

SKRIPSI

HUBUNGAN *LONELINESS* DENGAN *QUALITY OF LIFE* LANSIA DI WILAYAH

KERJA PUSKESMAS DAHLIA KECAMATAN MARISO

KOTA MAKASSAR



OLEH:

DINIANTO ADITIA

R011221015

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

SKRIPSI

**HUBUNGAN *LONELINESS* DENGAN *QUALITY OF LIFE* LANSIA DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS DAHLIA KECAMATAN MARISO**

KOTA MAKASSAR

*Skripsi Ini Dibuat Dan Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mendapatkan
Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



OLEH:

DINIANTO ADITIA

R011221015

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

Halaman Persetujuan

**HUBUNGAN *LONELINESS* DENGAN *QUALITY OF LIFE* LANSIA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS DAHLIA KECAMATAN MARISO KOTA MAKASSAR**



OLEH:

DINIANTO ADITIA

R011221015

Disetujui untuk Ujian Hasil

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2002

Pembimbing II

Nurlaila Fitriani, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep-J
NIP. 1991041 620220 44001

LEMBAR PENGESAHAN

**“HUBUNGAN *LONELINESS* DENGAN *QUALITY OF LIFE* LANSIA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS DAHLIA KECAMATAN MARISO KOTA MAKASSAR”**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Hari/Tanggal : Rabu, 8 November 2023

Pukul : 13.00 – Selesai

Tempat : Ruang Seminar Kp 112

Disusun Oleh:

DINianto ADITIA

R011221015

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Pembimbing I

Pembimbing II



Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M. Si

NIP. 196804212001122002



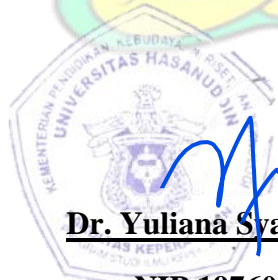
Nurlaila Fitriani, S.Kep. Ns., M.Kep., Sp. Kep.J

NIP. 199104162022044001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin



Dr. Yuliana Syam, S., Kep., Ns., M.Kes

NIP.19760618200212 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dinianto Aditia

Nim : R011221015

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian 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 ada paksaan sama sekali.

Makassar, Oktober 2023

Yang membuat pernyataan,



Dinianto Aditia

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim.

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh. Alhamdulillah rab-bil'alamin Puji dan syukur kehadiran Allah subhanahu wa ta'ala atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi dengan judul “**Hubungan *Loneliness* dengan *Quality of life* lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Dahlia Kecamatan Mariso Kota Makassar**” dapat terselesaikan. Skripsi penelitian ini disusun sebagai bagian dari salah satu rangkaian dalam menyelesaikan studi jenjang Strata-I (S1) pada Program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin. Dalam penyusunannya, penulis tentu menemukan berbagai hambatan dan kendala tetapi hal tersebut dapat teratasi dengan bantuan Allah subhanahu wa ta'ala dan bimbingan serta bantuan dari berbagai pihak.

Penulis ingin menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada keluarga tercinta, ayahanda, ibunda, Kakak serta adik tercinta, yang telah memberikan do'a, ridho, dan kasih sayangnya selama ini dalam proses penyelesaian skripsi ini. Peneliti juga ingin mengucapkan terimakasih setinggi-tingginya kepada seluruh pihak yang telah membantu kelancaran penyusunan skripsi ini, diantaranya:

1. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.

3. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si. selaku pembimbing I dan Ibu Nurlaila Fitriani, S.Kep.,Ns.M.Kes.,Sp., Kep.J selaku pembimbingan II yang senantiasa memberikan masukan dan arahan dalam penyempurnaan skripsi ini.
4. Ibu Wa Ode Nur Isnah S., S.Kep., Ns., M.Kes selaku dosen penguji I dan Bapak Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC,MN selaku penguji II yang membantu memberikan saran dan masukannya dalam penulisan skripsi ini.
5. Seluruh dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
6. Seluruh teman-teman khususnya mahasiswa Kerjasama Angkatan 2022 yang senantiasa meluangkan waktunya mendengarkan keluh kesah, memberikan dukungan, dan motivasi.

Makassar, Juni 2023

Dinianto Aditia

ABSTRAK

Dinianto Aditia. R011221015. **HUBUNGAN *LONELINESS* DENGAN *QUALITY OF LIFE* LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DAHLIA KECAMATAN MARISO KOTA MAKASSAR.** Dibimbing oleh Ariyanti Saleh dan Nurlaila Fitriani.

Latar Belakang : Lansia yang kesepian selalu merasa tidak puas dengan hubungan sosial dimana seseorang memiliki standarnya sendiri. *Quality of life* lansia merupakan konsep yang kompleks yang meliputi beberapa aspek sehingga hal ini dikaitkan antara *loneliness* dengan *quality of life* lansia yang menurun.

Tujuan : Mengetahui hubungan *loneliness* dengan *quality of life* lansia di wilayah kerja Puskesmas Dahlia

Metode : Penelitian kuantitatif dengan desain penelitian Cross-Sectional. Teknik sampling yang digunakan adalah Purposive Sampling yang melibatkan 328 responden dengan menggunakan kuesioner Ucla dan kuesioner Whoqol Bref.

Hasil : Hasil penelitian didapatkan hampir seluruh di wilayah kerja Puskesmas Dahlia (92,4%) lansia yang mengalami *loneliness* rendah, dan terdapat (75,6%) lansia dengan *quality of life* yang buruk. Hasil uji statistik menggunakan uji korelasi *Spearman Rho* didapatkan nilai ($p=0,001<0,05$) yang menunjukkan hubungan yang signifikan antara variabel *loneliness* dengan *quality of life*. Besar koefisien korelasi -0,180 yang dimana semakin rendah tingkat *loneliness* maka semakin tinggi *quality of life* lansia, begitupun sebaliknya.

Kesimpulan dan Saran : Terdapat hubungan yang lemah antara *loneliness* dengan *quality of life* lansia di wilayah kerja Puskesmas Dahlia. Diharapkan pada lansia untuk hidup produktif serta menjalin kontak sosial dengan teman ataupun tetangga agar tidak merasa *loneliness* sehingga *Quality of life* pada lansia menjadi meningkat.

