., Astika, I., & Aryana, I. S. (2011). Hubungan antara activities specific balance confidence scale dengan umur dan falls pada lansia di poliklinik geriatri RSUP Sanglah Denpasar. *J Peny Dalam*, 12 (1), 33-37.
- Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan lanjut usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Badan Pusat Statistik. (2010). *Jumlah penduduk lanjut usia*, diakses pada tanggal 30 April 2013 <[http://menegpp.go.id/aplikasi\\_data/index.php?option=com...tas](http://menegpp.go.id/aplikasi_data/index.php?option=com...tas)>
- Badan Pusat Statistik Sulawesi Tenggara. (2010). *Sensus penduduk 2010*, diakses tanggal 30 April 2013 dari, <<http://www.sp2010.bps.go.id/index.php/site?id>>.
- Boyd, R., & Stevens, J. A. (2009). Falls and fear of falling: Burden, beliefs and behaviours. *Age and Ageing*, 38, 423-428
- Chairani, N. (2013). *Kualitas hidup wanita lansia di Kelurahan Pabatu Kecamatan Padang Hulu Tebing Tinggi*. Skripsi tidak dipublikasikan. Medan: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara
- Darmojo, B. (2010). *Buku ajar geriatri (ilmu kesehatan lanjut usia)*. Jakarta: FKUI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2005). *Etik Penelitian Kesehatan: Komisi Etik Penelitian Kesehatan*, diakses tanggal 31 Mei 2013 <<http://www.litbang.depkes.go.id>>
- Destriana, T. (2013). *Kualitas hidup lansia di Kecamatan Cot Girek Kabupaten Aceh Utara*. Skripsi tidak dipublikasikan. Medan: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara

- Faes, M. C., Reelick, M. F., Joosten, L. W - Banningh, W., Gier, M. D., Esselink, R. A., & Rikkert, M. G. O. (2010). Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers foundations for an intervention to present falls. *Aging & Mental Health*, 14 (7), 834 - 842.
- Jara, J. P., Enguix, A., Quintas, J. M., Salvador, B. G., Baz, R., Olmos, P., et al. (2009). Fear of falling among erderly patients with dizziness and syncope in a tilt setting. *Canadian Journal on Aging* , 28 (2), 157-163.
- Kato, C., Ida, K., Kawamura, M., Nagaya, M., Tokuda, H., Tamakoshi, A., et al. (2008). Relation of falls efficacy scale (FES) to quality of life among nursing home female residents with comparatively intact cognitive funtion in Japan. *Nagoya J Med Sci*, 70, 19-27.
- Lord, S. R., Sherrington, C., & Menz, H. B. (2001). Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention . United Kingdom : Cambridge University press. Diakses tanggal tanggal 23 November 2013 <[catdir.loc.gov/catdir/samples/cam031/00023656.pdf](http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam031/00023656.pdf)>
- Lueckenotte, A. G. (2000). *Gerontologic nursing* (2 ed).Mosby.
- Maas, M. L., Buckwalter, K. C., Hardy, L. C., Reimer, T. T., Titler, M. G., & Specht, J. P. (2011). *Asuhan keperawatan geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Manty, M.,Heinonen, A., Viljanen, A., Pajala, S., Koskenvuo, M., Kaprio, J., et al. (2010).Self reported preclinical mobility limitation and falls historyas predictors of future falls in older women: Prospective cohort study.*Osteoporosis Int*, 21, 689-693.
- Maryam, R. S., Ekasari, M. F., Rosidawati, Jubaedi, A., & Batubara, I. (2012). *Mengenal usia lanjut dan perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Missouri Department of Health and Senior Services. (2012). *Falls among older adults: A national public health crisis*. Diakses tanggal 30 April 2013 <<http://health.mo.gov/seniors/showmefallsfreemissouri/pdf>>
- Nugroho, W. (2008). *Keperawatan gerontik & geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Pande, I., Scott, D. L., Oneill, T., pritchard, C., Woolf, A., & Davis, M. (2006). Quality of life, morbidity, and mortality after low trauma hip fractur men. *Ann Rheum Dis* , 65, 87-92.
- Patno, A. S. (2011) . *Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian cedera fisik akibat jatuh pada lansia di Desa Benteng Gajah Kecamatan Tompobulu*. Skripsi tidak di terbitkan. Makassar: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan* (4 ed., Vol. 1). Jakarta: EGC.

