

SKRIPSI

KUALITAS HIDUP PESERTA PROLANIS BERDASARKAN KEPESEERTAAN PROLANIS DAN POLA ISTIRAHAT DI KOTA MAKASSAR TAHUN 2018

SITTI ANDRIANI ANWAR
K111 15 533



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019**



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

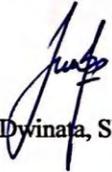
Makassar, 03 Mei 2019



Pembimbing I

Pembimbing II


Dian Sidik Arsyad, SKM, M.KM


Indra Dwinata, SKM, MPH.

Mengetahui

Ketua Departemen Epidemiologi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin


Jumriani Ansar SKM, M.Kes



PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Jum'at, 03 Mei 2019.

Ketua : Dian Sidik Arsyad, SKM, M.KM


(.....)

Sekretaris : Indra Dwinata, SKM, MPH


(.....)

Anggota : 1. Jumriani Ansar SKM, M.Kes


(.....)

2. Muhammad Rachmat, SKM, M.Kes


(.....)

3. dr. Mukhsen Sarake, MS


(.....)



SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sitti Andriani Anwar
NIM : K111 15 533
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
No. Hp : 081355494718
Email : sitiandriani.anwar@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi “**Kualitas Hidup Peserta Prolanis Berdasarkan Kepesertaan Prolanis Dan Pola Istirahat Di Kota Makassar Tahun 2018**” benar adalah asli karya penulis, bukan merupakan plagiarisme dan atau pencurian hasil karya milik orang lain, kecuali bagian-bagian yang merupakan acuan yang telah disebutkan sumbernya pada daftar pustaka. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa skripsi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 30 April 2019

Yang menyatakan,

Sitti Andriani Anwar



RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Epidemiologi
Makassar, 29 April 2019

Sitti Andriani Anwar

“Kualitas Hidup Peserta Prolanis Berdasarkan Kepesertaan Prolanis dan Pola Istirahat di Kota Makassar 2018”
(xii+107 halaman+19 tabel+6 lampiran)

Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan. Akibat tingginya prevalensi kasus penyakit kronis pada masyarakat khususnya lansia di Indonesia yang semakin meningkat setiap tahun serta untuk mencegah timbulnya komplikasi berlanjut, Pemerintah melalui BPJS Kesehatan bekerja sama dengan pihak pelayanan fasilitas kesehatan merancang suatu program yang terintegrasi dengan model pengelolaan penyakit kronis. Adanya Program Prolanis yang melibatkan Peserta Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan BPJS Kesehatan diterapkan membantu para peserta lansia untuk mengisi waktu mereka dengan aktivitas yang bermanfaat bagi kesehatan. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui Kualitas hidup dialami oleh peserta prolanis di puskesmas Tamamaung dan puskesmas Dahlia berdasarkan keaktifan kepesertaan prolanis dan pola istirahat dengan metode *exhaustive sampling*. Analisis yang digunakan adalah uji statistik *chi-square*.

Hasil penelitian kualitas hidup secara umum peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia adalah tidak memiliki perbedaan yaitu $p\text{ value} = 0,276$. Sedangkan Kepuasan kesehatan memiliki perbedaan yaitu $p\text{ value} = 0,000$. Berdasarkan analisis perbedaan 4 domain kualitas hidup peserta prolanis Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia. Hasil analisis domain kesehatan fisik, domain psikologis p, domain hubungan sosial dan domain lingkungan tidak menunjukkan perbedaan kualitas terkait perbedaan keaktifan kepesertaan prolanis terlihat bahwa $p\text{ value} = 0,207$ sehingga dapat disimpulkan bahwa secara uji statistik nilai proporsi menunjukkan tidak ada perbedaan keaktifan kepesertaan prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia. Berdasarkan analisis hubungan keaktifan kepesertaan prolanis dan pola istirahat terhadap 4 domain kualitas hidup dari hasil analisis *chi square* yaitu domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial dan domain lingkungan tidak memiliki $p\text{ value}$ yang signifikan sehingga tidak ada yang berhubungan

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan bagi penanggungjawab program prolanis di setiap Puskesmas, sebaiknya harus meningkatkan *follow up* dan *controlling* terhadap pesertanya. Khususnya peserta prolanis yang sudah mulai tidak aktif seluruh rangkaian program



ci : Kualitas hidup, prolanis, pola istirahat
staka : 51 (1989-2018)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbil alamin. Puji syukur kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan ridha-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi “Kualitas Hidup Peserta Prolanis Berdasarkan Kepesertaan Prolanis Dan Pola Istirahat Di Kota Makassar 2018”. Salawat serta salam juga dipanjatkan untuk Baginda Rasulullah Muhammad SAW yang merupakan sebaik-baiknya suri tauladan. Penghargaan yang setinggi-tingginya penulis persembahkan kepada kedua orang tua tercinta serta seluruh keluarga besar atas segala doa, kasih sayang, pengorbanan, dan dukungan yang tiada putus-putusnya diberikan kepada penulis.

Penyusunan skripsi ini tentunya tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak selama empat tahun masa perkuliahan saya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu M.A selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Bapak Dr. Aminuddin Syam selaku dekan, Bapak Ansariadi, Ph.D selaku Penasehat Akademik dan Bapak Prof. Sukri Palluturi SKM,M.Kes, M.Sc.,PH, Ph.D selaku wakil dekan bidang kemahasiswaan serta Ibu Jumriani Ansar, SKM, M.Kes selaku ketua Departemen Epidemiologi
2. Bapak Dian Sidik Arsyad, SKM, MKM dan Bapak Indra Dwinata, SKM, MPH selaku dosen pembimbing satu dan pembimbing dua yang senantiasa meluangkan waktunya yang sangat berharga untuk memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.



3. Ibu Jumriani Ansar, SKM, M.Kes selaku penguji dari Departemen Epidemiologi, Bapak Muhammad Rachmat selaku penguji dari Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP) dan dr. Mukhsen Sarake MS selaku penguji dari Departemen Biostatistik yang telah memberikan saran serta kritik yang membangun demi perbaikan skripsi ini.
4. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan berbagi pengalaman yang sangat berharga selama penulis menempuh pendidikan di FKM Unhas.
5. Seluruh Staf FKM atas segala bantuan yang diberikan, terkhusus kepada Kak Werda dan Kak Ani sebagai staf Departemen Epidemiologi yang telah memberikan banyak bantuan kepada penulis
6. Pihak Dinas Penanaman Modal, Pihak Kantor Walikota Makassar, Dinas Kesehatan Kota Makassar, Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia yang telah memberi izin serta membantu penulis selama penelitian berlangsung serta peserta prolanis Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia yang telah meluangkan waktunya untuk menjadi responden dalam penelitian ini.
7. Keluarga besar HIMAPID yang telah menemani, memberikan motivasi, doa dan dukungan selama penulis menjadi bagian dari Departemen Epidemiologi.
8. Keluarga besar organisasi di ISMKMI Nasional, *Executive Board* Aliansi Organisasi Mahasiswa Kesehatan se-Indonesia, Akademi Mahasiswa Berprestasi Unhas angkatan 2017, BEM FKM Unhas, POKJA ISMKMI telah menjadi sahabat, guru, kakak dan adik yang memberikan banyak



pengalaman, dukungan dan bantuan kepada penulis dari awal hingga sekarang ini.

