

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kecemasan

a. Pengertian

Kecemasan adalah perasaan yang tidak menyenangkan atau ketakutan yang tidak jelas dan hal ini terjadi sebagai reaksi terhadap sesuatu yang dialami oleh seseorang (Nugroho, 2008). Menurut Maryam et.al (2008) kecemasan adalah perasaan yang tidak menyenangkan atau ketakutan yang tidak jelas dan hebat. Sedangkan menurut Kusumawati dan Yudi (2010) cemas adalah sebuah emosi dan pengalaman yang subjektif dari seseorang sehingga membuat keadaan seseorang tidak nyaman.

Menurut Nasir dan Muhith (2011) kecemasan adalah suatu ketegangan yang memuncak sehingga menimbulkan kegelisahan dan hilang kendali akibat adanya penilaian yang subyektif terhadap proses komunikasi interpersonal. Sedangkan menurut Stuart (2007) kecemasan dapat diartikan sebagai suatu perasaan kekhawatiran yang menyebar dan tidak jelas yang berhubungan dengan perasaan yang tidak pasti dan ketidakberdayaan secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal.

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Hawari, 2011). Tidak semua orang yang mengalami stresor psikososial akan menderita gangguan cemas, hal ini tergantung pada struktur kepribadiannya. Orang dengan kepribadian lebih rentan untuk menderita cemas.

b. Tingkat Kecemasan

Menurut Maryam *et.al* (2008) tingkat kecemasan yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

- 1) Ringan : meningkatnya kesadaran; terangsang untuk melakukan tindakan; termotivasi secara positif; sedikit mengalami peningkatan tanda-tanda vital.
- 2) Sedang : lebih tegang; menurunnya konsentrasi dan persepsi; sadar tetapi fokusnya sempit; gejala-gejala fisik berkembang seperti sakit kepala, sering berkemih, mual, palpitasi dan letih.
- 3) Berat : persepsi menjadi lebih terganggu; perasaan terancam atau takut meningkat; komunikasi menjadi terganggu; mengalami peningkatan tanda-tanda vital lebih; diare; diaporesis; palpitasi; nyeri dada dan muntah.
- 4) Panik : perasaan terancam; gangguan realitas; tidak mudah untuk berkomunikasi; dapat membahayakan diri sendiri dan atau orang

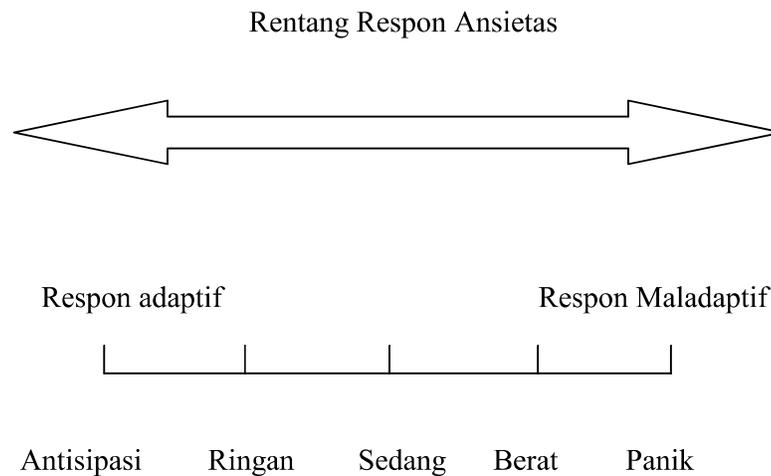
lain; kombinasi dari gejala-gejala di atas dapat lebih buruk bila intervensi yang dilakukan gagal.

Sedangkan tingkatan kecemasan menurut Stuart (2007) adalah sebagai berikut:

- 1) Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
- 2) Kecemasan sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini akan mempersempit lapang persepsi individu yang akan menyebabkan perhatian individu tidak selektif namun dapat berfokus pada banyak area apabila diarahkan.
- 3) Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan dan individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.
- 4) Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan ketakutan dan teror. Hal ini yang terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan mencakup

disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama akan menyebabkan kelelahan dan kematian.

c. Rentang Respon Kecemasan



Gambar 1.1 Rentang respon kecemasan (Stuart, 2007)

d. Etiologi Kecemasan

Menurut Stuart (2007) kecemasan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

1) Faktor Predisposisi

- a) Dalam pandangan psikoanalitis, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara *id* dan *superego*. *Id* mencerminkan dorongan insting dan impuls primitif,

sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh budaya. *Ego* berfungsi untuk menengahi id dan superego yang bertentangan tersebut.