- Rismayanti. (2011). *Gambaran tingkat pengetahuan dan sikap tentang kesehatan jiwa pada masyarakat di wilayah kerja puskesmas Batua*. Skripsi tidak dipublikasikan. Makassar. Program Studi ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
- Riyadina, W. (2009). Cedera akibat jatuh pada usia lanjut (usila) yang mengalami obesitas di Indonesia. *Jur Peny Tdk Mlr Indo*, 1(2), 73-83
- Salim, O. C., Sudharma, N. I., Kusumaratna, R. K., & Hidayat, A. (2007). Validitas dan reliabilitas world health organization quality of life-bref untuk mengukur kualitas hidup lanjut usia. *Universa Medika* , 26 (1), 27-38.
- Stanley, M., & Beare, P. G. (2006). *Buku ajar keperawatan gerontik* (2 ed.). Jakarta: EGC.
- Susanti, T. (2007). *Gambaran kuallitas hidup lanjut usia di Wilayah kerja puskesmas Barana Kecamatan Barat Kabupaten Jeneponto*. Skripsi tidak dipublikasikan. Makassar: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
- Suzuki, M., Ohyana, N., Yamada, K., & Kanamori, M. (2002). The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life erderly individuals. *Nursing & Health Sciences* , 4 (1), 155-161.
- Tresnia, V. (2012). *Hubungan interaksi sosial dengan kualitas hidup lansia di rw XI kelurahan Ganting Parak Gadang Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang*, diakses pada tanggal 23 Mei 2013  
<<http://repository.unand.ac.id/18627/>>
- Wahyuningsih, I. ( 2011). *Hubungan status gizi berdasarkan pengukuran antropometri dengan kualitas hidup lansia di wilayah kerja puskesmas Batua Makassar*. Skripsi tidak dipublikasikan. Makassar: Program Studi Ilmu keperawatan Universitas Hasanuddin.
- WHO. (1996). WHOQOL-Bref inroduction, administration, scoring and generic version of the assesment. *World Health Organization Geneva* .
- Wulandari, WD. (2004). *Penentuan validitas WHOQOL-100 dalam menilai kualitas hidup pasien rawat jalan di RSCM (versi Indonesia)*, diakses tanggal 9 Mei 2013  
<<http://Lontar.Ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=111895&lokasi=lokal>>
- Yao, G., Chung, C. W., Yu, C. F., & Wang, J. D. (2002). Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-Bref Taiwan version. *J Formos Med Assoc* , 101 (5), 342-351.

Zijlstra, G.A.R., Haastreght, J.C.M., Eijk, J.T.M., Rossum, E., Stalenhoef, P., Kempen, G. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing*, 36, 304-309

## DAFTAR PUSTAKA

- Af'idah, F.S., Dewi, Y.S., Hadhisuyatmana, S. (2008). Studi faktor resiko jatuh pada lansia di panti werdha Hargo Dedali Surabaya. Diakses tanggal 27 Mei 2013. <<http://www.journal.unair.ac.id/filerPDF/Frida%25205docx>>
- Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C. & Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saude Publica*, 43 (4), 613 – 621.
- Anena, E., & Muchane. E. (2012). A general perspective of falls amongst the elderly: A literature review study. Degree Thesis Human Ageing and Elderly Services, Arcada. Diakses tanggal 29 November 2013. <[publications.theseus.fi/...024/53967/THESIS%20WORK...](http://publications.theseus.fi/...024/53967/THESIS%20WORK...)>
- Ariawan, I. Y., Kuswardhani, R. T., Astika, I., & Aryana, I. S. (2011). Hubungan antara activities specific balance confidence scale dengan umur dan falls pada lansia di poliklinik geriatri RSUP Sanglah Denpasar. *J Peny Dalam*, 12 (1), 33-37.
- Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan lanjut usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Badan Pusat Statistik. (2010). *Jumlah penduduk lanjut usia*, diakses pada tanggal 30 April 2013 <[http://menegpp.go.id/aplikasi\\_data/index.php?option=com...tas](http://menegpp.go.id/aplikasi_data/index.php?option=com...tas)>
- Badan Pusat Statistik Sulawesi Tenggara. (2010). *Sensus penduduk 2010*, diakses tanggal 30 April 2013 dari, <<http://www.sp2010.bps.go.id/index.php/site?id>>.
- Boyd, R., & Stevens, J. A. (2009). Falls and fear of falling: Burden, beliefs and behaviours. *Age and Ageing*, 38, 423-428
- Chairani, N. (2013). *Kualitas hidup wanita lansia di Kelurahan Pabatu Kecamatan Padang Hulu Tebing Tinggi*. Skripsi tidak dipublikasikan. Medan: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara
- Darmojo, B. (2010). *Buku ajar geriatri (ilmu kesehatan lanjut usia)*. Jakarta: FKUI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2005). *Etik Penelitian Kesehatan: Komisi Etik Penelitian Kesehatan*, diakses tanggal 31 Mei 2013 <<http://www.litbang.depkes.go.id>>
- Destriana, T. (2013). *Kualitas hidup lansia di Kecamatan Cot Girek Kabupaten Aceh Utara*. Skripsi tidak dipublikasikan. Medan: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara

- Faes, M. C., Reelick, M. F., Joosten, L. W - Banningh, W., Gier, M. D., Esselink, R. A., & Rikkert, M. G. O. (2010). Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers foundations for an intervention to prevent falls. *Aging & Mental Health*, 14 (7), 834 - 842.
- Jara, J. P., Enguix, A., Quintas, J. M., Salvador, B. G., Baz, R., Olmos, P., et al. (2009). Fear of falling among elderly patients with dizziness and syncope in a tilt setting. *Canadian Journal on Aging*, 28 (2), 157-163.
- Kato, C., Ida, K., Kawamura, M., Nagaya, M., Tokuda, H., Tamakoshi, A., et al. (2008). Relation of falls efficacy scale (FES) to quality of life among nursing home female residents with comparatively intact cognitive function in Japan. *Nagoya J Med Sci*, 70, 19-27.
- Lord, S. R., Sherrington, C., & Menz, H. B. (2001). Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention. United Kingdom: Cambridge University press. Diakses tanggal 23 November 2013 <[catdir.loc.gov/catdir/samples/cam031/00023656.pdf](http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam031/00023656.pdf)>
- Lueckenotte, A. G. (2000). *Gerontologic nursing* (2 ed). Mosby.
- Maas, M. L., Buckwalter, K. C., Hardy, L. C., Reimer, T. T., Titler, M. G., & Specht, J. P. (2011). *Asuhan keperawatan geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Manty, M., Heinonen, A., Viljanen, A., Pajala, S., Koskenvuo, M., Kaprio, J., et al. (2010). Self reported preclinical mobility limitation and falls history as predictors of future falls in older women: Prospective cohort study. *Osteoporosis Int*, 21, 689-693.
- Maryam, R. S., Ekasari, M. F., Rosidawati, Jubaedi, A., & Batubara, I. (2012). *Mengenal usia lanjut dan perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Missouri Department of Health and Senior Services. (2012). *Falls among older adults: A national public health crisis*. Diakses tanggal 30 April 2013 <<http://health.mo.gov/seniors/showmefallsfreemissouri/pdf>>
- Nugroho, W. (2008). *Keperawatan gerontik & geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Pande, I., Scott, D. L., O'Neill, T., Pritchard, C., Woolf, A., & Davis, M. (2006). Quality of life, morbidity, and mortality after low trauma hip fracture men. *Ann Rheum Dis*, 65, 87-92.
- Patno, A. S. (2011). *Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian cedera fisik akibat jatuh pada lansia di Desa Benteng Gajah Kecamatan Tompobulu*. Skripsi tidak diterbitkan. Makassar: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan* (4 ed., Vol. 1). Jakarta: EGC.

- Rismayanti. (2011). *Gambaran tingkat pengetahuan dan sikap tentang kesehatan jiwa pada masyarakat di wilayah kerja puskesmas Batua*. Skripsi tidak dipublikasikan. Makassar. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
- Riyadina, W. (2009). Cedera akibat jatuh pada usia lanjut (usila) yang mengalami obesitas di Indonesia. *Jur Peny Tdk Mlr Indo*, 1(2), 73-83
- Salim, O. C., Sudharma, N. I., Kusumaratna, R. K., & Hidayat, A. (2007). Validitas dan reliabilitas world health organization quality of life-bref untuk mengukur kualitas hidup lanjut usia. *Universa Medika*, 26 (1), 27-38.
- Stanley, M., & Beare, P. G. (2006). *Buku ajar keperawatan gerontik* (2 ed.). Jakarta: EGC.
- Susanti, T. (2007). *Gambaran kuallitas hidup lanjut usia di Wilayah kerja puskesmas Barana Kecamatan Barat Kabupaten Jeneponto*. Skripsi tidak dipublikasikan. Makassar: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
- Suzuki, M., Ohyana, N., Yamada, K., & Kanamori, M. (2002). The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life erderly individuals. *Nursing & Health Sciences*, 4 (1), 155-161.
- Tresnia, V. (2012). *Hubungan interaksi sosial dengan kualitas hidup lansia di rw XI kelurahan Ganting Parak Gadang Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang*, diakses pada tanggal 23 Mei 2013  
<<http://repository.unand.ac.id/18627/>>
- Wahyuningsih, I. ( 2011). *Hubungan status gizi berdasarkan pengukuran antropometri dengan kualitas hidup lansia di wilayah kerja puskesmas Batua Makassar*. Skripsi tidak dipublikasikan. Makassar: Program Studi Ilmu keperawatan Universitas Hasanuddin.
- WHO. (1996). WHOQOL-Bref inroduction, administration, scoring and generic version of the assesment. *World Health Organization Geneva* .
- Wulandari, WD. (2004). *Penentuan validitas WHOQOL-100 dalam menilai kualitas hidup pasien rawat jalan di RSCM (versi Indonesia)*, diakses tanggal 9 Mei 2013  
<<http://Lontar.Ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=111895&lokasi=lokal>>
- Yao, G., Chung, C. W., Yu, C. F., & Wang, J. D. (2002). Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-Bref Taiwan version. *J Formos Med Assoc*, 101 (5), 342-351.

Zijlstra, G.A.R., Haastreght, J.C.M., Eijk, J.T.M., Rossum, E., Stalenhoef, P., Kempen, G. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing*, 36, 304-309

## LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Assalamualaikum Wr. Wb.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin:

Nama : Harnia

Nim : C12112621

Akan mengadakan penelitian dengan judul “**Gambaran Kualitas Hidup Lansia dengan Riwayat Jatuh di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna**”.

Salah satu masalah yang sering dialami oleh lansia adalah jatuh yang disebabkan oleh penurunan kesehatan fisik, mental dan faktor lingkungan. Jatuh dapat menimbulkan berbagai dampak seperti patah tulang, luka ringan sampai berat, penurunan mobilitas dan tekanan psikologis seperti takut jatuh berulang, hilangnya kemandirian, dan peningkatan ketergantungan yang berdampak pada penurunan kualitas hidup.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran kualitas hidup lansia dengan riwayat jatuh di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi lansia untuk mengetahui kualitas hidup setelah jatuh sehingga dapat mengantisipasi jatuh berulang pada lansia. Bagi pemegang kebijakan, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pembuatan program pencegahan jatuh pada lansia sehingga dapat mempertahankan kualitas hidup lansia.