9. Teman-teman lomba dan yang telah bersama penulis serta memberikan banyak pengalaman dan pembelajaran kepada penulis khususnya dalam bidang karya tulis ilmiah.
10. Teman-teman LD Al-‘Aafiyah FKM Unhas dan halaqoh Ummu Syuraik yang telah mengajarkan banyak hal serta selalu memberikan nasehat positif kepada penulis.
11. Sahabat seperjuanganku di FKM Unhas yang telah membantu, memotivasi dan mendoakan penulis hingga mampu menyelesaikan skripsi ini.
12. Kepada semua pihak yang tidak sempat penulis sebutkan dan telah membantu penulis baik secara moril maupun materil dan bantuan selama penelitian.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu, penulis sangat mengharapkan kontribusi pembaca baik berupa kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua serta bisa memberikan sedikit sumbangsih bagi perkembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 28 April 2019

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIAT	iv
RINGKASAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian.....	10
D. Manfaat Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Kualitas Hidup.....	13
B. Lansia	20
C. Epidemiologi Penyakit Lansia.....	23
D. Peserta prolanis.....	25
angka Teori	27



BAB III KERANGKA KONSEP	34
A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti	34
B. Kerangka Konsep	37
C. Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif	38
D. Hipotesis Penelitian.....	42
BAB IV METODE PENELITIAN	47
A. Jenis Penelitian.....	47
B. Lokasi Penelitian	47
C. Waktu Penelitian.....	50
D. Populasi Dan Sampel.....	50
E. Instrumen Penelitian	50
F. Pengumpulan Data	52
G. Pengolahan Data.....	53
H. Analisis Data	54
I. Penyajian Data	56
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	57
A. Hasil Penelitian	57
B. Pembahasan	79
C. Keterbatasan Penelitian	103
PENUTUP	105
Kesimpulan	105



B. Saran.....	106
DAFTAR PUSTAKA	108
LAMPIRAN.....	112



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori	33
Gambar 2. Kerangka Konsep	37



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Informed Consent</i>	113
Lampiran 2 Kuesioner Penelitian	114
Lampiran 3 Pengolahan dan Analisis Data	120
Lampiran 4 Dokumentasi Penelitian	140
Lampiran 5 Persuratan Penelitian	143
Lampiran 6 Riwayat Hidup Penulis.....	147



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan nasional adalah cita-cita suatu bangsa yang dapat terlihat dari bagaimana peningkatan taraf hidup dan *life expectancy* masyarakat, namun seiring dengan meningkatnya *life expectancy* maka mengakibatkan terjadinya transisi epidemiologi dalam bidang kesehatan akibat meningkatnya jumlah kesakitan karena penyakit degeneratif yang umumnya terjadi pada masyarakat lansia (lanjut usia).

Selain itu, akibat tingginya prevalensi kasus penyakit kronis pada masyarakat khususnya lansia di Indonesia yang semakin meningkat setiap tahun serta untuk mencegah timbulnya komplikasi berlanjut, Pemerintah melalui BPJS Kesehatan bekerja sama dengan pihak pelayanan fasilitas kesehatan merancang suatu program yang terintegrasi dengan model pengelolaan penyakit kronis bagi peserta penderita penyakit kronis yang disebut sebagai “PROLANIS” atau “Program Pengelolaan Penyakit Kronis”. Prolanis merupakan pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegratif yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis (khususnya penyakit Hipertensi dan DM tipe 2) untuk mencapai kualitas hidup yang optimal. Kegiatan Prolanis ini mencakup upaya-upaya pencegahan

komplikasi berlanjut dan peningkatan kesehatan masyarakat, yaitu meliputi



kegiatan konsultasi medis. klub prolanis, home–visit, dan skrining kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014).

Keadaan ini tentu saja sangat berkaitan dengan adanya dinamika kualitas hidup yang mempengaruhi banyak aspek khususnya pada masalah kesehatan yang terfokus oleh lansia. Masa lansia atau menua merupakan tahap paling akhir dari siklus kehidupan seseorang. Definisi klasifikasi umur menurut WHO (*World Health Organization*) dalam Sutikno menyatakan masa lanjut usia menjadi empat golongan, yaitu usia pertengahan (*middle age*) 40-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75–90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun (Sutikno, 2011).

Menurut (*World Health Organization*, 2013), proporsi populasi penduduk berusia lebih dari 60 tahun adalah 11,7% dari total populasi dunia dan akan terus meningkat sejalan dengan peningkatan usia harapan hidup. Jumlah lansia tahun 2009 telah mencapai 737 juta jiwa dan sekitar dua pertiga dari jumlah lansia tersebut tinggal di negara-negara berkembang seperti Indonesia. Secara global, Asia dan Indonesia dari tahun 2015 sudah memasuki era penduduk menua (*ageing population*) karena jumlah penduduknya yang berusia 60 tahun ke atas (penduduk lansia) melebihi angka 7%. Berdasarkan data proyeksi penduduk, diperkirakan tahun 2017 terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9,03%). Diprediksi jumlah penduduk lansia tahun 2020 ada 27,08 juta jiwa, tahun 2025 sejumlah 33,69 juta jiwa, tahun 2030 terdapat 40,95 juta jiwa dan tahun 2035 sebanyak 48,19 juta (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Angka kesakitan lansia tahun 2017 sebesar 26,72%. Artinya, dari 100 terdapat sekitar 27 lansia yang sakit. Dalam tiga tahun terakhir, angka



kesakitan lansia terus menurun. Akan tetapi, penurunannya relatif tidak terlalu besar. Dibandingkan tahun 2015, angka kesakitan lansia turun sekitar dua %. Secara geografis, angka kesakitan lansia bervariasi antar provinsi. Angka kesakitan tertinggi yaitu di Provinsi Aceh dimana lebih dari sepertiga lansia sakit dalam sebulan terakhir. Sedangkan provinsi dengan angka kesakitan terendah adalah Maluku yaitu 20,49 % (Badan Pusat Statistik, 2017).

Hampir separuh lansia mengalami keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir. Keluhan kesehatan yang dialami lansia disinyalir dipengaruhi oleh latar belakang faktor umur. Angka kesakitan lansia cenderung menurun setiap tahun. Pada tahun 2017, satu dari empat lansia sakit dalam sebulan terakhir. Sebagian besar lansia sakit selama 1-7 hari. Namun persentase lansia yang sakit lebih dari 3 minggu cukup besar, yakni sekitar 14%. Kesadaran lansia dalam merespon keluhan kesehatan yang dideritanya cukup tinggi. Mayoritas lansia mengobati keluhan kesehatannya, baik dengan mengobati sendiri maupun berobat jalan. Mengingat kondisi kesehatan lansia yang rentan terserang penyakit, perilaku sehat seperti rajin berolahraga dan tidak merokok, perlu diterapkan (Badan Pusat Statistik, 2017).