- b) Menurut pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan ketakutan terhadap penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan harga diri rendah sehingga rentan mengalami kecemasan yang berat.
- c) Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dalam diri untuk menghindari kepedihan. Ahli teori pembelajaran meyakini bahwa individu yang sejak kecil terbiasa dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya. Ahli teori konflik memandang kecemasan sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Ada hubungan timbal balik antara konflik dengan kecemasan. Konflik akan menyebabkan kecemasan, dan kecemasan menimbulkan perasaan yang tidak berdaya, sehingga pada akhirnya akan meningkatkan konflik yang dirasakan.

- d) Kajian keluarga menunjukkan bahwa kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga.
- e) Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus *benzodiazepin*, obat-obatan yang meningkatkan *neuroregulator inhibisigama-aminobutirat (GABA)*, yang berperan penting dalam mekanisme biologis terhadap kecemasan.

2) Faktor Presipitasi

Stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal.

Stresor pencetus dikelompokkan dalam dua kategori :

- a) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi, penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- b) Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.

e. Tipe Kepribadian Pencemas

Menurut Hawari (2011) seseorang akan menderita gangguan cemas apabila seseorang tersebut tidak mampu mengatasi stressor psikososial yang dihadapi. Tipe kepribadian pencemas, yaitu antara lain:

- 1) cemas, khawatir, tidak tenang, ragu dan bimbang.
- 2) memandang masa depan dengan rasa khawatir.
- 3) kurang percaya diri, gugup apabila tampil di muka umum.
- 4) sering merasa tidak bersalah, menyalahkan orang lain.

- 5) tidak mudah mengalah.
- 6) gerakan sering serba salah, tidak tenang bila duduk dan gelisah.
- 7) sering mengeluh dan khawatir yang berlebihan terhadap penyakitnya.
- 8) mudah tersinggung, suka membesarkan masalah yang kecil.
- 9) selalu ragu dan bimbang saat mengambil keputusan.
- 10) bila mengemukakan sesuatu seringkali berulang-ulang.
- 11) apabila sedang emosi seringkali bertindak histeris.

f. Tanda dan Gejala

Ada beberapa teori yang menjelaskan tanda dan gejala pada seseorang yang mengalami kecemasan yaitu:

- 1) Menurut Nasir dan Muhith (2011) gejala umum yang sering dialami ketika cemas adalah sebagai berikut:
 - a) perasaan ketakutan
 - b) konsentrasi terganggu
 - c) tegang dan gelisah
 - d) antisipasi yang terburuk
 - e) cepat marah dan resah.
 - f) merasakan adanya tanda-tanda bahaya.
 - g) merasa seperti hilang dan pikiran kosong.

Sedangkan gejala fisik yang sering dialami ketika cemas (Nasir dan Muhith, 2011) adalah:

- a) jantung berdebar.

- b) berkeringat.
 - c) mual-mual dan pusing.
 - d) peningkatan frekuensi BAB atau diare.
 - e) sesak napas, tremor dan kejang.
 - f) ketegangan otot.
 - g) sakit kepala.
 - h) kelelahan dan insomnia.
- 2) Menurut Hawari (2011) gejala klinis kecemasan antara lain sebagai berikut:
- a) cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.
 - b) merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
 - c) takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang.
 - d) gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
 - e) gangguan konsentrasi dan daya ingat.
 - f) keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging, berdebar-debar, sesak napas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya.

g. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada lansia

Menurut Rosita (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada lansia yaitu:

1) Faktor Internal

- a) Perubahan fisik
- b) Kondisi kesehatan
- c) Perasaan kecewa terhadap anak atau keluarga

2) Faktor Eksternal

- a) Kondisi lingkungan tempat tinggal
- b) Dukungan keluarga
- c) Sosial masyarakat

h. Pengukuran Skala tingkat kecemasan

Untuk mengukur tingkat kecemasan, ada beberapa skala yang dapat digunakan, diantaranya adalah:

1) T-MAS (*Taylor Manifest Anxiety Scale*)

T-MAS ini berupa kuesioner yang disusun oleh Janet Taylor. Kuesioner ini cukup sederhana dan mudah dalam pengisiannya. Kuesioner ini terdiri dari 43 pertanyaan yang terdiri dari pertanyaan positif (*favourable*) dan pertanyaan negatif (*unfavourable*). Untuk pertanyaan positif dengan pilihan jawaban ya diberi skor 0 dan tidak diberi skor 1. Untuk pertanyaan negatif dengan pilihan jawaban ya diberi skor 1 dan tidak diberi skor 0. Skor dijumlahkan sehingga didapatkan nilai kecemasan dengan kategori:

