

# PENINGKATAN KUALITAS HIDUP LANSIA MELALUI SELF HELP GROUP DI RUMAH PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA

Tuti Anggarwati<sup>a</sup>, Novita Wulan Sari<sup>b</sup>

<sup>a,b</sup>,Stikes Kesdam IV/Diponegoro, Jl. Hos Cokroaminoto no.4 Semarang, Indonesia.

Email : tutianggarawatizumaro@gmail.com

## Abstrak

Peningkatan usia pada lansia dapat mengakibatkan berbagai masalah baik secara fisik, biologis, mental, maupun sosial ekonomi. Hal inilah yang membuat penting suatu panti wredha sebagai tempat untuk pemeliharaan dan perawatan bagi lansia, di samping sebagai *long stay rehabilitation* yang tetap memelihara kehidupan bermasyarakat. Semakin lama lansia hidup dalam panti wredha mengakibatkan masalah juga salah satunya adalah kualitas hidup. Masalah kualitas hidup lansia diukur melalui kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Keempat kebutuhan tersebut apabila tidak dipenuhi maka akan menurunkan kualitas hidup lansia. Penanganan yang dapat dilakukan dalam meningkatkan kualitas lansia tersebut adalah melalui *self-help group (SHG)*. Kegiatan ini merupakan *support group* yang dilakukan agar lansia dapat menemukan masalah kesehatan yang mereka alami dan dapat mengatasi masalah tersebut bersama anggota kelompoknya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa pengaruh SHG terhadap kualitas hidup lansia. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *quasi experimental pre-test post-test control group design*. Jumlah sampel adalah sebanyak 40 lansia yang diambil dengan teknik *total sampling* dan dibagi kedalam kelompok intervensi (n=20) dan kontrol (n=20). Bentuk intervensi berupa pemberian SHG sebanyak 4x selama 1 bulan. Instrument yang digunakan adalah modifikasi buku panduan SHG dan *WHOQOL-BREF (The Bref Version of World Health Organization's Quality of Life Questionnaire)*. Data dianalisa dengan independent t-test atau uji Wilcoxon. Hasil menunjukkan bahwa SGH berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia ( $p < 0,001$ )

**Kata Kunci:** kualitas hidup, lansia, self help group

## Abstract

*There are a various problem such as physically, biologically, mentally, and socio economically due to increasing age in the elderly. This is what makes a nursing home important for the elderly as a place for maintenance and care for the elderly as well as long stay rehabilitation that maintains community life. It's caused quality of live problem. The problem a quality of life in elderly is measured through physical health, psychological health, social and environmental relationship. If its need are not met, it will reduce the quality of life in elderly. Self help groups (SHG) is one of way to improve quality of life. This activity is a support group that is carried out so that the elderly can find the health problems. They are experiencing and can overcome these problems with their group members. This study aims to analyze the effect of SHG on the quality of life. The number of samples was 40 elderly who were taken by total sampling technique and divided into intervention (n : 20) and control groups (n:20). The intervention was in the form of giving 4x SHG for 1 month. The instrument used is a modified SHG guidebook and the WHOQOL-BREF ( The Bref Version of The World Health Organization's Quality of Life Questionnaire). Data were analyzed by independent t test. The results showed that SGH had an effect on the quality of life in elderly ( $p < 0,001$ )*

**Keywords :** *quality of life, elderly, self help group.*

## I. PENDAHULUAN

Lansia merupakan fase dimana telah menurun dalam kemampuan akal dan fisiknya, yang mana dimulai dengan adanya perubahan dalam hidup (Darmojo, 2009). Perubahan pada lansia tersebut merupakan hal yang tidak dapat dihindarkan serta berlangsung terus menerus. Kondisi tersebut

merupakan faktor yang menjadikan lansia sebagai kelompok rentan. Lansia pada kelompok rentan tersebut terjadi dikarenakan pada lansia mengalami penurunan daya tahan tubuh. Penurunan tersebut terjadi karena perubahan dalam fungsi degeneratif sehingga insiden penyakit kronis dan disabilitas meningkat (Miller, 2012).