Adapun yang dimaksud kondisi sakit adalah keluhan kesehatan yang mengganggu kegiatan sehari-hari sehingga tidak dapat melakukan kegiatan secara normal sebagaimana biasanya. Berdasarkan tipe daerah tempat tinggal persentase lansia yang sakit parah di perkotaan lebih besar dibandingkan di perdesaan.

Selanjutnya, dilihat dari sisi jenis kelamin, lansia laki-laki yang mengalami sakit parah 4% lebih besar dibandingkan lansia perempuan. Sementara itu, tingkat keparahan



penyakit lansia sejalan dengan bertambahnya umur. (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Perbedaan tempat tinggal dapat menyebabkan munculnya perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologis dan spiritual religious lansia yang dapat berpengaruh terhadap status kesehatan penduduk usia lanjut yang tinggal di dalamnya dan Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2013, nampak pada lansia di Indonesia, jenis penyakit yang mendominasi adalah golongan penyakit tidak menular, penyakit kronik dan degeneratif, terutama golongan kardiovaskular (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Hampir separuh lansia Indonesia 47,92 % masih aktif bekerja di usia senjanya. Melihat besarnya persentase tersebut, perlu ditelusuri bagaimana pola istirahat yang diterapkan oleh mereka. persentase lansia bekerja lebih tinggi di perdesaan dibandingkan lansia di perkotaan yaitu 55,34% berbanding 40,93% dan pada lansia laki-laki dibandingkan lansia perempuan 63,29% berbanding 33,79%. Sebagian besar lansia yang bekerja berpendidikan SD ke bawah ada 82,05% dan sektor pertanian merupakan lapangan usaha yang banyak digeluti oleh lansia yaitu 55,18% dengan tingkat pendapatan paling rendah dibandingkan sektor lainnya. Melalui fakta ini, bisa dibayangkan bagaimana kualitas tenaga kerja lansia Indonesia dalam mempertahankan kualitas hidup mereka (Badan Pusat Statistik, 2017).

Jumlah Angka kesakitan yang terjadi tersebut pun tidak terlepas dari sebab bagaimana kualitas hidup yang dijalani oleh masyarakat lansia. *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks



budaya dan sistem nilai yang ada yang terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian. Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan. Pada umumnya warga lanjut usia menghadapi kelemahan, keterbatasan dan ketidakmampuan, sehingga kualitas hidup pada lanjut usia menjadi menurun.

Dengan bertambahnya umur, fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat proses degeneratif (penuaan) sehingga penyakit tidak menular banyak muncul pada usia lanjut. Selain itu masalah degeneratif menurunkan daya tahan tubuh sehingga rentan terkena infeksi penyakit menular. Penyakit tidak menular pada lansia di antaranya hipertensi, stroke, diabetes mellitus dan radang sendi atau rematik. Sedangkan penyakit menular yang diderita adalah tuberkulosis, diare, pneumonia dan hepatitis (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Nina Kemala Sari dari Divisi Geriatri, Departemen Ilmu Penyakit Dalam RS Cipto Mangunkusumo, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dalam suatu pelatihan di kalangan kelompok peduli lansia, menyampaikan beberapa masalah yang kerap muncul pada usia lanjut, yang disebutnya sebagai a series of I's. Mulai dari *immobility* (imobilisasi), *instability* (instabilitas dan jatuh), *incontinence* (inkontinensia) atau kondisi yang menyebabkan kehilangan kontrol kandung kemih, *intellectual impairment* (gangguan intelektual), *infection* (infeksi), *impairment of vision and hearing* (gangguan penglihatan dan pendengaran), *isolation* (depresi), *Inanition* (malnutrisi), insomnia (gangguan tidur) hingga *immune deficiency* (menurunnya kekebalan tubuh). Sumber lain menyebutkan, penyakit utama yang menyerang lansia ialah hipertensi, gagal



jantung dan infrak serta gangguan ritme jantung, diabetes mellitus, gangguan fungsi ginjal dan hati. Juga terdapat berbagai keadaan yang khas dan sering mengganggu lansia seperti gangguan fungsi kognitif, keseimbangan badan, penglihatan dan pendengaran. (Aprilianti, 2009.).

Seiring bertambahnya usia yang diikuti proses menua, terjadi penurunan kemampuan fisik, mental, dan aktivitas fungsional yang terjadi pada lansia. Kaum lansia rentan mengalami penyakit yang bersifat multipatologis atau mengenai multiorgan/sistem, atipik dan non-spesifik, bersifat degeneratif, kopatologis, serta saling terkait. Contohnya adalah penyakit hipertensi, Penyakit Jantung Koroner (PJK), stroke, diabetes mellitus, demensia dan osteoarthritis. Penyakit tersebut umumnya bersifat kronis progresif, cenderung menyebabkan kesakitan dan kecacatan lama yang berdampak pada kondisi kesehatan secara umum, kondisi sosial, serta keuangannya. Akibat selanjutnya adalah turunnya kualitas hidup lansia sebelum terjadinya kematian.

Berdasarkan hasil penelitian, dijelaskan bahwa level aktivitas fisik yang tinggi berhubungan dengan kualitas hidup yang baik pada lansia, baik dalam skala kualitas kesehatan fisik maupun kualitas kesehatan mental. Oleh karena itu, perlu disusun suatu program aktivitas fisik yang sesuai pada lansia, disertai dukungan kebijakan dari pemerintah setempat dan sosialisasinya. WHO merekomendasikan kebijakan untuk mempromosikan aktivitas fisik sebagai berikut: Pertama, memastikan bahwa lingkungan fisik untuk kegiatan berjalan kaki, bersepeda, dan aktivitas fisik lainnya dapat diakses dan aman bagi semuanya. Kedua, menganalkan kebijakan transportasi yang mempromosikan metode yang aktif dan dalam perjalanan menuju sekolah dan tempat kerja, seperti berjalan kaki



atau bersepeda. Ketiga, memperbaiki fasilitas olah raga, rekreasi dan kegiatan rekreasional lainnya. Keempat, meningkatkan jumlah ruang yang aman yang tersedia untuk aktif bermain (Dewi, 2018) Selain itu, pola istirahat yang baik dan teratur juga dapat menjadi perhatian penting yang harus diterapkan oleh lansia.

Hasil survey BPS (Badan Pusat Statistik) dan Statistik Sosial dan Ekonomi Rumah Tangga Sulawesi Selatan pada tahun 2014 diperkirakan jumlah total lansia di Sulawesi Selatan adalah 721.353 jiwa (9,19% dari total jumlah penduduk Sulawesi Selatan) (Badan Pusat Statistik, 2017) . Lansia terbanyak terdapat di Kabupaten Bone, kemudian kota Makassar berada pada urutan kedua dan Kabupaten Gowa merupakan urutan ketiga dengan jumlah lansia sebanyak 49.030 jiwa (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan,2014).