Kata Kunci : *Loneliness*, *Quality of life*, Lansia
Sumber Literatur : **30 Kepustakaan (2005-2023)**

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN SAMPUL DEPAN | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI..... | iv |
| KATA PENGANTAR..... | v |
| ABSTRAK..... | vii |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xi |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR BAGAN..... | ii |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Signifikasi Penelitian..... | 5 |
| C. Rumusan Masalah | 6 |
| D. Tujuan Penelitian..... | 6 |
| E. Kesesuaian Penelitian Dengan Roadmap Prodi | 7 |
| F. Manfaat Penelitian..... | 7 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 9 |
| A. TINJAUAN VARIABEL INDEPENDEN | 9 |
| 1. Definisi <i>Loneliness</i> (Kesepian) | 9 |
| 2. Tipe – Tipe Kesepian..... | 10 |
| 3. Penyebab Kesepian | 10 |

| | |
|--|----|
| 4. Dampak Kesepian..... | 12 |
| 5. Instrumen Pengukur Kesepian | 12 |
| B. TINJAUAN VARIABEL DEPENDEN..... | 13 |
| 1. <i>Quality of life</i> (Kualitas Hidup) lansia | 13 |
| 2. Dimensi Kualitas Hidup | 14 |
| 3. Komponen Kualitas Hidup..... | 15 |
| 4. Pengertian Lansia | 18 |
| 5. Teori- Teori Proses Penuaan..... | 19 |
| 6. Tipe-tipe lansia | 21 |
| 7. Perubahan yang terjadi pada lansia | 21 |
| 8. Hubungan antara Kesepian dan Kualitas Hidup Lansia..... | 24 |
| 9. Upaya untuk Mengurangi Kesepian dan Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia | 25 |
| C. Tinjauan penelitian terupdate terkait variabel | 26 |
| BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS | 29 |
| A. Kerangka Konseptual | 29 |
| B. Hipotesis Penelitian..... | 30 |
| BAB IV METODOLOGI PENELITIAN | 31 |
| A. Rancangan Penelitian | 31 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian..... | 31 |
| C. Populasi dan sampel | 32 |
| 1. Populasi..... | 32 |
| 2. Sampel..... | 32 |

| | |
|--|----|
| 3. Teknik Sampling | 32 |
| 4. Rumus dan Besar Sampel | 33 |
| 5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi | 33 |
| D. Variabel Penelitian..... | 34 |
| 1. Identifikasi variabel..... | 34 |
| 2. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif..... | 36 |
| E. Instrumen Penelitian..... | 36 |
| F. Manajemen Penelitian | 40 |
| 1. Pengumpulan Data | 40 |
| 2. Pengolahan Data | 42 |
| 3. Analisa Data | 42 |
| G. Alur Penelitian..... | 44 |
| H. Etik Penelitian | 44 |
| BAB V HASIL PENELITIAN..... | 47 |
| A. Hasil Penelitian | 48 |
| BAB VI PEMBAHASAN..... | 55 |
| A. Pembahasan..... | 55 |
| B. Implikasi dalam Praktek Keperawatan..... | 64 |
| C. Keterbatasan Penelitian | 65 |
| BAB VII PENUTUP | 66 |
| A. Kesimpulan | 66 |
| B. Saran..... | 66 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 68 |

| | |
|--|-----|
| Lampiran | xi |
| Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden..... | 70 |
| Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden | 71 |
| Lampiran 3 Instrumen Penelitian..... | 72 |
| Lampiran 4 Instrumen Penelitian..... | 73 |
| Lampiran 5 Instrumen Penelitian..... | 76 |
| Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Fakultas Keperawatan Unhas | 84 |
| Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Pelayanan Terpadu Satu Pintu (PTSP) Provinsi Sulawesi Selatan | 85 |
| Lampiran 8 Surat izin Penelitian dari Pelayanan Terpadu Satu Pintu (PTSP) Kota Makassar..... | 86 |
| Lampiran 9 Surat Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar | 87 |
| Lampiran 10 Surat Izin Etik Penelitian | 88 |
| Lampiran 11 Surat Selesai Penelitian dari Puskesmas Dahlia | 91 |
| Lampiran 12 Master Tabel | 92 |
| Lampiran 13 Hasil Analisa Data Uji SPSS | 133 |

| | |
|---|----|
| TABEL 2.1 Originalitas Penelitian | 26 |
| TABEL 4.1 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif | 36 |
| TABEL 4.2 Kisi-kisi kuesioner <i>loneliness</i> | 39 |
| TABEL 4.3 Kisi-kisi kuesioner <i>quality of life</i> | 40 |
| TABEL 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Lansia | 48 |
| TABEL 5.2 Analisa Item Pertanyaan <i>Loneliness UCLA</i> | 50 |
| TABEL 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan <i>Loneliness</i> | 53 |
| TABEL 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Domain <i>Quality of life</i> | 53 |
| TABEL 5.4 Tabulasi Silang Hubungan <i>Loneliness</i> dengan <i>Quality of life</i> <i>lansia</i> | 54 |

| | |
|-------------------------------|----|
| BAGAN 1 Kerangka Konsep..... | 29 |
| BAGAN 2 Alur Penelitian | 44 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Struktur penduduk dunia termasuk di Indonesia mengalami peningkatan populasi lansia (Andini et al, 2013). Banyak negara sedang memasuki era populasi aging dimana terjadi peningkatan persentasi penduduk lansia, dalam lima dekade terakhir (Herniwanti et al., 2020). Untuk mengatasi dampak peningkatan jumlah populasi lansia, diperlukan peran pemerintah dalam mengimplementasikan program, kebijakan dan regulasi yang tepat (Suryadi, 2020).

Meningkatnya populasi lansia di Indonesia mengalami peningkatan 2 kali lipat yaitu pada tahun 2019, jumlah populasi lansia telah mencapai 25,64 juta jiwa atau sekitar 9,6 % total populasi dimana sebelumnya populasi lansia dari 18 juta jiwa atau 7,56 % pada tahun 2010 dan akan terus meningkat hingga tahun 2035 menjadi 48, 2 juta jiwa atau 15,77 %. (Badan Pusat Statistik, 2019). Pada tahun 2020, populasi lansia sebanyak 9,9 dari total penduduk Indonesia atau bahkan 26,8 juta jiwa (BPS, 2020). Dari data tersebut, dapat menjelaskan bahwa jumlah populasi lansia meningkat yang dapat menandakan perubahan struktur umur dari segi aspek demografis (Partini, 2016).