Usia lansia yang semakin bertambah akan mempengaruhi kemampuan dalam berespon terhadap stressor yang berasal dari diri sendiri maupun lingkungan luar lansia (Miller, 2012). Karakteristik lansia sebagai populasi rentan mencakup rentan secara fisiologis, psikologis, sosial dan ekonomi dalam mengatasi masalahnya. Rentan secara fisiologis pada lansia makin meningkat sesuai usia kronologis (Miller, 2012). Pengelompokan usia lansia menurut umur kronologis adalah *young old* yaitu kelompok usia 65-74 tahun; *middle old* yaitu kelompok lansia berusia 75-85 tahun; dan *old old* atau *very old* yaitu kelompok lansia berusia lebih dari 85 tahun (Miller, 2012).

Lansia yang masuk dalam kelompok rentan dimana jumlah penduduk lansia di dunia di tahun 2013 sebesar 13,4% dan perkiraan di tahun 2050 jumlah lansia meningkat sebesar 25,3%. Jumlah lansia di Indonesia tahun 2013 sebesar 8,9% dan perkiraan di tahun 2050 adalah sebesar 21,4% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Jumlah lansia di Jawa Tengah adalah sebesar 11,8% (Kemenkes RI, 2016). Hasil dari jumlah data lansia tersebut dapat disimpulkan bahwa jumlah lansia dari tahun ke tahun baik di dunia maupun di Indonesia semakin meningkat.

Peningkatan usia pada lansia tersebut menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik, biologis, mental, maupun sosial ekonomi (Sudarsih & Dkk, 2013). Hal inilah yang membuat penting suatu panti wredha sebagai tempat untuk pemeliharaan dan perawatan bagi lansia, di samping sebagai *long stay rehabilitation* yang tetap memelihara kehidupan bermasyarakat (Nenk, 2010). Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa *quality of life lansia* yang tinggal di panti werdha lebih rendah daripada lansia yang tinggal di rumah (Elvinia, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Mahareza tahun 2008 menyatakan bahwa lansia yang tinggal di panti sebanyak 17 responden (26,6%) memiliki kualitas hidup rendah, 12 responden (18,8%) memiliki kualitas hidup sedang, dan 3 responden (4,7%) memiliki tingkat kualitas hidup tinggi (Mahareza, 2008).

Masalah kualitas hidup lansia diukur melalui kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (WHO,1995). Keempat kebutuhan tersebut apabila tidak dipenuhi maka akan menurunkan kualitas hidup lansia (Ratna, 2008). Usia yang semakin bertambah pada lansia mengalami berbagai hal seperti kesepian, sosial ekonomi yang kurang sejahtera, serta munculnya penyakit degeneratif, menyebabkan produktivitas menurun serta mempengaruhi kehidupan sosial (Dahlia Amareta, 2008).

Kualitas hidup tersebut memerlukan perhatian penting bagi tenaga profesional kesehatan karena dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan, intervensi ataupun terapi, salah satunya oleh tenaga keperawatan. Tugas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat terutama lansia adalah perawat berwenang dalam melakukan pengkajian keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat, melaksanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat ataupun promosi kesehatan, melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling, hingga melakukan pemberdayaan masyarakat (Judith Ann Allender, Rector, & Warner, 2010).

Kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut dapat dilakukan dengan salah satunya adalah terapi kelompok. Jenis terapi kelompok yang dapat dipimpin dan digunakan perawat dalam menangani masalah kualitas hidup lansia adalah *task group, supportive group, medications group, intensive problem solving groups, peer support group, activity therapy, self-help group (SHG)* (Hauschild, 2015). Pelaksanaan *SHG* yang dilakukan berdasar Ahmadi dalam penelitian Utami mengungkapkan bahwa kelompok *SHG/swabantu* merupakan suatu kelompok yang di dalamnya tiap anggota saling berbagi masalah baik secara emosional maupun fisik. Kegiatan ini mendiskusikan pemecahan masalah yang dihadapi bersama, hasilnya adalah masing-masing anggota mendapatkan keuntungan dengan diberikan metode *SHG* (Utami dkk, 2011). Penelitian lain terkait *SHG* bahwasanya metode *SHG* efektif dalam meningkatkan status kesehatan

dan kepuasan hidup lansia penderita hipertensi (Sahar, Riasmini, Kusumawati, & Erawati, 2017). Berdasarkan penelitian *Pilot Study* menyatakan bahwa kegiatan *SHG* pada lansia dengan DM mengalami peningkatan dalam *self-management behavior* dan *self-efficacy* (Decoster & George, 2005)

## II. LANDASAN TEORI

### A. Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (UU RI, 1998). Lansia bukanlah suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Mauk, 2010). Batasan usia dari lansia ada yang menyebutkan bahwa mulai usia pertengahan (*middle age*): 45-59 tahun, lansia (*elderly*): 60-74 tahun, lansia tua (*old*): 75-90 tahun, usia sangat tua (*very old*): di atas 90 tahun (Suzman & Beard, 2011). Semakin hari dengan bertambahnya umur seseorang, maka akan mengalami penurunan fungsi fisik maupun psikologis. Hal tersebut juga akan mempengaruhi lansia dalam melakukan *activity daily life* (ADL) secara mandiri dan menjadi tergantung pada orang lain. Keterbatasan dalam melakukan ADL, penyakit degeneratif, ketidakmampuan fisik, nyeri, penurunan fungsi kognitif, gangguan tidur, isolasi sosial, dan kepuasan hidup akan mempengaruhi kualitas hidup lansia (Tel H, 2013).

### B. Kualitas Hidup

Kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka dalam kehidupan. Lebih spesifik lagi adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Kreitler&Ben,2004). Kualitas hidup terkait kesehatan harus mencakup beberapa dimensi, yaitu dimensi fisik, fungsional, psikologis, dan sosial. Dimensi fisik merujuk pada gejala yang terkait penyakit dan pengobatan yang dijalani. Dimensi fungsional meliputi perawatan diri, mobilitas, serta level aktivitas fisik seperti

kapasitas untuk dapat berperan dalam kehidupan keluarga ataupun pekerjaan. Dimensi psikologis meliputi fungsi kognitif, status emosi, serta persepsi terhadap kesehatan, kepuasan hidup, serta kebahagiaan. Dimensi sosial terdiri dari aspek kontak dan interaksi sosial secara kualitatif maupun kuantitatif (De Haan et al, 1993). Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan (Steigelmen et al, 2006; Mons, Marquet, Budst, De Gees, 2004).

Kualitas hidup terkait kesehatan merupakan tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Kualitas hidup individu tersebut dapat dinilai dari kondisi fisiknya, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya (WHOQOL Group 1998 dalam Larasati 2012). Pengertian kualitas hidup terkait kesehatan juga bervariasi antar peneliti, menurut WHO sehat bukan sebatas terbebas dari penyakit, akan tetapi sehat secara fisik, mental, maupun sosial. Seseorang yang sehat akan mempunyai kualitas hidup yang baik, begitu pula kualitas hidup yang baik tentu akan menunjang kesehatan (Harmaini, 2006)

Penelitian sebelumnya terkait kualitas hidup lansia menyebutkan bahwa *quality of life lansia* yang tinggal di panti werdha lebih rendah daripada lansia yang tinggal di rumah (Ekwall, 2005; Elvinia, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Mahareza tahun 2008 menyatakan bahwa lansia yang tinggal di panti sebanyak 17 responden (26,6%) memiliki kualitas hidup rendah, 12 responden (18,8%) memiliki kualitas hidup sedang, dan 3 responden (4,7%) memiliki tingkat kualitas hidup tinggi (Mahareza, Yanta. 2008). Peningkatan kualitas hidup pada lansia akan mengalami gangguan apabila tidak diberikan penanganan yang tepat.