Sedangkan di Kota Makassar, yang merupakan tempat penelitian peneliti. Jumlah masyarakat yang termasuk kategori lansia awal umur 45-59 tahun terdapat 178.264 orang dan kategori lansia umur 60 tahun keatas terdapat 110.304 orang. Dimana, kejadian 8 penyakit tertinggi yang dialami masyarakat lansia antara lain penyakit Diabetes Mellitus, hipertensi dan asam urat, kolesterol tinggi, gangguan ginjal, gangguan kognitif, gangguan pendengaran dan gangguan penglihatan (Dinas Kesehatan Kota Makassar,2018). Sehingga dalam melakukan pengontrolan angka kesakitan khususnya angka kesakitan yang terjadi pada penyakit kronis. Prolanis telah diterapkan di 46 puskesmas di Kota Makassar yang melibatkan sasaran peserta pralansia dan lansia di fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas.

Bentuk-bentuk kegiatan dalam penyelenggaraan Prolanis di kota Makassar di setiap puskesmas tentu tidak jauh berbeda karena berlandaskan panduan



pelaksanaan Prolanis yang dikeluarkan oleh BPJS di tahun 2014. Tetapi, dari hasil observasi peneliti. Ada sedikit perbedaan intervensi yaitu terhadap pembagian kepesertaan Prolanis. Di Puskesmas Tamamaung yang terletak di pusat kota secara geografis, dalam pelaksanaan Prolanisnya tidak membedakan jadwal program pada setiap peserta yaitu peserta Prolanis dengan kategori penyakit DM dan Hipertensi mendapatkan intervensi dan jadwal program yang bersamaan. Sedangkan di Puskesmas Dahlia yang terletak di pinggiran Kota Makassar, membagi jadwal program peserta prolanis berdasarkan kategori DM atau Hipertensi. Sehingga aktivitas klub lansia yaitu senam dilaksanakan sebanyak dua kali dalam sepekan. Hal ini tentu sangat berkaitan dengan bagaimana bentuk optimalisasi pelayanan yang diberikan dari perbedaan kedua puskesmas tersebut terhadap dampak yang dirasakan oleh Peserta Prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia.

Maka dari itu, tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui Kualitas hidup dialami oleh peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia berdasarkan keaktifan kepesertaan prolanis dan pola istirahat.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan diatas maka dapat dirumuskan beberapa rumusan permasalahan dalam penelitian ini antara lain :

1. Bagaimana perbedaan kualitas hidup secara umum, kepuasan kesehatan dan 4 domain kualitas hidup pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan

kesmas Dahlia?



2. Bagaimana perbedaan kepuasan terhadap kesehatan pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia?
3. Bagaimana perbedaan kualitas hidup berdasarkan domain kesehatan fisik pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia?
4. Bagaimana perbedaan kualitas hidup berdasarkan domain psikologis pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia?
5. Bagaimana perbedaan kualitas hidup berdasarkan domain hubungan sosial pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia?
6. Bagaimana perbedaan kualitas hidup berdasarkan domain lingkungan pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia?
7. Bagaimana perbedaan keaktifan kepesertaan prolanis pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia?
8. Bagaimana hubungan keaktifan kepesertaan prolanis terhadap kualitas hidup berdasarkan domain kesehatan fisik pada peserta prolanis di kota Makassar?
9. Bagaimana hubungan keaktifan kepesertaan prolanis terhadap kualitas hidup berdasarkan domain Psikologis pada peserta prolanis di kota Makassar?
10. Bagaimana hubungan keaktifan kepesertaan prolanis terhadap kualitas hidup berdasarkan domain Hubungan sosial pada peserta prolanis di kota Makassar?
11. Bagaimana hubungan keaktifan kepesertaan prolanis terhadap kualitas hidup berdasarkan domain Lingkungan pada peserta prolanis di kota Makassar?
12. Bagaimana hubungan pola istirahat terhadap kualitas hidup berdasarkan domain kesehatan fisik pada peserta prolanis di kota Makassar?

13. Bagaimana hubungan pola istirahat terhadap kualitas hidup lansia berdasarkan domain psikologis pada peserta prolanis di kota Makassar?



14. Bagaimana hubungan pola istirahat terhadap kualitas hidup lansia berdasarkan domain hubungan sosial pada peserta prolanis di kota Makassar?
15. Bagaimana hubungan pola istirahat terhadap kualitas hidup lansia berdasarkan domain lingkungan pada peserta prolanis di kota Makassar?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah diuraikan diatas maka dapat diketahui tujuan dalam penelitian ini antara lain :

1. Tujuan Umum

Untuk Mengetahui Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Kepesertaan Prolanis Dan Pola Istirahat Di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup secara umum pada peserta prolanis Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia.
- b. Untuk mengetahui perbedaan kepuasan terhadap kesehatan pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia.
- c. Untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup berdasarkan domain kesehatan fisik pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia
- d. Untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup berdasarkan domain psikologis pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia
- e. Untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup berdasarkan domain hubungan sosial pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia.



- f. Untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup berdasarkan domain lingkungan pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia.
- g. Untuk mengetahui perbedaan keaktifan kepesertaan prolanis pada peserta prolanis di Puskesmas Tamamaung dan Puskesmas Dahlia
- h. Untuk mengetahui hubungan keaktifan kepesertaan prolanis terhadap kualitas hidup berdasarkan domain kesehatan fisik pada peserta prolanis di kota Makassar
- i. Untuk mengetahui hubungan keaktifan kepesertaan prolanis terhadap kualitas hidup berdasarkan domain Psikologis pada peserta prolanis di kota Makassar.
- j. Untuk mengetahui hubungan keaktifan kepesertaan prolanis terhadap kualitas hidup berdasarkan domain Hubungan sosial pada peserta prolanis di kota Makassar.
- k. Untuk mengetahui hubungan keaktifan kepesertaan prolanis terhadap kualitas hidup berdasarkan domain Lingkungan pada peserta prolanis di kota Makassar.
- l. Untuk mengetahui hubungan pola istirahat terhadap kualitas hidup berdasarkan domain kesehatan fisik pada peserta prolanis di kota Makassar
- m. Untuk mengetahui hubungan pola istirahat terhadap kualitas hidup lansia berdasarkan domain psikologis pada peserta prolanis di kota Makassar
- n. Untuk mengetahui hubungan pola istirahat terhadap kualitas hidup lansia berdasarkan domain hubungan sosial pada peserta prolanis di kota Makassar
- o. Untuk mengetahui hubungan pola istirahat terhadap kualitas hidup lansia berdasarkan domain lingkungan pada peserta prolanis di kota Makassar



D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

a. Bagi IPTEK

Dapat digunakan sebagai pedoman serta sebagai pengetahuan baru tentang keadaan kualitas hidup lansia di kota makassar berdasarkan 4 domain kualitas hidup oleh WHOQOL dan gambaran penyakitnya serta dapat dijadikan sebagai bahan untuk penelitian selanjutnya.

b. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi bagi institusi akademik kesehatan.

2. Praktis

a. Bagi Peneliti

Memperoleh pengalaman nyata dan pengetahuan tambahan terakit keadaan lansia di Kota Makassar.

b. Bagi Peneliti selanjutnya

Penelitian ini bisa dijadikan sebagai literatur untuk peneliti selanjutnya.

c. Bagi Puskesmas

Sebagai masukan dan informasi bagi Puskesmas dalam melaksanakan PROLANIS.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) Group, didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang. (Nimas, 2012).