Selain dampak demografi dari perubahan struktur umur, perubahan aspek sosial, ekonomi, dan psikologis menunjukkan peningkatan usia harapan hidup lansia (Sihab & Psikologi, n.d, 2018). Kondisi lansia yang semakin meningkat tidak menjadikan beban, namun diharapkan dapat memberikan manfaat

pemberdayaan bukan hanya diri sendiri, keluarga dan juga orang-orang disekitar keluarga serta pembangunan bangsa kedepannya (Partini, 2016). Upaya yang saat ini dilakukan oleh pemerintah dengan memperhatikan kesejahteraan lanjut usia dengan diterbitkannya pasal 13 ayat 3 UU Kesejahteraan Lanjut Usia No. 1998 berisi upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia, bertujuan untuk memberdayakan lanjut usia agar tetap memberdayakannya untuk berpartisipasi dalam pembangunan dengan memperhatikan tanggung jawab, kebijaksanaan, pengetahuan, kompetensinya, keterampilan , pengalaman, usia dan kebugaran fisik dan menjaga kesejahteraan lansia di tingkat mereka sendiri. Oleh karena itu, harapan setiap lansia, agar dirinya tetap aktif, sehat dan berkarya dalam pembangunan bangsa kedepannya (Partini, 2016). Perhatian pemerintah terhadap lansia terus disosialisasikan terus-menerus hingga saat ini. (Partini, 2016). Dalam meningkatkan kualitas hidup dan derajat kesehatan lansia, salah satu program pemerintah Indonesia adalah dengan pemberian edukasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat (Herniwanti et al., 2020). Namun demikian, perubahan struktur populasi pada lansia di Indonesia perlu adanya antisipasi awal, karena perubahan struktural populasi pada lansia akan menimbulkan persoalan yang muncul di kalangan lansia. (Partini, 2016).

Masalah kesehatan jiwa lansia adalah salah satu masalah yang berkembang di negara saat ini (Hermawati & Hidayat, 2019). Menurut Partini, 2016 mengatakan bahwa masalah objektif kesehatan jiwa yang dihadapi oleh lansia adalah kesepian, merasa tidak berguna dan kemunduran atau tidak mampu

sendiri. Sedangkan menurut Lim & Kua, 2011 menguraikan tentang kesepian adalah suatu kondisi yang secara alami dihadapi lansia dalam menjalani kehidupannya sehingga memicu terjadinya status kesehatan lansia menurun, tingkat kesejahteraan menurun berbanding lurus dari lansia yang menetap bersama dengan manusia lain. Menurut Indrayogi et al., 2022, mengatakan bahwa dilihat dari proses penuaan (*aging*) yang terjadi pada lansia berarti proses penurunan fungsi organ dipengaruhi oleh kualitas hidup produktifitas yang menurun.

Seseorang merasa kesepian jika dia tidak puas dengan hubungan sosial yang dia ciptakan. Seseorang akan terpusat dalam mencapai keintiman dengan orang lain sehingga mereka tidak merasa sendirian. Kesepian adalah suatu kondisi akibat ketidakpuasan dengan hubungan sosial di mana seseorang memiliki standarnya sendiri. Secara khusus, beberapa penelitian menunjukkan bahwa kesepian dikaitkan dengan perilaku bunuh diri pada populasi orang dewasa (Sticklea & Koyanagic, 2016). Kesehatan fisik yang buruk dikaitkan dengan kesepian pada orang dewasa muda dan paruh baya, tetapi tidak di kemudian hari. Kualitas partisipasi sosial dapat melindungi mereka dari kesepian, sedangkan pada dewasa muda berhubungan dengan jumlah partisipasi sosial (Hermawati & Hidayat, 2019). Dengan demikian kesepian dapat dikaitkan dengan kualitas hidup menurun (Hermawati & Hidayat, 2019).

Kualitas hidup merupakan konsep yang kompleks dan meliputi berbagai aspek, seperti kesehatan fisik dan mental, hubungan sosial, lingkungan, dan kepuasan hidup. Kualitas hidup lansia menjadi penting untuk diperhatikan karena dapat mempengaruhi kesejahteraan mereka secara keseluruhan (Cacioppo,

J. T., 2018). Menurut Anis et. al, 2012, Hasil penelitian terkait dengan *Quality of life* menunjukkan bahwa sebagian besar lansia di panti werdha Hargo Dedali Surabaya memiliki korelasi koefisien paling besar, salah satu faktor yang mempengaruhi yakni faktor psikologis. Hasil penelitian Verawati, tahun 2015, Mahasiswi fakultas psikologi dari Universitas Kristen Satya Wacana pada penelitian di Panti Werdha Sumarah, kabupaten Banyuasin Sumatera Selatan menunjukkan bahwa mayoritas lansia yang tinggal sendiri di rumah mengalami kesepian ringan (4%), sedang (96%). Sedangkan indikator kesepian lansia yang tinggal bersama anak adalah kesepian ringan (4%), sedang (72%), dan kesepian berat (24%). Survey dari UCLA, USA (2000) menunjukkan bahwa kesepian merupakan risiko kesehatan terbesar kelima setelah daftar kecelakaan, adaptasi seksual dan kehamilan yang tidak diinginkan (Syariadi, 2018).

Setelah dilakukan hasil observasi dan wawancara awal peneliti yang diperoleh pada hari Rabu, 12 Juli 2023 pada pukul 10.00 wita dari beberapa lansia di wilayah kerja Puskesmas Dahlia, mereka beranggapan bahwa jika keluarga mereka sudah beraktifitas keluar rumah, beliau ditinggal sendiri di rumah. Selain itu, mereka juga beranggapan bahwa semenjak pasangan mereka telah meninggal, mereka tampak kerepotan sehingga merasa sering kelelahan dalam kesehariannya. Dengan demikian, ditemukan bahwa beberapa lansia terkadang merasa kesepian. Hal tersebut mendukung fakta bahwa lansia cenderung mengalami kesepian. Menurut Chen, Y, 2020, mengatakan bahwa *loneliness* dapat menurunkan *quality of life* lansia.