Adapun prosedur penelitian ini adalah peneliti akan menanyakan beberapa pertanyaan tentang kualitas hidup dan memberikan pilihan jawaban, responden hanya perlu memberikan jawaban yang dianggap paling sesuai. Peneliti akan memberi waktu istirahat bila dibutuhkan selama proses penelitian. Responden memiliki hak untuk ikut atau tidak ikut berpartisipasi serta mengundurkan diri

dalam penelitian ini, namun sangat diharapkan Bapak/Ibu dapat berpartisipasi dalam penelitian ini.

Semua informasi yang diberikan akan di jamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan peneliti akan berusaha semaksimal mungkin menjaga kenyamanan selama proses penelitian. Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, Bapak/Ibu dapat menandatangani lembar persetujuan menjadi responden yang terlampir. Atas kesediaan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Barangka, Agustus 2013

Peneliti

(Harnia)

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

*(INFORMED CONSENT)*

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur : .....tahun

Jenis kelamin : Laki-laki / perempuan (coret yang tidak perlu)

Alamat : Desa .....

RT/RW .....

Kecamatan Barangka Kabupaten muna.

Setelah mendengarkan dan memahami penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan **bersedia** untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul “**Gambaran Kualitas Hidup Lansia dengan Riwayat Jatuh Di Kecamatan Barangka Kabupaten Muna**”.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun, dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Barangka, ..... 2013

Responden

(.....)

Kode Responden :

Hari/Tanggal :

### FORMULIR KUESIONER

#### GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN RIWAYAT JATUH DENGAN RIWAYAT JATUH DI KECAMATAN BARANGKA KABUPATEN MUNA

#### Kuesioner Data tentang karakteristik lansia

1. Nama :
2. Umur : ... Tahun
3. Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan
4. Alamat : Desa : .....  
Rt/Rw : .....
5. Pendidikan :  Tidak sekolah  SMA/Sederajat  
 SD/Sederajat  Perguruan tinggi  
 SMP/Sederajat
6. Pekerjaan :  Bekerja :  Pensiunan PNS/TNI/Polri  
 Wiraswasta  
 Petani  
 Lain-lain  
 Tidak bekerja
7. Status pernikahan :  Menikah  Tidak menikah  
 Duda  Janda
8. Tinggal serumah dengan siapa :  Dengan Pasangan saja  
 Sendiri  
 Dengan keluarga besar
9. Penghasilan perbulan :  Kurang dari Rp 500.000  
 Rp 500.000 – Rp1.000.000  
 Lebih dari Rp 1.000.000

### **Karakteristik Riwayat jatuh**

10. Frekuensi jatuh dalam setahun terakhir :  Satu kali  
 Lebih dari satu kali

11. Cedera yang dialami setelah jatuh (luka/patah tulang) :

Ya  Tidak

12. Tempat jatuh yang terakhir kali?:

Kamar mandi  Kamar tidur  Tangga

Lantai dalam rumah  Luar rumah

Lain-lain (sebutkan.....)

Nama Responden :

Kode Responden:

Tanggal :

### KUESIONER WHOQOL-BREF

#### GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN RIWAYAT JATUH DI WILAYAH KECAMATAN BARANGKA KABUPATEN MUNA

#### Petunjuk

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan lain-lain dalam hidup anda. Saya akan membacakan setiap pertanyaan kepada anda, bersamaan dengan pilihan jawaban. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.** Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran yang pertama muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

No	Pertanyaan	Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimanakah anda menilai kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

No	Pertanyaan	Sangat tidak puas	Tidak puas	Biasa saja	Puas	Sangat puas
2	Seberapa puaskah anda dengan kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut menanyakan tentang seberapa banyak anda mengalami hal-hal tertentu dibawah ini selama dua minggu terakhir.

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Biasa saja	Banyak	Sangat banyak
3	Sejauh manakah anda merasakan bahwa penyakit fisik menghalangi anda melakukan hal yang perlu anda lakukan?	5	4	3	2	1
4	Seberapa banyak anda memerlukan pelayanan medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari?	5	4	3	2	1
5	Seberapa banyakkah Anda menikmati hidup?	1	2	3	4	5
6	Sejauh manakah anda merasa bahwa kehidupan anda berarti?	1	2	3	4	5

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Biasa saja	Banyak	Sangat banyak
7	Seberapa baikkah anda dapat berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8	Seberapa amankah kehidupan sehari-hari yang anda rasakan?	1	2	3	4	5
9	Seberapa sehatkah secara fisik lingkungan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut menanyakan tentang bagaimana secara keseluruhan pengalaman atau kemampuan anda untuk melakukan hal tertentu selama dua minggu terakhir.

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering kali	Sepenuhnya dialami
10	Apakah anda memiliki cukup energi untuk kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
11	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12	Apakah anda mempunyai cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13	Apakah tersedia informasi yang anda butuhkan dalam kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
14	Sejauh manakah anda mempunyai kesempatan untuk rekreasi?	1	2	3	4	5
No	Pertanyaan	Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	baik	Sangat baik
15	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut menanyakan seberapa baik atau puaskah anda merasakan berbagai aspek kehidupan anda selama dua minggu terakhir

No	Pertanyaan	Sangat tidak puas	Tidak puas	Biasa saja	Puas	Sangat Puas
16	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
18	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/sosial anda?	1	2	3	4	5

21	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang anda dapatkan?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam dua minggu terakhir.