- a) tidak cemas skor <1
- b) kecemasan ringan skor 1-20
- c) kecemasan sedang skor 21-40
- d) kecemasn berat skor 41-43

2) HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*)

Menurut Hawari (2011) untuk mengetahui derajat kecemasan seseorang menggunakan alat ukur yang dikenal dengan HRS-A. Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang dirinci lagi menjadi gejala yang lebih spesifik, 14 kelompok gejala kecemasan yaitu:

- a) perasaan cemas
- b) ketegangan
- c) ketakutan
- d) gangguan tidur
- e) gangguan kecerdasan
- f) perasaan depresi
- g) gejala somatik/fisik (otot)
- h) gejala somatik/fisik (sensorik)
- i) gejala kardiovaskuler
- j) gejala respiratori
- k) gejala gastrointestinal
- l) gejala urogenital
- m) gejala autonom
- n) tingkah laku (sikap) pada saat wawancara

Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (skor) antara 0-4, yang artinya adalah :

Nilai 0 = tidak ada gejala (tidak ada gejala sama sekali)

1 = gejala ringan (satu dari gejala yang ada)

2 = gejala sedang (separuh dari gejala yang ada)

3 = gejala berat (> separuh gejala yang ada)

4 = gejala sangat berat (semua gejala ada)

Dari masing-masing nilai angka (skor) ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu:

(1) tidak ada kecemasan (<14)

(2) kecemasan ringan (14-20)

(3) kecemasan sedang (21-27)

(4) kecemasan berat (28-41)

(5) kecemasan berat sekali (42-56)

3) Geriatric Anxiety Scale (Short Version).

Instrumen ini dikembangkan oleh Jeff Baker, Ph.D yang terdiri dari 15 pertanyaan. Pertanyaan dalam instrumen ini adalah sebagai berikut:

a) Apakah anda merasa gugup dalam banyak waktu?

- b) Apakah anda merasa khawatir akan masa depan anda dalam minggu ini?
- c) Apakah anda merasa hidup anda terlalu cepat?
- d) Apakah anda sering cemas?
- e) Apakah anda telah merasa santai di sepanjang waktu pada hari ini?
- f) Apakah anda merasa takut pada waktu yang berbeda sepanjang hari?
- g) Apakah anda merasa terbebas dari stres di sepanjang waktu?
- h) Apakah anda merasa perut anda menegang di sepanjang waktu?
- i) Apakah anda ingin untuk memiliki seseorang di sepanjang waktu anda?
- j) Apakah anda merasa lebih cemas daripada kebanyakan orang?
- k) Apakah anda merasa mudah untuk tertidur pada malam hari?
- l) Apakah anda merasa cukup stres sekarang?
- m) Apakah anda mempunyai energi lebih banyak daripada kemarin?
- n) Apakah anda merasa tidak dapat mengingat hal-hal seperti yang sedang anda gunakan?
- o) Apakah anda berpikir bahwa sebagian besar orang lebih sedikit merasakan kecemasan daripada anda?

Dari 15 pertanyaan tersebut apabila responden menjawab “Ya” skornya 1 dan apabila menjawab “Tidak” skornya 0 kemudian

skornya dijumlahkan untuk mengetahui indikasi kecemasan yang dialami oleh responden dengan kategori:

- (1) <5 : indikasi munculnya kecemasan
- (2) >5 : mengalami kecemasan

Dari ketiga alat ukur kecemasan diatas yang paling sesuai dengan penelitian ini adalah T-MAS karena kategori tingkat kecemasan T-MAS sesuai dengan tingkat kecemasan dalam telaah pustaka rentang respon kecemasan menurut Stuart, 2007.

2. Lansia

a. Pengertian

Lansia dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Keliat, 1999 dalam Maryam *et.al*, 2008). Sedangkan menurut pasal 1 ayat (2),(3),(4) UU No.13 Tahun 1998 tentang kesehatan dikatakan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun. Menurut Setianto (2004) seseorang dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun keatas.

b. Klasifikasi Lansia

Menurut Maryam *et.al* (2008) klasifikasi lansia dibagi menjadi:

- 1) Pralansia (*prasenilis*)
Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- 2) Lansia
Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.