Hasil penelitian terkait dengan *loneliness* lansia di kota makassar antara lain Pengaruh kesepian terhadap stress pada lanjut usia oleh Alqadri dan megawati tahun 2017 dan hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup lansia pasca stroke di wilayah kerja puskesmas kota makassar oleh Hardiyanti Yunus tahun 2020, namun belum ada penelitian yang menyelidiki hubungan antara kesepian dengan kualitas hidup lansia khususnya di Kota Makassar. Oleh sebab itu, tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara kesepian dengan kualitas hidup lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Dahlia. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang berharga bagi para profesional kesehatan, psikolog dan pemerintah untuk mengembangkan program dan kebijakan yang lebih baik bagi lansia untuk meningkatkan kesejahteraan lansia. Karena kondisi ini lebih dipahami, harapannya adalah untuk mengembangkan intervensi yang efektif yang mengurangi risiko kesepian, meningkatkan kualitas hidup dan meningkatkan kesehatan orang dewasa secara keseluruhan.

B. SIGNIFIKASI PENELITIAN

Hasil pemaparan dari penelitian masalah diatas, Peneliti dapat menyimpulkan bahwa:

1. Terdapat populasi lansia yang semakin meningkat
2. Pada Lansia cenderung merasakan kesepian
3. Terdapat penemuan bahwa *loneliness* atau kesepian berhubungan dengan penurunan kualitas hidup pada lansia

C. RUMUSAN MASALAH

Setelah dilakukan hasil observasi dan wawancara awal peneliti yang diperoleh pada hari Rabu, 12 Juli 2023 pada pukul 10.00 wita, dari beberapa lansia di wilayah kerja Puskesmas Dahlia, mereka beranggapan bahwa jika keluarga mereka sudah beraktifitas keluar rumah, beliau ditinggal sendiri di rumah. Selain itu, mereka juga beranggapan bahwa semenjak pasangan mereka telah meninggal, mereka tampak kerepotan sehingga merasa sering kelelahan dalam kesehariannya. Dengan demikian, ditemukan bahwa beberapa lansia terkadang merasa kesepian. Hal tersebut mendukung fakta bahwa lansia cenderung mengalami kesepian. Menurut Chen, Y, 2020, mengatakan bahwa *loneliness* dapat menurunkan *quality of life* lansia.

Berdasarkan uraian diatas, dapat dirumuskan masalah yakni “Apakah ada hubungan *loneliness* terhadap *quality of life* lansia di wilayah Puskesmas Dahlia Kecamatan Mariso Kota Makassar?”

D. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini untuk diketahui hubungan *loneliness* dengan *quality of life* lansia di wilayah kerja Puskesmas Dahlia Kecamatan Mariso Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui Karakteristik Lansia seperti umur, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan keluarga) di Wilayah Kerja Puskesmas Dahlia Kecamatan Mariso Kota Makassar.

- b. Diidentifikasi tingkat *Loneliness*/ Kesenjangan di wilayah kerja Puskesmas Dahlia
- c. Diidentifikasi *Quality of life*/ Kualitas Hidup lansia di Puskesmas Dahlia
- d. Diidentifikasi Hubungan antara *Loneliness* dengan *Quality of life* lansia di wilayah kerja Puskesmas Dahlia Kota Makassar

E. KESESUAIAN PENELITIAN DENGAN ROADMAP PRODI

Topik penelitian ini adalah hubungan *loneliness* dengan *quality of life* lansia yang mengacu pada Domain 2 yakni Optimalisasi pengembangan insani melalui pendekatan dan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat khususnya pada lansia.

F. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi suatu pertimbangan dalam membantu petugas kesehatan dalam memberikan edukasi baik kepada lansia maupun kepada pendamping lansia atau keluarga untuk meningkatkan pemahaman keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pada lansia.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber data yang berisi informasi mengenai hubungan *loneliness* dengan *quality of life* lansia sehingga bukan hanya masalah fisik, namun psikologis lansia juga perlu diperhatikan.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat memberi manfaat berupa ilmu dan pengalaman bagi peneliti dalam memahami berbagai penelitian terkait dengan edukasi lansia sekaligus menambah wawasan peneliti mengenai hubungan *loneliness* dengan *quality of life* lansia di wilayah kerja Puskesmas Dahlia Kota Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN VARIABEL INDEPENDEN

1. Definisi *Loneliness* (Kesepian)

Loneliness atau yang lebih dikenal dengan kata “kesepian” adalah perasaan kehilangan dan ketidakpuasan yang disebabkan karena hubungan sosial yang kita inginkan tidak sesuai dengan jenis hubungan sosial yang kita miliki (Dwi, A, 2019). Kesepian adalah perasaan bahwa Anda adalah orang asing, ditolak, terpisah dari orang lain (Partini, 2016). Kesepian adalah adanya kepribadian yang dinamis dalam diri individu dari sistem psikofisik yang menentukan ciri-ciri perilaku dan berpikir, kemudian keinginan individu untuk kehidupan sosial dan kehidupan di lingkungannya, serta adanya depresi yang bersifat emosional. gangguan yang ditandai dengan. dengan perasaan sedih, depresi, gembira, tidak berharga dan gagal (Russel et al., 1982). Kesepian mengacu pada keadaan mental dan emosional yang ditandai terutama oleh perasaan terisolasi dan kurangnya hubungan yang berarti dengan orang lain (Bruno, 2000). Kesepian adalah kondisi menyedihkan akibat tidak adanya hubungan yang memuaskan (Fry and Debats, 2012). Kesepian berhubungan dengan berbagai emosi negatif seperti depresi, kecemasan, kebahagiaan, ketidakpuasan, menyalahkan diri sendiri (Anderson et al., 1994). Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa kesepian adalah perasaan tidak menyenangkan yang ditandai dengan emosi negatif. dan

perasaan tidak menyenangkan seseorang dan konflik antara hubungan sosial yang diharapkan dan keberadaan hubungan yang berkomitmen.

2. Tipe – Tipe Kesepian

Weiss (1997) dalam Santrock (2003) menyebutkan bahwa ada dua bentuk kesepian yaitu:

- a. Isolasi emosional adalah bentuk kesepian yang terjadi ketika seseorang tidak memiliki hubungan dekat, seperti orang dewasa yang lajang, bercerai, dan berduka.
- b. Isolasi sosial adalah bentuk kesepian yang terjadi ketika seseorang tidak memiliki rasa diri yang terintegrasi, seperti tidak berpartisipasi dalam kelompok atau komunitas yang mencakup kohesi, minat yang sama, kegiatan yang terorganisir, dan kurangnya peran yang berarti. orang tersebut merasa terasing, bosan dan cemas.