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sering	Selalu
26	Seberapa sering anda mengalami perasaan negatif seperti perasaan sedih,kecewa, cemas depresi?	5	4	3	2	1

### Skor Indikator penilaian kualitas hidup

1. Sangat buruk : Nilai Mean semua pertanyaan = 1 - 1,5
2. Buruk : Nilai Mean semua Pertanyaan = 1,6 - 2,5
3. Kurang : Nilai Mean semua pertanyaan = 2,6 - 3,5
4. Baik : Nilai Mean semua pertanyaan = 3,6 - 4,5
5. Sangat baik : Nilai Mean semua pertanyaan = 4,6 - 5

Sumber : WHO (1996)



## Frequencies

### umurlansia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60 - 74	65	83.3	83.3	83.3
75 - 90	13	16.7	16.7	100.0
Total	78	100.0	100.0	

### jeniskelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	24	30.8	30.8	30.8
perempuan	54	69.2	69.2	100.0
Total	78	100.0	100.0	

### pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidaksekolah	26	33.3	33.3	33.3
SD	47	60.3	60.3	93.6
SMP	3	3.8	3.8	97.4
SMA	2	2.6	2.6	100.0
Total	78	100.0	100.0	

### pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid wiraswasta	11	14.1	14.1	14.1
petani	43	55.1	55.1	69.2
lain-lain	10	12.8	12.8	82.1
tidak bekerja	14	17.9	17.9	100.0
Total	78	100.0	100.0	

**statuspernikahan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menikah	36	46.2	46.2	46.2
	tidakmenikah	1	1.3	1.3	47.4
	duda	2	2.6	2.6	50.0
	janda	39	50.0	50.0	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**tinggalsrumah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dengan pasangan saja	9	11.5	11.5	11.5
	sendiri	21	26.9	26.9	38.5
	dengan keluarga besar	48	61.5	61.5	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**penghsilan1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<Rp 1.000.000	61	78.2	78.2	78.2
	>Rp 1.000.000	3	3.8	3.8	82.1
	tidak ada	14	17.9	17.9	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**frekuensijatuhsetahun**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	satu kali	47	60.3	60.3	60.3
	lebihdari satu kali	31	39.7	39.7	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**kejadiancedera1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	40	51.3	51.3	51.3
	Tidak	38	48.7	48.7	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**tempatjatuhterakhirkali**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tangga	8	10.3	10.3	10.3
	Lantai dalam rumah	7	9.0	9.0	19.2
	luar rumah	29	37.2	37.2	56.4
	lain-lain(jalanan, kebun)	34	43.6	43.6	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**kualitashiduplansia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	17	21.8	21.8	21.8
	kurang baik	56	71.8	71.8	93.6
	baik	5	6.4	6.4	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**domainfisik**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	23	29.5	29.5	29.5
	kurang baik	36	46.2	46.2	75.6
	baik	19	24.4	24.4	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**domainpsikologis**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	18	23.1	23.1	23.1
	kurang baik	39	50.0	50.0	73.1
	baik	21	26.9	26.9	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**domainsosial**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	2	2.6	2.6	2.6
	kurang baik	41	52.6	52.6	55.1
	baik	35	44.9	44.9	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**domainlingkungan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	29	37.2	37.2	37.2
	kurang baik	45	57.7	57.7	94.9
	baik	4	5.1	5.1	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

## Hasil Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
frekuensi tahunsetahun * kualitas hidup lansia	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%
kejadian cedera1 * kualitas hidup lansia	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%
jenis kelamin * kualitas hidup lansia	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%
status pernikahan * kualitas hidup lansia	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%
penghasilan1 * kualitas hidup lansia	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%

### frekuensi tahunsetahun \* kualitas hidup lansia Crosstabulation

			kualitas hidup lansia			Total
			buruk	kurang baik	baik	
frekuensi tahunsetahun	satu kali	Count	6	36	5	47
		% of Total	7.7%	46.2%	6.4%	60.3%
	lebih dari satu kali	Count	11	20	0	31
		% of Total	14.1%	25.6%	.0%	39.7%
Total		Count	17	56	5	78
		% of Total	21.8%	71.8%	6.4%	100.0%

### kejadian cedera1 \* kualitas hidup lansia Crosstabulation

			kualitas hidup lansia			Total
			buruk	kurang baik	baik	
kejadian cedera1	Ya	Count	11	27	2	40
		% of Total	14.1%	34.6%	2.6%	51.3%
	Tidak	Count	6	29	3	38
		% of Total	7.7%	37.2%	3.8%	48.7%
Total		Count	17	56	5	78
		% of Total	21.8%	71.8%	6.4%	100.0%

### Case Processing Summary

	Cases		
	Valid	Missing	Total

**jeniskelamin \* kualitashiduplansia Crosstabulation**

			kualitashiduplansia			Total
			buruk	kurang baik	baik	
jeniskelamin laki-laki	Count		5	17	2	24
	% of Total		6.4%	21.8%	2.6%	30.8%
perempuan	Count		12	39	3	54
	% of Total		15.4%	50.0%	3.8%	69.2%
Total	Count		17	56	5	78
	% of Total		21.8%	71.8%	6.4%	100.0%