3) Lansia Risiko Tinggi

Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih / seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

4) Lansia Potensial

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

5) Lansia Tidak Potensial

Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

c. Karakteristik Lansia

Menurut Keliat (1999) yang tertuang dalam Maryam *et.al* (2008), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang kesehatan).
- 2) Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
- 3) Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

d. Proses Menua

Penuaan atau proses terjadinya tua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi serta memperbaiki kerusakan yang diderita

(Constantinides,1994 seperti dalam Bandiyah, 2009). WHO dan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukan suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yangberakhir dengan kematian. Dalam Buku Ajar Geriatri, Prof. Dr. R. Boedhi Darmojo dan Dr. H. Hadi Martono (1994) yang tercantum dalam Nugroho (2008) mengatakan bahwa “menua”(menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang dideritanya.

e. Teori Proses Menua

Menurut Nugroho (2008) teori yang berkaitan dengan proses menua, yaitu:

1) Teori Biologi

Teori biologi mencakup teori genetik, teori mutasi genetik, dan teori nongenetik.

a) Teori *Genetic Clock*

Teori ini merupakan teori didalam tubuh instrinsik yang menjelaskan bahwa di dalam tubuh terdapat jam biologis yang

mengatur gen dan menentukan proses penuaan. Teori ini menyatakan bahwa menua telah terprogram secara genetik untuk spesies tertentu.

b) Teori Mutasi Somatik

Penuaan terjadi karena adanya mutasi somatik akibat pengaruh lingkungan yang buruk. Terjadi kesalahan transkripsi DNA atau RNA dan dalam proses translasi enzim yang terjadi secara terus-menerus sehingga terjadi penurunan fungsi organ dan perubahan sel menjadi kanker atau penyakit.

c) Teori Nongenetik

Teori ini terdiri dari beberapa teori yaitu:

(1) Teori penurunan sistem imun tubuh (*auto-immune theory*)

Mutasi yang berulang menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri.

Jika mutasi yang merusak membran sel, akan menyebabkan sistem imun tidak mengenali sehingga merusaknya. Hal ini yang mendasari peningkatan penyakit auto-imun pada lanjut usia.

(2) Teori Kerusakan Akibat Radikal Bebas (*Free Radical Theory*)

Radikal bebas merupakan suatu atom atau molekul yang tidak stabil karena mempunyai elektron yang tidak berpasangan sehingga reaktif mengikat atom atau

molekul lain yang menimbulkan berbagai kerusakan dan perubahan dalam tubuh.

(3) Teori Menua Akibat Metabolisme

Dibuktikan dalam berbagai percobaan hewan, bahwa pengurangan asupan kalori dapat menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur, sedangkan perubahan asupan kalori yang menyebabkan kegemukan dapat memperpendek umur.

(4) Teori Rantai Silang (*Cross Link Theory*)

Teori ini menjelaskan menua disebabkan Oleh lemak, protein, karbohidrat, dan asam nukleat yang bereaksi dengan zat kimia dan radiasi yang mengubah fungsi jaringan dan hilangnya fungsi pada proses menua.

(5) Teori Fisiologis

Teori ini merupakan teori intrinsik dan ekstrinsik. Terdiri atas teori oksidasi stres dan teori dipakai-aus. Disini terjadi kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel tubuh lelah terpakai

2) Teori Sosiologis

Teori ini terdiri dari beberapa teori yaitu:

a) Teori Interaksi Sosial

Teori ini menjelaskan mengapa lanjut usia bertindak pada situasi tertentu, yaitu atas dasar hal-hal yang dihargai

masyarakat. Kemampuan lansia untuk terus menjalin interaksi sosial merupakan kunci mempertahankan status sosialnya berdasarkan kemampuannya bersosialisasi.

b) Teori Aktivitas atau Kegiatan

Teori ini menjelaskan bahwa lanjut usia akan merasakan kepuasan jika dapat melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas tersebut.

c) Teori Kepribadian Berlanjut

Teori ini menyatakan bahwa adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lanjut usia. Pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ia menjadi lansia.

d) Teori Pembebasan atau Penarikan Diri

Teori ini membahas putusnya hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu lainnya. Dengan bertambah lanjutnya usia, ditambah dengan adanya kemiskinan, maka lansia berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya.

f. Perubahan Akibat Proses Menua

Bandiyah (2009) menyatakan beberapa perubahan pada proses menua yaitu :

1) Perubahan-Perubahan Fisik

a) Sel

Jumlah sel akan menurun atau menjadi lebih sedikit; ukuran sel menjadi lebih besar; jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang; protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati menurun; jumlah sel otak menurun, mekanisme perbaikan sel terganggu, otak menjadi atrofi (berat berkurang 5-10 %).

b) Sistem Persarafan

Hubungan persarafan menurun; berat otak menjadi 10-20 %; respon terhadap rangsangan lambat; saraf panca indera menjadi kecil; kurang sensitif terhadap sentuhan dan defisit memori.

c) Sistem Pendengaran

Gangguan pendengaran (hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam); membran timpani menjadi atrofi; terjadi penumpukan serumen; fungsi pendengaran menurun.