3. Penyebab Kesepian

Peplau dan Perlman (1982) membagi penyebab kesepian menjadi dua kelompok, yaitu:

a. Pencegahan

Ada dua perubahan umum yang menyebabkan kesepian. Perubahan yang paling umum adalah memburuknya hubungan sosial ke tingkat suboptimal, contohnya termasuk berakhirnya hubungan dekat karena kematian, perceraian, atau putusnya hubungan romantis. Perubahan juga dapat terjadi ketika seseorang pindah ke lingkungan baru dan terpisah secara fisik dari orang lain. Perubahan lainnya adalah

perubahan kebutuhan atau keinginan sosial. Perubahan ini biasanya terjadi seiring bertambahnya usia seseorang dan berujung pada kesepian jika tidak diikuti dengan perubahan dalam hubungan sosial yang nyata.

b. Faktor predisposisi dan pendukung

Berbagai faktor pribadi dan situasional membuat orang lebih rentan terhadap kesepian. Kedua faktor ini meningkatkan kecenderungan seseorang untuk merasa kesepian dan juga membuat sulit menemukan kepuasan dalam hubungan sosialnya kembali. Beberapa karakteristik pribadi mungkin terkait dengan kesepian. Orang yang mengalami kesepian biasanya pemalu, tertutup dan tidak mengambil risiko yang cukup dalam hubungan sosial. Kesepian sering disertai dengan kebencian terhadap diri sendiri dan harga diri yang rendah. Tingkat sosial dan usia seseorang juga dapat meningkatkan kemungkinan kesepian. Orang yang berasal dari status sosial rendah atau miskin cenderung lebih sering mengalami kesepian. Orang dengan pendapatan rendah mengalami lebih banyak kesepian daripada orang dengan pendapatan tinggi. Brehm (2002) menambahkan bahwa interaksi jenis kelamin dan status perkawinan juga mempengaruhi kesepian. Pernikahan mengurangi kesepian pada pria. Di antara pasangan menikah, wanita dilaporkan lebih sering mengalami kesepian daripada pria.

4. Dampak Kesepian

Dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami kesepian, orang yang mengalami kesepian menilai orang lain secara negatif, tidak menyukai orang lain, tidak mempercayai orang lain, menginterpretasikan tindakan orang lain secara negatif, dan memiliki sikap bermusuhan. Orang yang mengalami kesepian cenderung memiliki keterampilan sosial yang kurang baik, cenderung pasif dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami kesepian, dan ragu untuk mengungkapkan pendapatnya di depan umum. Orang yang mengalami kesepian biasanya tidak responsif secara sosial dan tidak dapat dikenali. Orang yang mengalami kesepian juga biasanya lamban dalam menciptakan keintiman dalam hubungannya dengan orang lain. Perilaku seperti itu membatasi kesempatan seseorang untuk bersama orang lain dan mempromosikan pola komunikasi yang tidak memuaskan (Peplau dan Perlman, 1982).

Gunarsa (2014) menyatakan bahwa kesepian menimbulkan perasaan tidak berdaya, kurang percaya diri, ketergantungan dan kecerobohan. Orang tua yang mengidentifikasi dirinya kesepian melihat diri mereka tidak berharga, tidak peduli, dan tidak dapat dicintai. Perasaan seperti itu biasanya berdampak negatif pada kesehatan.

5. Instrumen Pengukur Kesepian

Instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kesepian adalah *University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale* yang dikembangkan oleh Daniel Russell (1996). Terdiri dari 20 kalimat dengan

empat pilihan jawaban yaitu “tidak pernah”, “jarang”, “kadang-kadang” dan “selalu”. Alat ukur ini dirancang untuk mengukur perasaan kesepian subjektif seseorang. Skala Kesepian UCLA Versi 3 adalah versi dari Skala Kesepian UCLA asli dan versi revisi dari Skala Kesepian UCLA. Versi pertama dibuat sehingga 10 dari 20 item asli diproduksi. Revisi kedua dibuat untuk menyederhanakan skala (Russell, 1996).

B. TINJAUAN VARIABEL DEPENDEN

1. *Quality of life* (Kualitas Hidup) lansia

Kualitas hidup adalah tingkat kepuasan atau ketidakpuasan yang dirasakan seseorang di berbagai bidang kehidupannya. Kualitas hidup meliputi kemandirian, privasi, pilihan, rasa hormat, dan kebebasan bertindak. Kualitas hidup lansia diklasifikasikan menjadi tiga bagian, yaitu kesejahteraan fisik, kesejahteraan psikologis, dan kesejahteraan interpersonal. Kualitas hidup adalah tingkat yang menggambarkan kesejahteraan individu, yang dapat dinilai dari kehidupannya. Kepentingan orang-orang ini biasanya tercermin dalam tujuan hidup, kendali pribadi, hubungan, pengembangan pribadi, kondisi spiritual dan material mereka (Cohen dan Lazarus dalam Larasati, 2011). Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kesehatan fisik, sosial dan emosional. Hal ini mengacu pada keadaan fisik dan emosional seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang didukung oleh sarana dan prasarana lingkungan sekitarnya. Kesejahteraan merupakan konsep multidimensi yang berhubungan dengan

sejumlah domain kesehatan mencakup komponen fisik, psikologis, emosional dan sosial. Persepsi individu terhadap kesejahteraan berhubungan dengan kesehatan yang berkaitan dengan kualitas hidup. Peningkatan kualitas hidup lansia dilakukan melalui pemberdayaan potensi lansia dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari disamping dukungan dari berbagai pihak dalam memberikan pelayanan keperawatan secara komprehensif dan holistik sehingga dapat dikembangkan berbagai kegiatan yang mendukung kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas. Kehangatan dan keterbukaan dalam keluarga dapat memberikan perasaan aman, diterima dan dicintai serta memberikan kebahagiaan dalam kehidupannya sehingga meningkatkan kualitas hidupnya.