**statuspernikahan \* kualitashiduplansia Crosstabulation**

			kualitashiduplansia			Total
			buruk	kurang baik	baik	
statuspernikahan menikah	Count		7	26	3	36
	% of Total		9.0%	33.3%	3.8%	46.2%
tidakmenikah	Count		0	1	0	1
	% of Total		.0%	1.3%	.0%	1.3%
duda	Count		1	1	0	2
	% of Total		1.3%	1.3%	.0%	2.6%
janda	Count		9	28	2	39
	% of Total		11.5%	35.9%	2.6%	50.0%
Total	Count		17	56	5	78
	% of Total		21.8%	71.8%	6.4%	100.0%

**penghsilan1 \* kualitashiduplansia Crosstabulation**

			kualitashiduplansia			Total
			buruk	kurang baik	baik	
penghsilan1 <Rp 1.000.000	Count		10	49	2	61
	% of Total		12.8%	62.8%	2.6%	78.2%
>Rp 1.000.000	Count		0	0	3	3
	% of Total		.0%	.0%	3.8%	3.8%
tidak ada	Count		7	7	0	14
	% of Total		9.0%	9.0%	.0%	17.9%
Total	Count		17	56	5	78
	% of Total		21.8%	71.8%	6.4%	100.0%

**jeniskelamin \* frekuensijatuhsetahun Crosstabulation**

## Hasil Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umurlansia * frekuensijatuhsetahun	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%
pekerjaan * frekuensijatuhsetahun	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%

### umurlansia \* frekuensijatuhsetahun Crosstabulation

			frekuensijatuhsetahun		Total
			satu kali	lebihdari satu kali	
umurlansia	60 - 74	Count	42	23	65
		% of Total	53.8%	29.5%	83.3%
	75 - 90	Count	5	8	13
		% of Total	6.4%	10.3%	16.7%
Total		Count	47	31	78
		% of Total	60.3%	39.7%	100.0%

### pekerjaan \* frekuensijatuhsetahun Crosstabulation

			frekuensijatuhsetahun		Total
			satu kali	lebihdari satu kali	
pekerjaan	wiraswasta	Count	11	0	11
		% of Total	14.1%	.0%	14.1%
	petani	Count	19	24	43
		% of Total	24.4%	30.8%	55.1%
	lain-lain	Count	10	0	10
		% of Total	12.8%	.0%	12.8%
	tidak bekerja	Count	7	7	14
		% of Total	9.0%	9.0%	17.9%
Total		Count	47	31	78
		% of Total	60.3%	39.7%	100.0%

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umurlansia * kejadiancedera1	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%
jeniskelamin * kejadiancedera1	78	100.0%	0	.0%	78	100.0%

**umurlansia \* kejadiancedera1 Crosstabulation**

			kejadiancedera1		Total
			Ya	Tidak	
umurlansia	60 - 74	Count	36	29	65
		% of Total	46.2%	37.2%	83.3%
	75 - 90	Count	4	9	13
		% of Total	5.1%	11.5%	16.7%
Total		Count	40	38	78
		% of Total	51.3%	48.7%	100.0%

**jeniskelamin \* kejadiancedera1 Crosstabulation**

			kejadiancedera1		Total
			Ya	Tidak	
jeniskelamin	laki-laki	Count	19	5	24
		% of Total	24.4%	6.4%	30.8%
	perempuan	Count	21	33	54
		% of Total	26.9%	42.3%	69.2%
Total		Count	40	38	78
		% of Total	51.3%	48.7%	100.0%

**FREQUENCIES VARIABLES=Pty1 Pty2 Pty3 Pty4 Pty5 Pty6 Pty7 Pty8 Pty9 Pty10  
Pty11 Pty12 Pty13 Pty14 Pty15 Pty16 Pty17 Pty18 Pty19 Pty20  
Pty21 Pty22 Pty23 Pty24 Pty25 Pty26  
/ORDER=ANALYSIS.**

**Frequency Table**

**pty1**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat buruk	2	2.6	2.6	2.6
Buruk	41	52.6	52.6	55.1
Biasa saja	23	29.5	29.5	84.6
Baik	12	15.4	15.4	100.0
Total	78	100.0	100.0	

**pty2**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat tidak puas	2	2.6	2.6	2.6
Tidak puas	42	53.8	53.8	56.4
Biasa saja	30	38.5	38.5	94.9
Puas	4	5.1	5.1	100.0
Total	78	100.0	100.0	

**pty3**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sangat banyak	12	15.4	15.4	15.4
banyak	33	42.3	42.3	57.7
Biasa saja	5	6.4	6.4	64.1
sedikit	27	34.6	34.6	98.7
tidak sama sekali	1	1.3	1.3	100.0
Total	78	100.0	100.0	