d) Sistem Penglihatan

Sfingter pupil timbul sklerosis dan respon terhadap sinar menghilang; kornea lebih berbentuk bola; penurunan ketajaman penglihatan; penurunan daya akomodasi; lapang pandang

menurun; luas pandangan berkurang dan daya membedakan warna menurun.

e) Sistem Kardiovaskular

Katup jantung menebal dan kaku; elastisitas dinding aorta menurun; kemampuan jantung memompa darah menurun; kehilangan elastisitas pembuluh darah dan tekanan darah tinggi.

f) Sistem Pengaturan Temperatur Tubuh

Temperatur tubuh menurun; keterbatasan refleks menggigil dan tidak dapat memproduksi panas.

g) Sistem Respirasi

Otot pernapasan mengalami atrofi, kehilangan kekuatan dan kaku; aktivitas silia menurun; paru-paru kehilangan elastisitas, pernapasan menjadi berat; pernapasan maksimum menurun; dan kedalaman pernapasan menurun; ukuran alveoli melebar dan O₂ pada arteri menurun.

h) Sistem Gastrointestinal

Kehilangan gigi; indera pengecapan menurun; esofagus menjadi lebar; sensitivitas rasa lapar menurun; produksi asam lambung dan waktu pengosongan lambung menurun; peristaltik melemah dan konstipasi; fungsi absorpsi menurun.

i) Sistem Genitourinaria

Ginjal mengecil dan nefron menjadi kecil; aliran darah ke ginjal menurun; fungsi tubulus menurun; otot-otot kandung kemih melemah; frekuensi buang air kecil meningkat; kandung kemih susah dikosongkan. Pria dengan usia 65 tahun keatas sebagian besar mengalami perbesaran prostat.

j) Sistem Endokrin

Menurunnya produksi ACTH, TSH, FSH, dan LH, aktivitas tiroid, *basal metabolik rate* (BMR), daya pertukaran gas menurun, produksi aldosteron, serta sekresi hormon kelamin seperti progesteron, estrogen, dan testosteron.

k) Sistem Integumentum

Kulit keriput; permukaan kulit kasar dan bersisik; menurunnya respon terhadap trauma, mekanisme proteksi kulit menurun, kulit kepala dan rambut menipis, pertumbuhan kuku lambat, kuku jari menjadi keras dan rapuh, kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk serta fungsi dan jumlah kelenjar keringat berkurang.

l) Sistem Mukoloskeletal

Tulang kehilangan kepadatannya dan rapuh, kifosis, persendian besar dan kaku, tendon mengerut dan sklerosis, serabut otot atrofi sehingga gerakan menjadi lambat, otot-otot kram dan tremor

2) Perubahan-Perubahan Mental

- a) Perubahan kepribadian yang drastis, dan perasaan menjadi lebih kaku karena disebabkan oleh perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan dan lingkungan.
- b) Kenangan (memori), kenangan jangka panjang beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan. Kenangan jangka pendek atau seketika (0-10 menit), kenangan buruk (dapat ke arah demensia).
- c) Intelegentia Quotion (IQ), IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Penampilan, persepsi, dan ketrampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan kerana tekanan faktor waktu.

3) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial terjadi terutama setelah seseorang mengalami pensiun. Berikut ini hal-hal yang akan terjadi pada masa pensiun:

- a) pendapatan berkurang
- b) kehilangan status
- c) kehilangan teman atau relasi
- d) kehilangan pekerjaan
- e) merasakan atau kesadaran akan kematian.
- f) timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial.

g. Tugas Perkembangan Lansia

Kesiapan lansia untuk beradaptasi atau menyesuaikan diri terhadap tugas perkembangan lansia dipengaruhi oleh proses tumbuh kembang pada tahap sebelumnya. Apabila seseorang pada tahap tumbuh kembang sebelumnya melakukan kegiatan sehari-hari dengan teratur dan baik serta membina hubungan yang serasi dengan orang-orang sekitarnya, maka pada lansia ia akan tetap melakukan kegiatan yang biasa ia lakukan pada tahap perkembangan sebelumnya seperti olahraga, mengembangkan hobi bercocok tanam, dan lain-lain (Maryam *et.al*, 2008).

Menurut Tamher dan Noorkasiani (2012) tugas perkembangan lansia adalah sebagai berikut:

- 1) Mempersiapkan diri terhadap penurunan kekuatan dan kesehatan fisik.
- 2) Mempersiapkan diri terhadap pensiun dan penurunan penghasilan.
- 3) Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan serta orang terdekat.

3. Tempat Tinggal

Tempat tinggal adalah sebidang rumah yang tersedia untuk melakukan sesuatu serta didiami dalam kurun waktu tertentu (Poerwadarminta, 2007).