2. Dimensi Kualitas Hidup

Netuveli dan Blane (2008) menjelaskan bahwa kualitas hidup memiliki dua dimensi, yaitu objektif dan subjektif. Kualitas hidup digambarkan dalam banyak hal, mulai dari unidimensional yang merupakan domain utama, yaitu. kesehatan atau kebahagiaan, hingga multidimensional, dimana kualitas hidup didasarkan pada beberapa domain yang berbeda, yaitu objektif (pendapatan, kesehatan, lingkungan) dan subjektif. (kepuasan hidup, kesejahteraan psikologis) domain. Kualitas hidup objektif didasarkan pada pengamatan eksternal individu seperti standar hidup, pendapatan, pendidikan, status kesehatan, umur panjang dan yang terpenting bagaimana individu dapat mengontrol dan secara sadar mengarahkan hidup mereka. Kualitas hidup dimensi subjektif

didasarkan pada respon psikologis individu terhadap kepuasan hidup dan kebahagiaan. Oleh karena itu, kualitas subyektif kehidupan adalah persepsi individu tentang bagaimana setiap orang dengan kehidupan yang baik mengalaminya. Area target diukur dengan indikator sosial yang menggambarkan standar hidup dalam kaitannya dengan norma budaya. Pada saat yang sama, domain subjektif diukur dengan cara individu memandang kehidupan yang disesuaikan dengan standar internal. Kualitas hidup adalah persepsi subjektif dan evaluasi kondisi hidup individu, berdasarkan standar internal (nilai, keinginan, aspirasi, dll). Dalam penilaian kualitas hidup lansia, aspek penting adalah otonomi, kemandirian, kapasitas pengambilan keputusan, adanya rasa sakit dan penderitaan, kemampuan sensorik, pemeliharaan sistem dukungan sosial, tingkat keuangan tertentu, perasaan berguna bagi orang lain dan kebahagiaan (Gurkova, 2011, Soosova, 2016).

3. Komponen Kualitas Hidup

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan dalam kaitannya dengan budaya dan sistem nilai di mana dia hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatiannya. Definisi WHO berfokus pada perspektif klien terhadap kualitas hidup dan mengasumsikan penilaian klien terhadap beberapa aspek kehidupan. Secara umum komponen kualitas hidup terbagi menjadi fungsi fisik, psikologis dan sosial. Beberapa penelitian menambahkan domain lain

seperti kognisi somatik, fungsi pekerjaan, status ekonomi, fungsi kognitif, produktivitas pribadi, dan keintiman. Menurut WHO (1996) WHOQOL-BREF, komponen kualitas hidup adalah sebagai berikut:

- a. Kesehatan fisik meliputi: aktivitas hidup sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan dan perawatan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, nyeri dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, dan kemampuan kerja.
- b. Kesehatan psikologis meliputi: citra dan penampilan tubuh, emosi negatif, emosi positif, harga diri, spiritualitas/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, ingatan dan konsentrasi.
- c. Hubungan sosial meliputi: hubungan pribadi, dukungan sosial dan aktivitas seksual.
- d. Lingkungan meliputi: keuangan, kebebasan, keamanan fisik, kesehatan dan pelayanan sosial: keterjangkauan dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan baru, partisipasi dan hiburan/rekreasi, lingkungan fisik (polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim) dan transportasi.

Sedangkan komponen kualitas hidup menurut WHO (2006) WHOQOL-OLD adalah sebagai berikut:

- a. Kapasitas sensorik menggambarkan aktivitas sensorik dan pengaruh kehilangan sensorik terhadap kualitas hidup.
- b. Otonomi adalah tujuan kemandirian lansia dan menggambarkan kemampuan dan kebebasan untuk hidup mandiri dan mengambil

keputusan sendiri.

- c. Aktivitas masa lalu, sekarang dan masa depan menggambarkan kepuasan tentang hidupnya. prestasi, kehidupan dan sesuatu yang diharapkan.
- d. Partisipasi sosial menggambarkan partisipasi dalam kehidupan sehari-hari, terutama dalam masyarakat.
- e. Kekhawatiran kematian dan mendekati kematian, kekhawatiran dan ketakutan akan kematian dan mereka yang dekat dengan kematian.
- f. Keintiman mengeksplorasi keterampilan dalam hubungan pribadi dan hubungan dekat.

Teori kualitas hidup yang dikembangkan oleh Wilson dan Cleary (1995) dan Peterson dan Brewdow (2004) merupakan hubungan kausal antara konsep kunci kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup (HRQOL). Teori ini terdiri dari lima faktor, yaitu faktor biologis/fisiologis, status gejala, status fungsional, persepsi kesehatan, dan kualitas hidup secara keseluruhan. Kelima faktor tersebut dipengaruhi oleh karakteristik individu dan lingkungan. Teori kualitas hidup dapat digambarkan pada diagram. Variabel biologis dan fisiologis mengacu pada disfungsi sel, organ, dan sistem organ. Faktor-faktor ini dinilai dengan tes diagnostik yang digunakan untuk menentukan perubahan biologis dan fisiologis yang dapat memengaruhi HRQOL. Gejala adalah perubahan keadaan fisik dan psikologis seseorang. Perkembangan gejala sebagai akibat dari hubungan yang kompleks antara banyak variabel biologis dan fisiologis dan

pengalaman gejala individu. Status gejala merupakan faktor penting dalam status fungsional. Status fungsional adalah kemampuan untuk melakukan tugas-tugas tertentu. Empat domain status fungsional adalah domain fisik (tenaga, istirahat, tidur dan nafsu makan); sosial (hubungan dengan keluarga dan teman atau tetangga; peran (peran siswa, orang tua, karyawan) dan psikologis/spiritual (kebahagiaan, pemikiran, keyakinan).

Persepsi kesehatan mewakili integrasi dan ekspresi subyektif dari semua komponen yang dijelaskan sebelumnya. Persepsi kesehatan dianggap prediktor sistem kesehatan dan perilaku kesehatan. Kualitas hidup mengacu pada kesejahteraan subjektif individu, kebahagiaan individu atau kepuasan hidup. Karakteristik individu dan lingkungan memengaruhi semua bagian model, tetapi terutama persepsi tentang kesehatan dan kualitas hidup.

4. Pengertian Lansia

Lanjut usia adalah tahap terakhir, yaitu lebih dari 45 tahun. (Mariska Aryono dan Robik Anwar Dani et al., n.d.), sedangkan (Siti Partini, 2016) mengatakan bahwa lansia merupakan tahapan terakhir dari proses menua. Pasal 1(2) Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 menyatakan bahwa lanjut usia adalah orang yang berumur sekurang-kurangnya 60 tahun. Penuaan adalah proses alami dari semua makhluk hidup. (Siti Partini, 2016). Penuaan adalah proses dimana suatu jaringan secara perlahan dapat memperbaiki kerusakan yang ditimbulkannya (Bandiyah, 2009). Menurut Depkes RI (2010), ada beberapa jenis lansia diantaranya:

- a. Kedewasaan adalah persiapan menuju masa tua, yang menunjukkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun)
- b. Awal tua, yaitu. kelompok yang akan mencapai usia tua dini (usia 60-64 tahun)
- c. Lansia berisiko tinggi terhadap berbagai penyakit degeneratif (usia > 65 tahun)

5. Teori- Teori Proses Penuaan

Menurut Maryam (2011), terdapat beberapa teori tentang proses penuaan, antara lain:

a. Teori biologi

1) Teori genetik dan mutasi (teori mutasi somatik)

Teori penuaan genetik dan mutasi ini diprogram secara genetik ke dalam spesies tertentu. Penuaan terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia terprogram dalam molekul atau DNA, dan setiap sel mengalami mutasi dari waktu ke waktu.