Kinghron, seperti yang dipaparkan oleh (Mardyaningsih, 2014) mengatakan bahwa kualitas hidup memiliki dua komponen dasar yaitu subjektifitas dan multidimensi, subjektifitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari salah satu sudut pandang klien itu sendiri dan ini hanya dapat diketahui dengan bertanya langsung pada klien dan multidimensi yang bermakna kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi aspek biologi, fisik, psikologis, sosial dan lingkungan. Kualitas hidup merupakan persepsi subjektif dari individu terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari yang dialaminya (Rubbyana, 2012) .

Kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dilihat dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya,



hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. Menurut Cohan & Lazarus dalam (Bernadeta, 2017).

Kualitas hidup sebagai persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup seseorang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standard dan kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup individu yang satu dengan yang lainnya akan berbeda, hal itu tergantung pada definisi atau interpretasi masing-masing individu tentang kualitas hidup yang baik. Kualitas hidup akan sangat rendah apabila aspek-aspek dari kualitas hidup itu sendiri masih kurang dipenuhi (Maria Leyn Blaong Karangora, 2015).

Berdasarkan penjelasan yang dipaparkan maka dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi individu di dalam kehidupan, dalam konteks sosial, budaya, ekonomi yang saling mempengaruhi keadaan fisik dan psikis individu dan tidak menutup kemungkinan berdampak pada keadaan kesehatan individu dan sistem nilai di mana individu hidup berkaitan dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu.

2. Domain Kualitas Hidup

Sebagai konsep yang luas, kualitas hidup meliputi enam domain, yaitu kesehatan fisik, psikologis, tingkat independensi, hubungan sosial, lingkungan, dan keyakinan spriritual WHO, 1998 dalam (Deborah, 2012).

Dalam beberapa tahun terakhir, terdapat beberapa domain kualitas hidup yang digabung dalam alat ukur yang dikembangkan oleh WHO, yaitu domain



pertama dan ketiga serta domain kedua dan keenam, sehingga domain kualitas hidup dalam ukur yang baru kualitas hidup yang baru ada 4 domain.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh WHO, ditemukan bahwa keempat domain kualitas hidup memiliki kontribusi yang signifikan pada kualitas hidup, dengan kata lain, domain-domain tersebut mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini menunjukkan bahwa keempat domain tersebut harus seluruhnya diperhitungkan dalam mengukur kualitas hidup seseorang (World Health Organization, 1998).

Berikut akan dijelaskan mengenai empat domain tersebut.

a. Kesehatan fisik

Domain kesehatan fisik secara garis besar menjelaskan aspek-aspek yang berhubungan dengan kesehatan fisik. Domain ini, terdiri dari atas tujuh facet yaitu:

- 1) *Pain and discomfort*: berhubungan dengan sensasi fisik yang tidak menyenangkan yang dialami oleh seseorang.
- 2) *Energy and fatigue*: berhubungan dengan entusiasme serta daya tahan seseorang dalam menjalankan kegiatan setiap harinya, termasuk aktivitas-aktivitas khusus seperti rekreasi.
- 3) *Sleep and rest*: berhubungan dengan banyaknya waktu tidur dan istirahat serta masalah-masalah yang terkait di dalamnya. Facet ini juga berhubungan tentang ketergantungan seseorang pada obat tidur.



- 4) *Mobility*: berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk pindah dari suatu tempat ke tempat lain atau bergerak di rumah, tempat kerja, atau dari fasilitas transportasi.
- 5) *Activities*: berhubungan dengan kemampuan seseorang menunjukkan aktivitas sehari-hari, termasuk perawatan diri yang tepat.
- 6) *Medication*: berhubungan dengan ketergantungan seseorang pada suatu pengobatan atau obat-obatan alternatif seperti akupuntur dan pengobatan herbal.
- 7) *Work*: berhubungan dengan seluruh energi yang digunakan seseorang dalam bekerja.

b. Psikologis

Domain psikologis merupakan domain-domain yang terkait dengan kondisi psikologis seseorang yang mempengaruhi kualitas hidupnya. Domain ini terdiri atas enam facet yaitu:

- 1) *Positive feelings*: membahas seberapa besar seseorang mengalami perasaan positif dari kesenangan, keseimbangan, kedamaian, kegembiraan, pengharapan, kesukaan, dan kenikmatan pada sesuatu yang baik di kehidupan seseorang.
- 2) *Thinking, learning, memory, and concentration*: membahas kemampuan seseorang dalam membuat



keputusan dan menilai masalah yang terjadi dalam hidupnya.

- 3) *Self-esteem*: membahas bagaimana seseorang merasakan dirinya sendiri.
- 4) *Body image and appearance*: membahas bagaimana seseorang melihat tubuhnya sendiri dalam cara yang positif atau negatif. Selain itu cara orang menilai penampilan dirinya juga akan mempengaruhi bagaimana seseorang melihat tubuhnya sendiri.
- 5) *Negative feelings*: memperhatikan bagaimana seseorang mengalami perasaan negatif seperti keputusasaan, perasaan bersalah, kesedihan, berkesan, kehilangan harapan, gugup, kecemasan, dan sedikitnya kesenangan dalam hidup.
- 6) *Spirituality*: membahas bagaimana kepercayaan seseorang mempengaruhi kualitas hidup mereka.

c. Hubungan sosial

Domain ini terdiri atas tiga facet yaitu:

- 1) *Personal relationship*: membahas bagaimana seseorang merasakan persahabatan, cinta, dan yang mendukung keinginan seseorang ke dalam hubungan yang lebih intim dalam hidupnya. Facet ini juga menjelaskan komitmen dan pengalaman untuk menyayangi orang lain.



- 2) *Social support*: membahas bagaimana seseorang merasakan komitmen, penerimaan, dan ketersediaan bantuan dari keluarga dan teman-teman.
- 3) *Sexual activity*: memfokuskan pada dorongan seseorang dan gairah pada kegiatan seksual, dan sejauh mana seseorang mampu mengekspresikan dan menikmati gairah seksual dengan pantas.

d. Lingkungan

Domain ini terdiri atas delapan facet yaitu:

- 1) *Physical safety and security*: membahas perasaan seseorang akan keselamatan dan keamanan dari sesuatu yang membahayakan secara fisik. Facet ini akan memiliki arti khusus pada kelompokkelompok tertentu seperti korban kekerasan, bencana alam, tunawisma, atau orang-orang yang memiliki pekerjaan yang dekat dengan bahaya
Home environment: membahas mengenai tempat tinggal utama dimana seseorang tinggal (minimal tempat seseorang tidur dan memiliki harta benda atau possession) dan bagaimana ini semua mempengaruhi kehidupan seseorang.
- 2) *Financial resources*: mendalami pandangan seseorang tentang bagaimana sumber keuangannya dan sejauh mana sumber keuangan tersebut dapat memenuhi kebutuhan akan kesehatan dan hidup yang nyaman. Facet ini



memfokuskan apakah seseorang dapat atau tidak dapat membeli sesuatu yang mungkin dapat mempengaruhi kualitas hidup.