**pty4**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat banyak	11	14.1	14.1	14.1
	banyak	16	20.5	20.5	34.6
	biasa saja	6	7.7	7.7	42.3
	sedikit	40	51.3	51.3	93.6
	tidak sama sekali	5	6.4	6.4	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty5**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sama sekali	8	10.3	10.3	10.3
	Sedikit	25	32.1	32.1	42.3
	biasa saja	38	48.7	48.7	91.0
	Banyak	6	7.7	7.7	98.7
	Sangat banyak	1	1.3	1.3	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty6**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sama sekali	7	9.0	9.0	9.0
	Sedikit	16	20.5	20.5	29.5
	Biasa saja	27	34.6	34.6	64.1
	Banyak	27	34.6	34.6	98.7
	Sangat banyak	1	1.3	1.3	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

pty7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sama sekali	5	6.4	6.4	6.4
	Sedikit	18	23.1	23.1	29.5
	Biasa saja	18	23.1	23.1	52.6
	banyak	35	44.9	44.9	97.4
	sangat banyak	2	2.6	2.6	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

pty8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sama sekali	3	3.8	3.8	3.8
	Sedikit	9	11.5	11.5	15.4
	Biasa saja	37	47.4	47.4	62.8
	Banyak	27	34.6	34.6	97.4
	Sangat Banyak	2	2.6	2.6	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

pty9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sama sekali	2	2.6	2.6	2.6
	sedikit	16	20.5	20.5	23.1
	biasa saja	35	44.9	44.9	67.9
	banyak	23	29.5	29.5	97.4
	sangat banyak	2	2.6	2.6	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty10**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sama sekali	3	3.8	3.8	3.8
	sedikit	23	29.5	29.5	33.3
	sedang	21	26.9	26.9	60.3
	seringkali	15	19.2	19.2	79.5
	sepenuhnya dialami	16	20.5	20.5	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty11**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sedikit	18	23.1	23.1	23.1
	sedang	34	43.6	43.6	66.7
	seringkali	9	11.5	11.5	78.2
	sepenuhnya dialami	17	21.8	21.8	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty12**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sedikit	21	26.9	26.9	26.9
	sedang	21	26.9	26.9	53.8
	seringkali	18	23.1	23.1	76.9
	sepenuhnya dialami	18	23.1	23.1	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty13**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sama sekali	49	62.8	62.8	62.8
	sedikit	13	16.7	16.7	79.5
	sedang	15	19.2	19.2	98.7
	seringkali	1	1.3	1.3	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty14**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sama sekali	70	89.7	89.7	89.7
	sedikit	8	10.3	10.3	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty15**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat buruk	5	6.4	6.4	6.4
	buruk	14	17.9	17.9	24.4
	biasa saja	12	15.4	15.4	39.7
	baik	44	56.4	56.4	96.2
	sangat baik	3	3.8	3.8	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty16**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	4	5.1	5.1	5.1
	tidak puas	22	28.2	28.2	33.3
	biasa saja	19	24.4	24.4	57.7
	puas	26	33.3	33.3	91.0
	sangat puas	7	9.0	9.0	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty17**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	3	3.8	3.8	3.8
	tidak puas	28	35.9	35.9	39.7
	biasa saja	24	30.8	30.8	70.5
	puas	20	25.6	25.6	96.2
	tidak puas	3	3.8	3.8	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty18**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	9	11.5	11.5	11.5
	tidak puas	44	56.4	56.4	67.9
	biasa saja	21	26.9	26.9	94.9
	puas	3	3.8	3.8	98.7
	sangat puas	1	1.3	1.3	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty19**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak puas	23	29.5	29.5	29.5
	biasa saja	30	38.5	38.5	67.9
	puas	24	30.8	30.8	98.7
	sangat puas	1	1.3	1.3	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty20**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak puas	4	5.1	5.1	5.1
	biasa saja	27	34.6	34.6	39.7
	puas	45	57.7	57.7	97.4
	sangat puas	2	2.6	2.6	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty21**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak puas	12	15.4	15.4	15.4
	biasa saja	59	75.6	75.6	91.0
	puas	7	9.0	9.0	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty22**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	1	1.3	1.3	1.3
	tidak puas	7	9.0	9.0	10.3
	biasa saja	23	29.5	29.5	39.7
	puas	44	56.4	56.4	96.2
	sangat puas	3	3.8	3.8	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty23**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	2	2.6	2.6	2.6
	tidak puas	8	10.3	10.3	12.8
	biasa saja	21	26.9	26.9	39.7
	puas	41	52.6	52.6	92.3
	sangat puas	6	7.7	7.7	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty24**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	5	6.4	6.4	6.4
	tidak puas	12	15.4	15.4	21.8
	biasa saja	18	23.1	23.1	44.9
	puas	39	50.0	50.0	94.9
	sangat puas	4	5.1	5.1	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty25**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	8	10.3	10.3	10.3
	tidak puas	10	12.8	12.8	23.1
	biasa saja	19	24.4	24.4	47.4
	puas	40	51.3	51.3	98.7
	sangat puas	1	1.3	1.3	100.0
	Total	78	100.0	100.0	

**pty26**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	selalu	5	6.4	6.4	6.4
	sering	24	30.8	30.8	37.2
	cukup sering	11	14.1	14.1	51.3
	jarang	16	20.5	20.5	71.8
	tidak pernah	22	28.2	28.2	100.0
	Total	78	100.0	100.0	