2) Teori radikal bebas

Teori ini menunjukkan bahwa ketidakstabilan radikal bebas menyebabkan oksidasi bahan organik, mengakibatkan ketidakmampuan sel untuk beregenerasi.

3) Teori autoimunitas

Teori ini menjelaskan bahwa penurunan limfosit T dan B menyebabkan ketidakseimbangan regulasi pada sistem imun. Sel normal tua dianggap asing, sehingga sistem merespons dengan menciptakan

antibodi yang menghancurkan sel-sel ini. Teorinya adalah penuaan terjadi karena dikaitkan dengan peningkatan produk autoantibodi.

4) Teori stress

Teori stres disebabkan oleh hilangnya sel-sel yang biasanya digunakan dalam tubuh, regenerasi jaringan tidak dapat menjaga stabilitas lingkungan internal, dan stres melelahkan sel-sel tubuh.

5) Teori telomer

Selama pembelahan sel, DNA membelah dalam satu arah. Setiap pertambahan menyebabkan ujung telomer memendek demi kromosom ganda, semakin sering mereka membelah, semakin cepat telomer memendek dan akhirnya tidak bisa lagi membelah.

6) Teori apoptosis

Teori ini menjelaskan teori bunuh diri sel, ketika lingkungan berubah, secara fisiologis perlu mengembangkan kegugupan program bunuh diri sel, dan perlu merusak sistem program reproduksi sel tumor. Menurut teori ini, lingkungan yang berubah, termasuk stres dan berkurangnya kadar hormon dalam tubuh, memicu terjadinya apoptosis di berbagai organ tubuh.

b. Teori Kejiwaan sosial

1) Tindakan atau kegiatan

Teori ini menjelaskan bahwa lansia yang sukses adalah yang aktif dan berpartisipasi dalam banyak kegiatan sosial.

2) Kepribadian yang Berevolusi (Teori Kesenambungan)

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada lansia sangat dipengaruhi oleh tipe kepribadiannya.

3) Teori Pembebasan (Teori Pemisahan)

Teori ini menjelaskan bahwa seseorang secara bertahap menarik diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari perusahaannya.

6. Tipe-tipe lansia

Menurut Nugroho (2009), ada 5 jenis lansia diantaranya:

- a. Orang bijak kaya akan pengalaman, mudah beradaptasi dengan perubahan zaman, ramah, rendah hati dan teladan.
- b. Tipe mandiri adalah tipe yang pilih-pilih pekerjaan dan memiliki pekerjaan
- c. Tipe tidak puas adalah tipe konflik internal dan eksternal yang menolak proses penuaan, yang menyebabkan hilangnya kecantikan, daya tarik fisik, kekuatan, status dan teman.
- d. Tipe merendahkan adalah orang tua yang menerima dan mengharapkan kebahagiaan.
- e. Tipe bingung adalah orang tua yang kehilangan kepribadiannya, mengasingkan diri, merasa rendah diri, pasif dan mudah tersinggung.

7. Perubahan yang terjadi pada lansia

Menurut Bendiyah (2009), perubahan pada lansia meliputi:

- a. Sel: jumlahnya berkurang, ukurannya bertambah, cairan intraseluler berkurang, proporsi protein di otot otak, ginjal dan hati, jumlah sel otak berkurang, mekanisme perbaikan sel terganggu.
- b. Sistem saraf: reaksi melambat dan hubungan antar saraf melemah, berat otak berkurang 10-20%, saraf sensorik berkontraksi, yang melemahkan respons visual dan pendengaran, saraf penciuman dan pengecapan menyusut, lebih banyak lagi. peka terhadap suhu, daya tahan dingin tubuh melemah, kurang peka terhadap sentuhan.
- c. Sistem visual: bidang penglihatan dan kemampuan mata untuk beradaptasi memburuk, lensa menjadi gelap (lensa menjadi kabur) menjadi katarak, terjadi sklerosis pada pupil, kemampuan membedakan warna menurun.
- d. Sistem pendengaran: Penurunan atau kehilangan pendengaran, terutama untuk suara atau nada tinggi, suara tidak jelas, kata-kata sulit dipahami 50% terjadi di atas usia 65 tahun, atrofi timpani menyebabkan otosklerosis.
- e. Sistem kardiovaskular: katup jantung menebal dan kaku, setelah usia 20 tahun, kapasitas kerja jantung menurun 1% setiap tahun, sensitivitas dan elastisitas pembuluh darah menurun, efisiensi pembuluh darah perifer menurun, posisi berubah dari . tidur dengan posisi duduk atau sebaliknya, tekanan darah bisa turun hingga 65 mmHg, peningkatan tekanan darah di pembuluh darah perifer akibat peningkatan resistensi, sistolik normal \pm 170 mmHg, diastolik normal \pm 95 mmHg.

- f. Sistem pengaturan tubuh: Pengaturan suhu hipotalamus dianggap sebagai termostat yang mengatur suhu tertentu, dipengaruhi oleh beberapa faktor yang sering terjadi, misalnya: penurunan suhu, refleksi dingin dan ketidakmampuan untuk memproduksi banyak. panas, yang menyebabkan penurunan aktivitas otot.
- g. Organ pernapasan: paru-paru kehilangan elastisitasnya, volume residu meningkat, pernapasan menjadi tegang, kapasitas pernapasan maksimum berkurang, dan kedalaman pernapasan berkurang. Kemampuan batuk menurun (menggigil menurun), O₂ arteri turun menjadi 75 mmHg, CO₂ arteri tidak berubah.
- h. Saluran cerna: banyak gigi tanggal, indra pengecap berkurang, kerongkongan mengembang, rasa lapar berkurang, keasaman lambung berkurang, waktu pengosongan berkurang, gerak peristaltik melemah dan sering sembelit, daya serap berkurang.
- i. Sistem urogenital: otot-otot kandung kemih melemah dan volumenya berkurang hingga 200 mg, frekuensi buang air kecil meningkat, wanita sering mengalami atrofi alat kelamin luar, pengeringan selaput lendir, penurunan elastisitas jaringan, dan ini disertai dengan atrofi dari alat kelamin luar.
- j. Sistem endokrin: produksi hampir semua hormon (ACTH, TSH, FSH, LH), penurunan sekresi hormon seks seperti estrogen, progesteron dan testosteron.