- 3) *Health and social care (availability and quality)*: membahas pandangan seseorang tentang perawatan kesehatan dan sosial di dekat lingkungan sekitar. “Dekat” memiliki arti seberapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan bantuan.
- 4) *Opportunities for acquiring new information and skills*: membahas kesempatan seseorang dan keinginan untuk mendapatkan keterampilan dan pengetahuan baru, serta merasa terhubung dengan sesuatu yang sedang terjadi. Hal ini dapat melalui program edukasi formal, atau melalui kegiatan kelas-kelas pendidikan, atau kegiatan rekreasional, baik dalam kelompok maupun sendiri (contoh: membaca).
- 5) *Participation in and opportunities for recreation and leisure*: menjajagi kemampuan dan kesempatan seseorang serta keinginan untuk bergabung dalam kesenangan, hiburan, dan relaksasi.
- 6) *Physical environment (pollution/ noise/ traffic/ climate)*: berhubungan dengan pandangan seseorang mengenai lingkungannya. Hal ini termasuk kebisingan, polusi, iklim, dan keindahan lingkungan, serta apakah hal tersebut



meningkatkan atau sebaliknya mempengaruhi kualitas hidup.

- 7) *Transport*: membahas pandangan seseorang tentang bagaimana ketersediaan atau kemudahan menemukan dan menggunakan jasa transportasi untuk bepergian.

B. Lansia

1. Definisi Lansia

Lansia sebagai tahap akhir siklus kehidupan merupakan tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu yang mencapai usia lanjut dan merupakan kenyataan yang tidak dapat dihindari. Lansia adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade. Menurut (*World Health Organization*, 1989), dikatakan usia lanjut tergantung dari konteks kebutuhan yang tidak dipisahkan. Batasan usia lanjut didasarkan atas Undang-Undang no.13 tahun 1998 adalah 60 tahun. Berdasarkan pendapat beberapa ahli dalam program kesehatan usia lanjut menurut Depkes membuat pengelompokan sebagai berikut:

- a. Kelompok pertengahan umur (45-54 tahun).
- b. Kelompok usia lanjut dini (55-64 tahun).
- c. Kelompok usia lanjut (65 tahun keatas).
- d. Kelompok usia lanjut dengan resiko tinggi (berusia 70 tahun keatas atau kelompok usia lanjut yang hidup sendiri, terpencil, menderita penyakit berat atau cacat) (Depkes, 2014).



Sedangkan menurut (*World Health Organization*, 1998) lanjut usia meliputi :

- a. Usia pertengahan (*middle age*), kelompok usia 40 – 59 tahun.
- b. Usia lanjut (*elderly*), kelompok usia 60 – 70 tahun.
- c. Usia lanjut tua (*old*), kelompok usia antara 75 – 90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*), kelompok usia diatas 90 tahun.

2. Kualitas Hidup Lansia

Menurut (*World Health Organization*, 2004) kualitas hidup adalah kondisi fungsional lansia yang meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat, self esteem dan kepercayaan individu, hubungan sosial lansia yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, serta aktivitas seksual, dan kondisi lingkungan yaitu lingkungan rumah, kebebasan, keselamatan fisik, aktivitas di lingkungan, kendaraan, keamanan, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial.

Kualitas hidup dipengaruhi oleh tingkat kemandirian, kondisi fisik dan psikologis, aktifitas sosial, interaksi sosial dan fungsi keluarga. Pada umumnya lanjut usia mengalami keterbatasan, sehingga kualitas hidup pada lanjut usia menjadi mengalami penurunan. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat sehingga memiliki peran yang sangat penting dalam



perawatan lanjut usia untuk meningkatkan kualitas hidup lanjut usia (Yuliati, Baroya, & Ririanty, 2014) .

Berdasarkan penelitian tentang kualitas hidup, kualitas hidup penduduk Indonesia dengan kriteria kurang, lebih banyak dijumpai pada golongan umur lanjut, perempuan, tingkat pendidikan rendah, tidak bekerja, tinggal di daerah pedesaan, serta sosial ekonomi tergolong miskin. Penduduk yang menderita penyakit tidak menular, cedera, menderita gangguan mental emosional, menyangkut faktor risiko antara, dan tinggal di rumah dengan lingkungan terpapar memiliki kualitas hidup kurang. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penduduk adalah golongan umur, kemudian adanya gangguan mental emosional, tinggal di rumah dengan lingkungan terpapar dan jenis kelamin (Julianty, 2010).

Kualitas hidup lebih menekankan pada persepsi terkait dengan kepuasan terhadap kondisi keadaan lansia di dalam hidupnya, dan cenderung dipengaruhi oleh sejauh mana tercapainya kebutuhan ekonomi dan sosial, serta perkembangan lansia dalam kehidupannya. Hasilnya adalah bahwa kualitas hidup sering digambarkan dengan dua dimensi objektif dan subjektif. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyebutkan bahwa sebagian besar lansia mengaku puas dengan tingkat kesehatannya. Mayoritas lanjut usia mengevaluasi kualitas hidup yang positif atas dasar kontak sosial, ketergantungan, kesehatan, keadaan jasmani, dan perbandingan sosial.

Adaptasi dan ketahanan mungkin memainkan peran dalam mempertahankan kualitas hidup yang baik menurut penelitian Lana M.dalam (Yuliati et al., 2014).



C. Epidemiologi Penyakit Lansia

Angka kesakitan penduduk lansia tahun 2014 sebesar 25,05% artinya bahwa dari setiap 100 orang lansia terdapat 25 orang di antaranya mengalami sakit. Bila dilihat perkembangannya dari tahun 2005-2014, derajat kesehatan penduduk lansia mengalami peningkatan yang ditandai dengan menurunnya angka kesakitan pada lansia. Angka kesakitan merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Angka kesakitan tergolong Keluhan kesehatan tidak selalu mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari, namun terjadinya keluhan kesehatan dan jenis keluhan yang dialami oleh penduduk dapat menggambarkan tingkat/derajat kesehatan secara kasar (Ri, 2017).

Lansia mengalami peningkatan yang ditandai dengan menurunnya angka kesakitan pada lansia. Sebagai indikator kesehatan negatif rata-rata lebih dari separuh lansia yang mengalami keluhan kesehatan sebulan terakhir namun pada tahun 2015 persentase lansia dengan keluhan kesehatan sebulan yang lalu menurun menjadi 47,17%. Secara umum dapat dikatakan derajat kesehatan penduduk lansia mengalami peningkatan dari tahun 2012-2014. Dengan bertambahnya umur, fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat proses penuaan sehingga penyakit tidak menular banyak muncul pada lanjut usia. Selain itu masalah degeneratif menurunkan daya tahan tubuh sehingga rentan terkena infeksi penyakit menular. Hasil (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013) penyakit terbanyak pada lanjut usia adalah Penyakit Tidak Menular (PTM) antara lain hipertensi, artritis, stroke, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) dan Diabetes Mellitus (DM).