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (PSIK)**  
JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM. 10 MAKASSAR 90245  
TELP : 0411-586010, 586296 FAX. 0411 - 586297

09 Juli 2013

Nomor : 474/UN.4.7.4.1.27/PL.02/2013

Hal : Izin Penelitian

Kepada

Yth. : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Muna

di -  
Tempat

Dengan hormat, dalam rangka penyelesaian studi Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, maka dengan ini dimohon kiranya Mahasiswa yang tersebut namanya di bawah ini :

Nama : Harnia

No. Pokok : C12112621

Judul Penelitian : GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN RIWAYAT JATUH DI KECAMATAN BARANGKA KABUPATEN MUNA

dapat diberikan izin penelitian untuk penyusunan skripsi di wilayah kerja Puskesmas Wuna dan Puskesmas Barangka Kecamatan Barangka pada tanggal 15 Juli s/d 31 Agustus 2013.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Program,



**Dr. Werna Nontji, S.Kp, M.Kep**  
NIP.19500114 197207 2001

PEMERINTAH KABUPATEN MUNA  
DINAS KESEHATAN  
JL. MH. Thamrin NO.15. TLP. 04032521068  
RAHA

---

Nomor : 851/21/VII/2013

Raha, 21 Juli 2013

Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Izin Penelitian An. Harnia

Kepada Yth.  
Kepala Puskesmas Wuna  
di –

Tempat

Menunjuk surat Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) FK-UNHAS Nomor 474/UN.4.7.4.1.27/PL.02/2013 tentang izin penelitian mahasiswa seperti tertulis pada perihal diatas, maka bersama ini disampaikan kepada saudara agar mahasiswa tersebut difasilitasi sesuai kebutuhan (judul penelitian terlampir).

Demikian disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

An. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Muna,  
Kabid. Kesga,



La Ode Muhlisi, A.Kep.M.Kes  
NIP. 19641231 198703 1 223

Tembusan, Yth.

1. Ketua PSIK – FK UNHAS di Makassar
2. Arsip

PEMERINTAH KABUPATEN MUNA  
DINAS KESEHATAN  
JL. MH. Thamrin NO.15. TLP. 04032521068  
RAHA

---

Nomor : 852/21/VII/2013

Raha, 21 Juli 2013

Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Izin Penelitian An. Harnia

Kepada Yth.  
Kepala Puskesmas Barangka  
di –

Tempat

Menunjuk surat Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) FK-UNHAS Nomor 474/UN.4.7.4.1.27/PL.02/2013 tentang izin penelitian mahasiswa seperti tertulis pada perihal diatas, maka bersama ini disampaikan kepada saudara agar mahasiswa tersebut difasilitasi sesuai kebutuhan (judul penelitian terlampir).

Demikian disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

An. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Muna,  
Kabid. Kesga,



La Ode Muhlisi, A.Kep.M.Kes  
NIP. 19641231 198703 1 223

Tembusan, Yth.

1. Ketua PSIK – FK UNHAS di Makassar
2. Arsip

**PEMERINTAH KABUPATEN MUNA**  
**KECAMATAN BARANGKA**  
**PUSKESMAS WUNA**

---

**SURAT KETERANGAN TELAH MELAKSANAKAN PENELITIAN**

**NOMOR : 32 / VIII / 2013**

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Puskesmas Wuna, menerangkan bahwa :

Nama : **HARNIA**  
No. Pokok : C12112621  
Program Studi : Ilmu Keperawatan (PSIK) FK-UNHAS  
Lokasi Penelitian : Puskesmas Wuna

Bahwa yang tersebut namanya diatas telah melaksanakan Penelitian / Pengambilan Data di Puskesmas Wuna Kecamatan Barangka, sebagai kelengkapan dalam penyusunan skripsi dengan judul :

***“GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN RIWAYAT JATUH DI KECAMATAN BARANGKA KABUPATEN MUNA”***

Yang dilaksanakan dari tanggal 22 Juli 2013 s/d 22 Agustus 2013.

Demikian surat keterangan ini untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Wuna, 22 Agustus 2013  
Kepala Puskesmas Wuna  
  
**MUDARSILAN, SKM**

**NIP. 19711231 199203 1 032**

**PEMERINTAH KABUPATEN MUNA**  
**KECAMATAN BARANGKA**  
**PUSKESMAS BARANGKA**

---

**SURAT KETERANGAN TELAH MELAKSANAKAN PENELITIAN**

**NOMOR : 20. / VIII / 2013**

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Puskesmas Barangka, menerangkan bahwa :

Nama : HARNIA

No. Pokok : C12112621

Program Studi : Ilmu Keperawatan (PSIK) FK-UNHAS

Lokasi Penelitian : Puskesmas Barangka

Bahwa yang tersebut namanya diatas telah melaksanakan Penelitian di Puskesmas Barangka Kecamatan Barangka , sebagai kelengkapan dalam penyusunan skripsi dengan judul :

***“GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN RIWAYAT JATUH DI KECAMATAN BARANGKA KABUPATEN MUNA”***

Yang dilaksanakan dari tanggal 22 Juli 2013 s/d 22 Agustus 2013.

Demikian surat keterangan ini untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Barangka, 22 Agustus 2013

Kepala Puskesmas Barangka



**DALMAJAH R, SKM**

NIP. 19630715 198411 2 003