- k. Sistem kulit: kulit menjadi keriput dan berkeriput akibat keratinisasi dan hilangnya jaringan lemak, hilangnya elastisitas akibat hilangnya cairan dan pembuluh darah, kuku menjadi keras dan rapuh, jumlah dan fungsi kelenjar keringat berkurang, jumlah dan fungsinya. kelenjar keringat berkurang, sel-sel epidermis.
- l. Sistem muskuloskeletal: Tulang kehilangan cairan dan mudah rapuh, kifosis, penipisan dan pemendekan tulang, persendian membesar dan kaku, tendon berkontraksi dan mengalami sklerosis, atrofi serat otot menyebabkan gerakan lambat, kejang otot ringan, dan tremor.
- m. Perubahan Psikososial : Perubahan lainnya antara lain perasaan tidak aman, ketakutan, perasaan bahwa penyakit selalu mengancam, sering bingung, panik dan depresi.

8. Hubungan antara Kesepian dan Kualitas Hidup Lansia

Menurut Perlman, D. dan Peplau, L.A, 1981, beberapa penelitian menunjukkan bahwa kesepian dapat berdampak negatif pada kualitas hidup lansia. Kesepian dapat menyebabkan depresi, kecemasan, dan stres, yang pada akhirnya dapat memengaruhi kesehatan fisik dan mental lansia. Selain itu, Kesepian dapat dikurangi dengan adanya dukungan sosial. Menurut Batara & Kristianingsih (2020), kesepian dipengaruhi oleh dukungan sosial, yang ditunjukkan oleh individu yang merasa puas dan mendapatkan dukungan sosial dari orang-orang terdekat mereka. Orang-orang terdekat yang berarti bagi seseorang dapat memberikan dukungan emosional, materi, atau informasi yang disebut dukungan yang diperlukan. Hal itu

menyebabkan lansia dengan kesepian dapat menurunkan kualitas hidup. Di sisi lain, olahraga dapat mengurangi kesepian dan meningkatkan kualitas hidup orang tua.

9. Upaya untuk Mengurangi Kesepian dan Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa kesepian dan meningkatkan kualitas hidup lansia antara lain:

- a. Meningkatkan dukungan sosial lansia, misalnya dengan mengikuti kegiatan sosial atau mengikuti kelompok sosial.
- b. Meningkatkan partisipasi lansia dalam kegiatan sosial dan kemasyarakatan.
- c. Meningkatkan akses manula ke layanan kesehatan dan dukungan psikologis.
- d. Meningkatkan kualitas lingkungan fisik di sekitar lansia, misalnya dengan memperbaiki sarana dan prasarana umum

C. Tinjauan penelitian terupdate terkait variabel

| No. | Author, Tahun, Judul Penelitian, Negara | Tujuan Penelitian | Metode | Sampel/Partisipan | Hasil |
|-----|--|---|---|---|---|
| 1 | <p>Nama Penulis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nisa Hermawati • Ila Nurlaila Hidayat <p>Tahun Terbit : 2019</p> <p>Judul : <i>Loneliness</i> Pada Individu Lanjut Usia Berdasarkan Peran Religiusitas</p> <p>Negara : Bandung, Indonesia</p> | <p>Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran <i>loneliness</i> pada individu lanjut usia yang memiliki religiusitas.</p> | <p>Desain Penelitian :</p> <p>Studi ini menggunakan penelitian kualitatif deskriptif yang bersifat studi fenomenologi.</p> | <p>Sampel terdiri dari 2 subjek dimana terdapat 2 individu lanjut usia yang mengalami situasi kehilangan berupa pensiun dari pekerjaan dengan jabatan penting serta kematian pasangan hidup</p> | <p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada aspek kepribadian tetap percaya diri, pada aspek kepatuhan sosial dapat terus selaras dengan lingkungannya dan tidak mengalami depresi atau terisolasi, karena subjek masih dapat bergabung dengan lingkungan sosialnya.</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| 2 | <p>Nama Penulis :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dwi Astutik <p>Tahun Terbit : 2019</p> <p>Judul : Hubungan Kesepian Dengan <i>Psychological Well-Being</i> pada Lansia Di Kelurahan Sananwetan Kota Blitar</p> <p>Negara : Surabaya, Indonesia</p> | <p>Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan hubungan antara kesepian dengan <i>psychological well-being</i> pada lansia</p> | <p>Desain Penelitian:</p> <p>Jenis penelitian yang digunakan adalah <i>correlations study</i> berupa cross sectional</p> | <p>Total Sampel penelitian ini adalah 152 sampel yakni lansia yang berada di kelurahan Sananwetan Kota Blitar</p> | <p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin rendah tingkat kesepian yang dirasakan usia lanjut, maka akan semakin tinggi <i>psychological well-being</i> yang dirasakan usia lanjut tersebut</p> |
| 3 | <p>Nama Penulis :</p> <ul style="list-style-type: none"> Marcella Mariska Aryono | <p>Penelitian ini bertujuan untuk menguji hubungan</p> | <p>Desain Penelitian:</p> <p>Jenis penelitian yang diambil kuantitatif</p> | <p>Total Sampel penelitian ini adalah sebanyak 34</p> | <p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan negatif yang</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|---------------------|--|---|
| | <p>• Robik Anwar Dani Tahun Terbit : 2019 Judul : Kesenian dan Kesejahteraan Psikologis pada Lansia yang memilih melajang Negara : Surabaya, Indonesia</p> | <p>antara kesepian dan kesejahteraan psikologis pada individu lanjut usia yang melajang.</p> | <p>korelasional</p> | <p>sampel yaitu lansia laki-laki dengan usia di atas 45 tahun yang memilih untuk hidup sendiri dan tinggal di daerah Jawa Timur.</p> | <p>signifikan antara kesepian dengan kesejahteraan psikologis lansia yang memilih hidup melajang.</p> |
|--|--|--|---------------------|--|---|

Tabel 2.1 Originalitas Penelitian