Peningkatan populasi lansia tentunya akan diikuti dengan peningkatan risiko untuk menderita penyakit kronis seperti diabetes melitus, penyakit serebrovaskuler, penyakit jantung koroner, osteoartritis, penyakit muskuloskeletal, dan penyakit paru. Pada tahun 2000, di Amerika Serikat diperkirakan 57 juta penduduk menderita berbagai penyakit kronis dan akan meningkat menjadi 81 juta lansia pada tahun 2020. Sekitar 50-80% lansia yang berusia ≥ 65 tahun akan menderita lebih dari satu penyakit kronis (Yenny & Elly, 2006).

Dengan bertambahnya umur, fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat proses degeneratif (penuaan) sehingga penyakit tidak menular banyak muncul pada usia lanjut. Selain itu masalah degeneratif menurunkan daya tahan tubuh sehingga rentan terkena infeksi penyakit menular. Penyakit tidak menular pada lansia di antaranya hipertensi, stroke, diabetes mellitus dan radang sendi atau rematik. Sedangkan penyakit menular yang diderita adalah tuberkulosis, diare, pneumonia dan hepatitis. Angka kesakitan (morbidity rates) lansia adalah proporsi penduduk lansia yang mengalami masalah kesehatan hingga mengganggu aktivitas sehari-hari selama satu bulan terakhir. Angka kesakitan merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Angka kesakitan tergolong sebagai indikator kesehatan negatif. Semakin rendah angka kesakitan, menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang semakin baik (Kementrian Kesehatan RI, 2013).



D. Peserta prolanis

Prolanis adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan Peserta Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Program Prolanis yang diterapkan membantu para peserta lansia (lanjut usia) untuk mengisi waktu mereka dengan aktivitas yang bermanfaat bagi kesehatan. Ada 6 Kegiatan Prolanis yang terdiri dari: (1) konsultasi medis; (2) edukasi peserta prolanis; (3) Reminder *SMS gateway*; (4) *home visit*; (5) aktivitas klub (senam) dan; (6) pemantauan status kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014).

Tujuan prolanis yaitu untuk mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Faskes Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi sesuai Panduan Klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit. Kegiatan Prolanis ini tentunya sangat bermanfaat bagi kesehatan para pengguna peserta BPJS. Selain itu kegiatan Prolanis dapat membantu BPJS kesehatan dalam meminimalisir kejadian PTM, dimana pembiayaan untuk pasien dengan penyakit kronis sangat tinggi, maka perlu dilakukan upaya pencegahan terkait penyakit kronis. (Fachmi Idris, 2014).

Senam lansia merupakan suatu aktivitas fisik yang terutama bermanfaat meningkatkan dan mempertahankan kesehatan dan daya tahan jantung,



paru, peredaran darah, otot dan sendi (Harber et al, 2012). Latihan aktivitas fisik akan memberikan pengaruh yang baik terhadap berbagai macam sistem yang bekerja di dalam tubuh, salah satunya adalah sistem kardiovaskuler. Saat melakukan aktivitas fisik senam lansia, tekanan darah akan naik cukup banyak. Tekanan darah sistolik yang misalnya semula 110 mmHg sewaktu istirahat akan naik menjadi 150 mmHg. Sebaliknya, segera setelah latihan senam selesai, tekanan darah akan turun sampai di bawah normal dan berlangsung 30-120 menit. Kalau senam dilakukan berulang-ulang, lama-kelamaan penurunan tekanan darah akan berlangsung lama. Itulah sebabnya latihan aktivitas fisik senam yang dilakukan secara teratur bisa menurunkan tekanan darah.

Hal ini membuktikan bahwa dengan melakukan gerakan senam Prolanis (senam lansia) secara maksimal dan sesuai gerakan, mampu menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh penelitian Irmawati 2013 yang dikutip oleh Dewi yang menyimpulkan ada pengaruh pemberian senam lansia terhadap tekanan darah pada lansia penderita hipertensi yaitu solusi dalam pengobatan hipertensi pada lansia dengan cara nonfarmakologi yaitu dengan Olahraga dan latihan pergerakan secara teratur 3-4 x/minggu lamanya 15-45 menit secara kontinyu dapat menanggulangi masalah akibat perubahan fungsi tubuh dan olahraga sangat berperan penting dalam pengobatan tekanan darah tinggi. manfaat olahraga diantaranya: meningkatkan kesegaran jasmani, mendorong jantung bekerja secara normal, melancarkan sirkulasi darah, memperkuat otot, mencegah pengeroposan tulang, membakar kalori, mengurangi stres dan mampu menurunkan tekanan darah. Bukti-bukti yang ada menunjukkan bahwa latihan dan olahraga pada usia



lanjut dapat mencegah atau melambatkan kehilangan fungsional tersebut, bahkan latihan yang teratur dapat menurunkan tekanan darah 5-10 mmHg baik pada tekanan sistolik dan diastolik, olahraga yang tepat untuk lansia adalah senam lansia (Agustini, 2015).

E. Kerangka Teori

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Berdasarkan definisi yang dikemukakan oleh WHOQOL persepsi individu mengenai kualitas hidupnya dipengaruhi oleh konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal. Berbagai penelitian mengenai kualitas hidup menemukan beberapa faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup. Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada penelitian yang dilakukan Salsabila (2012) dikutip dalam Moons, Marquet, Budst, & de Geest,2004) dalam konseptualisasi yang dikemukakannya, sebagai berikut:

1. Jenis Kelamin

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) mengatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Bain, dkk (2003) menemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. Fadda dan Jiron (1999) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini



mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan.

2. Usia

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) dan Dalkey (2002) mengatakan bahwa usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Wagner, Abbot, & Lett (2004) menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu.

3. Pendidikan

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) dan Baxter (1998) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani (2007) menemukan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

4. Pekerjaan

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki *disablity* tertentu). Wahl, Rustoen, Hanestad, Lerdal & Moum (2004)

menemukan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik

ada pria maupun wanita.

status pernikahan



Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl, Rustoen, Hanestad, Lerdal & Moum (2004) menemukan bahwa baik pada pria maupun wanita, individu dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.

6. Penghasilan

Testa dan Simonson (1996) menjelaskan bahwa Bidang penelitian yang sedang berkembang dan hasil penilaian teknologi kesehatan mengevaluasi manfaat, efektivitas biaya, dan keuntungan bersih dari terapi. hal ini dilihat dari penilaian perubahan kualitas hidup secara fisik, fungsional, mental, dan kesehatan sosial dalam rangka untuk mengevaluasi biaya dan manfaat dari program baru dan intervensi.

7. Hubungan dengan orang lain

Myers (dalam Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999) yang mengatakan bahwa pada saat kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain terpenuhi, baik melalui hubungan pertemanan yang saling mendukung maupun melalui pernikahan, manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik baik secara fisik maupun emosional. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani (2007) juga menemukan bahwa faktor hubungan dengan orang lain memiliki kontribusi yang cukup

besar dalam menjelaskan kualitas hidup subjektif.

standard referensi



O'Connor (1993) mengatakan bahwa kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standard referensi yang digunakan seseorang seperti harapan, aspirasi, perasaan mengenai persamaan antara diri individu dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHOQOL (dalam Power, 2003) bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standard dari masing-masing individu.