Menurut Rosita (2012), stressor lingkungan yang bukan tempat tinggal bersama dengan keluarga dapat mempengaruhi rasa kecemasan pada lansia.

Proses adaptasi lansia di lingkungan panti dan lansia yang tinggal bersama keluarga menerima tekanan atau stressor berupa:

- a. sosial budaya
- b. psikologis
- c. fisiologis

Menurut Partini, lansia yang tinggal bersama keluarga merasa lebih hangat di tengah-tengah anak cucunya. Wiyono (2010) berpendapat bahwa lansia yang tinggal di PSTW kurang mendapat perhatian dari keluarga dan komunitas sosial terbatas hanya antar sesama penghuni PSTW. Sedangkan menurut Tamher dan Noorkasiani (2012) bagi lansia yang tinggal di panti merasakan harus terpisah dengan keluarga, kerabat serta lingkungan sebelumnya dan harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru. Menurut Wari, lansia yang berada di PSTW cenderung akan berkurang waktu untuk bertemu dan berkumpul dengan keluarganya sehingga menyebabkan lansia merasa tidak bahagia. Beberapa masalah yang dialami oleh lansia adalah kesepian, keterasingan dari lingkungan, ketidakberdayaan, ketergantungan, kurang percaya diri dan kurangnya dukungan dari anggota keluarganya.

4. Keluarga

a. Pengertian

Pengertian keluarga menurut beberapa ahli (Sudiharto, 2007):

- 1) Menurut Departemen kesehatan (1988), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa

orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

- 2) Bailon dan Maglaya (1978), keluarga sebagai dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka hidup dalam satu rumah tangga, melakukan interaksi satu sama lain menurut peran masing-masing serta menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.
- 3) Friedman (1998), keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga.
- 4) BKKBN (1999) keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya.

b. Bentuk Keluarga

Tipe keluarga menurut beberapa ahli (Efendi dan Makhfudli, 2009):

- 1) Pembagian tipe keluarga menurut Sussman (1974) dan Maclin (1988) adalah :
 - a) Keluarga tradisional
 - (1) Keluarga inti : keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak.

(2) Pasangan inti : keluarga yang terdiri dari suami dan istri saja.

(3) Keluarga dengan orang tua tunggal : satu orang sebagai kepala keluarga yang biasanya sebagai akibat perceraian.

(4) Lajang yang tinggal sendirian.

(5) Keluarga besar yang terdiri dari tiga generasi. Pasangan usia pertengahan atau pasangan lanjut usia.

(6) Jaringan keluarga besar.

b) Keluarga Non Tradisional

(1) Pasangan yang memiliki anak tanpa menikah

(2) Pasangan yang hidup bersama tanpa menikah (kumpul kebo).

(3) Keluarga heteroseksual.

(4) Keluarga komuni : keluarga dengan lebih dari satu pasang monogami dengan anak-anak secara bersama-sama menggunakan fasilitas yang ada.

2) Pembagian Tipe Keluarga Menurut Anderson Carter

a) Keluarga inti (*nuclear family*) : keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak.

b) Keluarga besar (*extended family*) : keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, nenek, kakek, keponakan, sepupu, dan sebagainya.

- c) Keluarga berantai (*serial family*) : keluarga yang terdiri dari dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan sebuah keluarga inti.
- d) Keluarga duda dan janda (*single family*) : keluarga ini terjadi akibat perceraian atau kematian.
- e) Keluarga berkomposisi : keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup bersama-sama.
- f) Keluarga kabitas : dua orang yang membentuk keluarga tanpa pernikahan.

c. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1999) yang tertuang dalam Sudiharto (2007), lima fungsi dasar keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.
- 2) Fungsi sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.
- 3) Fungsi reproduksi, adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
- 4) Fungsi ekonomi, adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan dan papan.

5) Fungsi perawatan kesehatan, adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

d. Peran Keluarga dalam Perawatan Lansia

Keluarga merupakan support system utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga dalam perawatan lansia antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual lansia (Maryam, *et.al* 2008).

5. Panti Werda

a. Pengertian

Panti Werda adalah suatu institusi hunian bersama dari para lansia yang secara fisik atau kesehatan masih mandiri, akan tetapi mempunyai keterbatasan di bidang sosial-ekonomi. Kebutuhan harian dari para penghuni biasanya disediakan oleh pengurus panti. Diselenggarakan oleh pemerintah atau swasta (Darmojo, 2011).