9. Kesehatan fisik

Cantika (2012) mengatakan Penyakit psoriasis merupakan penyakit kronik residif sehingga berdampak pada kualitas hidup penderita hingga menyebabkan penderita merasa depresi bahkan bunuh diri. Bhosle M.J, dkk (2006), menyatakan psoriasis berdampak negatif sedang hingga berat terhadap kualitas hidup penderita karena terdapat perubahan aktivitas sehari-hari. Galloway (2005) menyatakan bahwa WHO (1948) menjelaskan kesehatan adalah tonggak penting dalam perkembangan kualitas hidup tentang kepedulian terhadap kesehatan. WHO mendefinisikan kesehatan tidak hanya sebagai sesuatu penyakit tapi dapat dilihat dari fisik, mental dan kesejahteraan sosial.

Menginjak usia 40 tahun keatas, tidak perlu menghindari pada satu jenis makanan tertentu. Sepanjang orang tersebut dalam keadaan sehat atau tidak menderita suatu penyakit, tidak perlu menghindari terhadap jenis makanan tertentu. Terpenting adalah selalu menerapkan pola hidup maupun pola makan yang sehat. Menurut Hanata,2010. faktor-faktor penting yang mempengaruhi pola hidup sehat pada Lansia antara lain:



a. Faktor Makanan

Usia tua sudah di mulai pada umur 40 tahun, karena perkembangan fisik akan menurun, tapi perkembangan mental terus berlangsung. Bagi lansia sebaiknya mengkonsumsi makanan seperti sayuran segar yang di cuci bersih tanpa pestisida, buah segar, tahu, tempe yang berprotein tinggi. Terutama hati yang banyak mengandung gizi seperti kalsium, fosfor, besi, vitamin A, B1, B2, B12 dan vitamin C.

b. Faktor Istirahat

Istirahat yang cukup sangat di butuhkan dalam tubuh kita. Terlebih lagi, lansia harus tidur lima sampai enam jam sehari. Karena kekurangan waktu tidur akan berdampak menjadi lemas, tidak ada semangat, lekas marah, dan stress.

c. Faktor Olahraga

Olahraga yang teratur apapun itu, baik untuk kesehatan seperti senam, berenang, jalan kaki, yoga, waitangkung, taichi, dan lain-lain. Berolahraga bersama orang lain lebih menguntungkan, karena dapat bersosialisasi, berjumpa dengan teman-teman, dan mendapat kenalan baru, mengadakan kegiatan lainnya, seperti bisa berwisata dan makan bersama. Kebanyakan olahraga dilakukan pada pagi hari setelah subuh. Dimana udara masih bersih. Berolahraga dapat menurunkan kecemasan dan mengurangi perasaan depresi dan *lowself esteem*. Selain fisik sehat juga dapat membuat tubuh terasa muda dan sehat di usia tua.



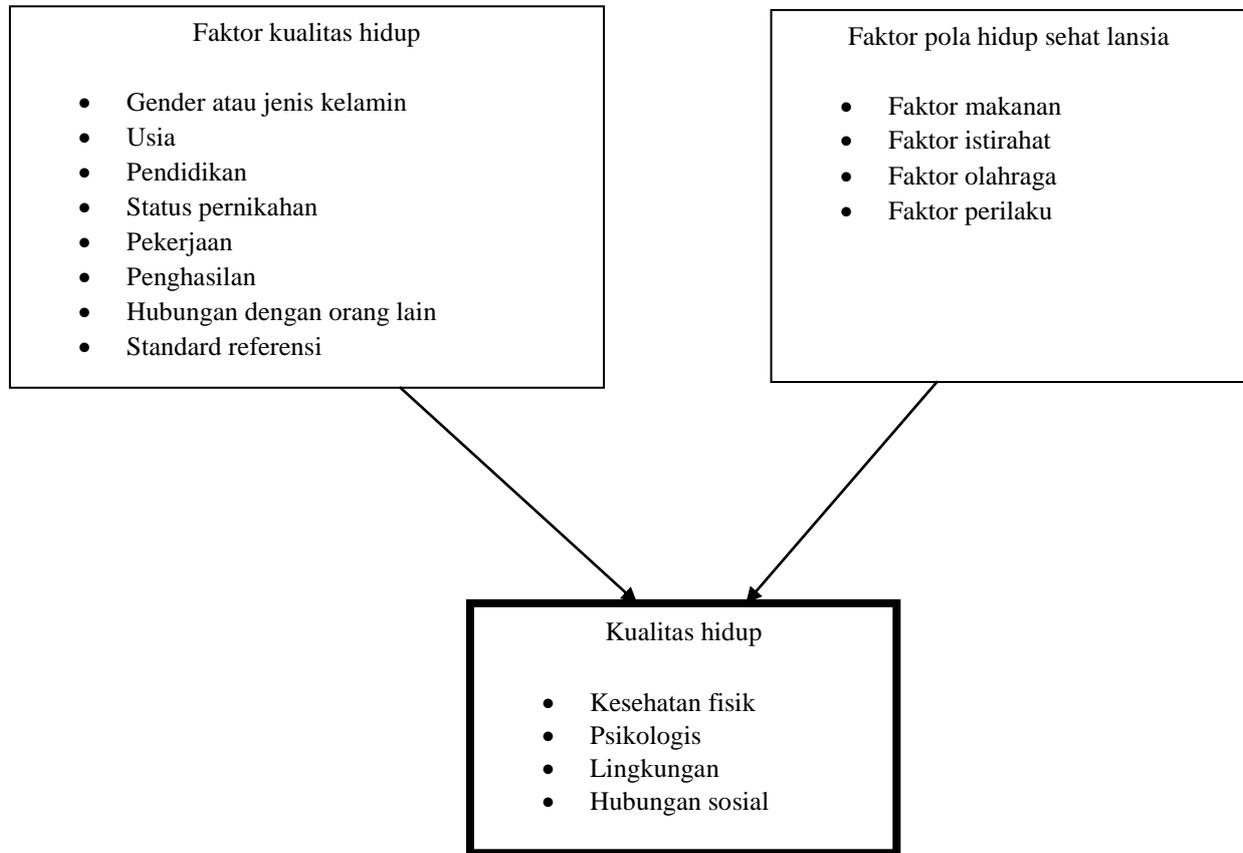
d. Faktor Perilaku

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu reaksi seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Respon atau reaksi manusia dapat bersifat pasif (pengetahuan, persepsi dan sikap) serta dapat bersifat aktif (tindakan yang nyata). Perilaku seseorang terhadap sakit atau penyakit yaitu bagaimana manusia berespon baik secara pasif maupun aktif yang dilakukan sehubungan dengan sakit atau penyakit tersebut. Perilaku terhadap sakit atau penyakit sesuai dengan tingkat tingkat pencegahan penyakit yang meliputi :

- 1) Perilaku sehubungan dengan peningkatan kesehatan (*health promotion behavior*), misalnya makanan bergizi, olah raga, dan sebagainya.
- 2) Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*)
- 3) Perilaku sehubungan dengan pencarian pertolongan pengobatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- 4) Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*), yaitu perilaku yang berhubungan dengan pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit.



Dengan kerangka teori :



Gambar 1. Kerangka teori kualitas hidup

Modifikasi Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004), *WHO Quality of Life Bref*

(2004) dan Hanata (2010)