Menurut Nugroho (2008) Panti sosial tresna werdha (PSTW) adalah institusi yang memberi pelayanan dan perawatan jasmani, rohani, sosial dan perlindungan untuk memenuhi kebutuhan lansia agar dapat memiliki kehidupan secara wajar. Menurut Depsos, PSTW adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) di bidang pembinaan kesejahteraan sosial lansia memberi pelayanan kesejahteraan sosial bagi lanjut usia berupa pemberian

penampungan, jaminan hidup (makan dan pakaian), pemeliharaan kesehatan, pengisian waktu luang termasuk rekreasi, bimbingan sosial, mental dan spiritual.

b. Fungsi PSTW

Menurut Nugroho (2008), fungsi PSTW adalah sebagai berikut :

1) Pusat pelayanan kesejahteraan sosial dengan kegiatan yang mencakup pemenuhan kebutuhan hidup (papan, sandang dan pangan), pemeliharaan kesehatan dan perawatan, serta pelaksanaan kegiatan untuk mengisi waktu luang seperti rekreasi.

2) Pusat Informasi Usaha Kesejahteraan Sosial.

PSTW menyiapkan data yang ada hubungannya dengan pembinaan usaha kesejahteraan sosial lansia dan informasi tentang upaya kesejahteraan sosial lansia.

3) Pusat Pengembangan Usaha Kesejahteraan Sosial.

a) Sarana pembinaan kesejahteraan yang berguna bagi para lansia yang tinggal di PSTW.

b) Sarana pembinaan yang menciptakan suasana hubungan yang serasi antara sesama penghuni di PSTW.

c) Sarana pembinaan bimbingan ketrampilan kepada lansia yang mampu sesuai dengan kondisinya.

c. Pelayanan yang diberikan di PSTW

Menurut Nugroho (2008) pelayanan yang diberikan dalam bentuk kegiatan, antara lain :

- 1) Kegiatan rutin (terjadwal dari hari Senin sampai Sabtu)
 - a) Pemenuhan kebutuhan makan tiga kali sehari.
 - b) Senam lansia : senam pernafasan, senam jantung, senam relaksasi otot dan pancaindra, senam osteoporosis, senam diabetes melitus, senam dan gerak latih otot.
 - c) Bimbingan kerohanian sesuai dengan agama dan kepercayaan lansia.
 - d) Kerajinan tangan : menjahit, membordir, menyulam, merenda dan membuat kartu ucapan.
 - e) Menyalurkan hobi : bermain angklung, menyanyi, karaoke, berkebun dan melukis.
 - 2) Kegiatan waktu luang:
 - a) bermain (halma, catur, pingpong).
 - b) berpantun atau baca puisi.
 - c) menonton film (video, TV).
 - d) membaca (koran).
 - e) olahraga (berenang, tenis lapangan dan lain-lain).
 - f) menerjemahkan artikel (dari bahasa asing ke bahasa Indonesia)
- d. Prinsip Pelayanan PSTW

Menurut Nugroho (2008), dalam memberikan asuhan pada lansia harus memperhatikan beberapa prinsip, antara lain:

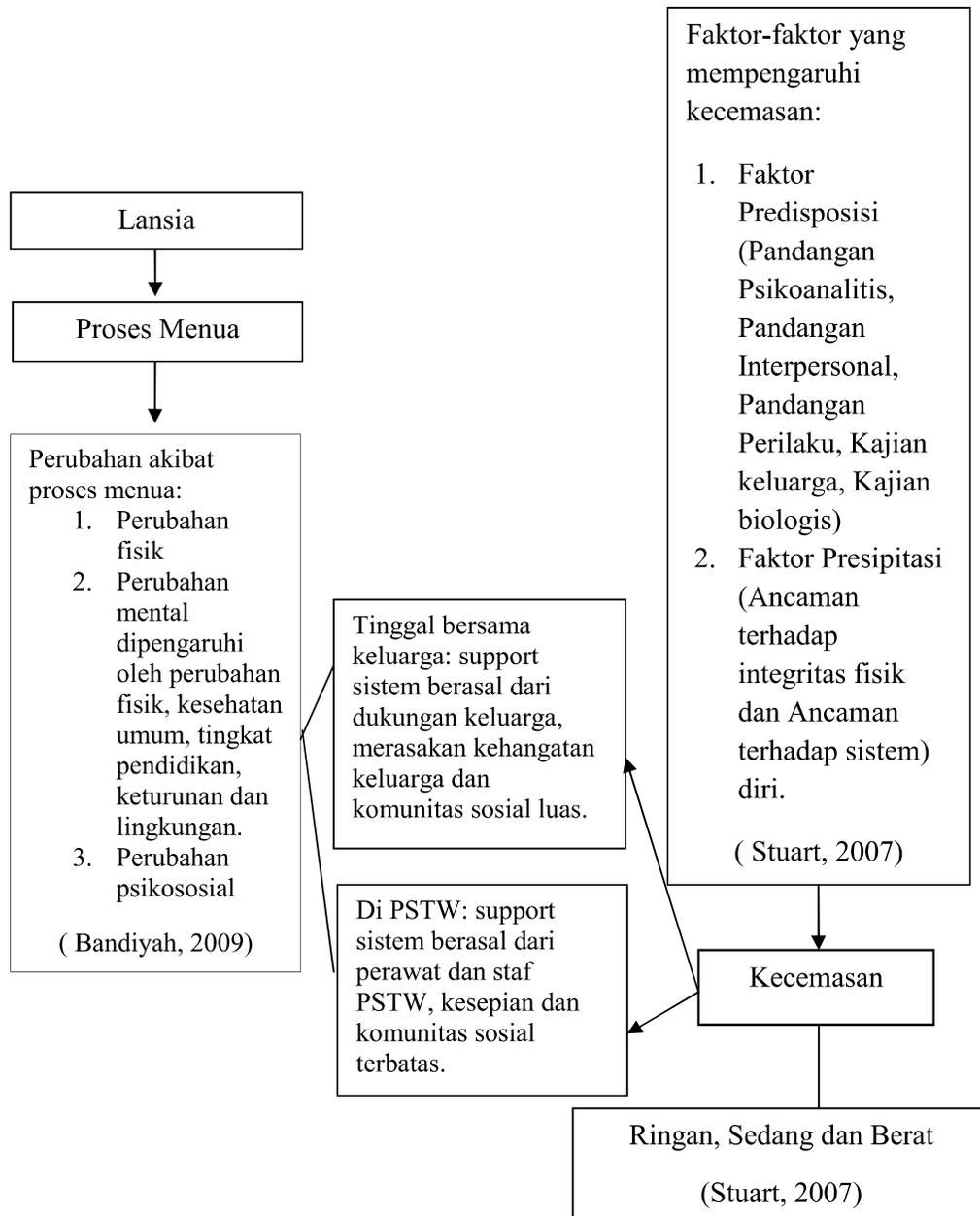
- 1) Tidak memberi stigma. Pada dasarnya, proses menua disertai masalah seperti kesepian, kurang pendengaran, kurang penglihatan

dan lemah fisik. Kesulitan yang dihadapi pada lansia akan bertambah berat apabila ada stigma “lansia tidak berguna lagi”.

- 2) tidak mengucilkan lansia.
- 3) lansia sangat membutuhkan perhatian dan kasih sayang.
- 4) menghindari sikap sensitif.
- 5) pemenuhan kebutuhan secara tepat.
- 6) pelayanan secara komprehensif.
- 7) tidak membesarkan masalah.
- 8) menghindari sikap belas kasihan.
- 9) pelayanan yang cepat dan tepat.
- 10) pelayanan yang bermutu.
- 11) pelayanan yang efektif dan efisien.

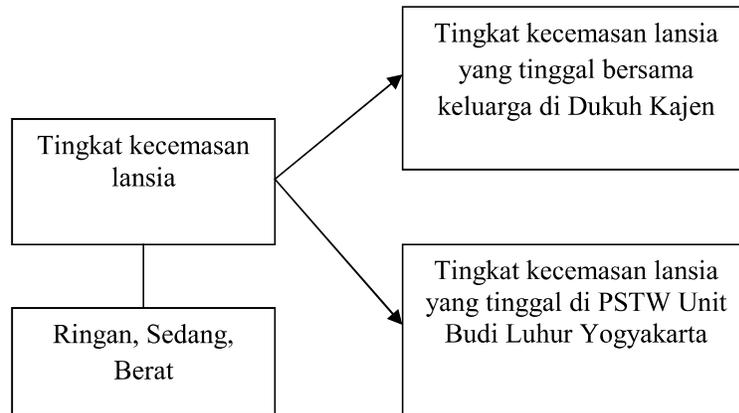
Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat di PSTW harus dapat berfungsi sebagai pengganti keluarga yang memberikan pelayanan kesejahteraan sosial. Pemberian pelayanan harus mengacu pada fungsi keluarga, yaitu fungsi afektif (saling asah, asih, asuh, cinta kasih, menerima dan menghargai). Fungsi sosialisasi harus selalu menciptakan interaksi yang harmonis sehingga mampu berperan di PSTW.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ada perbedaan tingkat kecemasan lansia yang tinggal bersama keluarga di Dukuh Kajen Bantul dengan lansia di PSTW Unit Budi Luhur Yogyakarta.