Penanganan terhadap kualitas hidup lansia tersebut dapat dikelola oleh tenaga kesehatan salah satunya adalah perawat. Tugas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat terutama lansia adalah perawat berwenang dalam

melakukan pengkajian keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat, melaksanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat ataupun promosi kesehatan, melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling, hingga melakukan pemberdayaan masyarakat (Judith Ann Allender, Rector, & Warner, 2010).

Kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut dapat dilakukan dengan salah satunya adalah terapi kelompok. Jenis terapi kelompok yang dapat dipimpin dan digunakan perawat dalam menangani masalah kualitas hidup lansia adalah *task group, supportive group, medications group, intensive problem solving groups, peer support group, activity therapy, self-help group (SHG* (Hauschild, 2015)). Pelaksanaan *SHG* yang dilakukan berdasar Ahmadi dalam penelitian Utami mengungkapkan bahwa kelompok *SHG*/swabantu merupakan suatu kelompok yang di dalamnya tiap anggota saling berbagi masalah baik secara emosional maupun fisik. Kegiatan ini mendiskusikan pemecahan masalah yang dihadapi bersama, hasilnya adalah masing-masing anggota mendapatkan keuntungan dengan diberikan metode *SHG* (Utami dkk, 2011). Penelitian lain terkait *SHG* bahwasanya metode *SHG* efektif dalam meningkatkan status kesehatan dan kepuasan hidup lansia penderita hipertensi (Sahar, Riasmini, Kusumawati, & Erawati, 2017). Berdasarkan penelitian *Pilot Study* menyatakan bahwa kegiatan *SHG* pada lansia dengan DM mengalami peningkatan dalam *self-management behavior* dan *self-efficacy* (Decoster & George, 2005).

### III. METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini menggunakan jenis penelitian eksperimen semu (Quasi Eksperimental Design) dengan menggunakan rancangan One Group Pretest posttest design. Penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling dengan 40 responden. Hasil uji normalitas menggunakan uji Shapiro Wilk. dan uji Analisa data menggunakan uji t test independen. Penelitian ini menggunakan instrument yaitu buku panduan *SHG* yang dimodifikasi dengan kualitas hidup lansia dengan instrumen baku yaitu data demografi dari

WHO, kuesioner *WHOQOL-BREF* (*The Brief Version of World Health Organization's Quality of Life Questionnaire*), *Quality of Life Index: Generic Version-III*, yang sebelumnya telah diberikan instrument *MMSE* (*Mini Mental State Examination*) untuk menjangkau responden dengan tingkat kognitif baik

### IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian dapat dijabarkan sebagai berikut :

**Tabel 1.** Data demografi responden

Responden	Jumlah	Persentase
Kelompok intervensi	24	60
Kelompok kontrol	16	40
	40	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	16	40
Perempuan	24	60
	40	100
Usia		
60 – 74 tahun	34	85
75 - 90 tahun	5	12,5
90 tahun	1	2,5
	40	100

**Tabel 2.** Distribusi Kualitas hidup lansia pada kelompok intervensi

Kelompok Intervensi	pre		post	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Kualitas hidup secara umum	5	21	0	0
Cukup	16	67	13	54
Baik	3	12	11	46
Sangat baik				
	24	100	24	100
Kesehatan fisik :				
Cukup	14	58	9	37
Baik	8	34	14	58
Sangat baik	2	8	1	5
	24	100	24	100
Faktor Psikologi :				
Cukup	12	50	1	5
Baik	12	50	20	83
Sangat baik	0	0	3	12
	24	100	24	100
Faktor sosial :				
Cukup	7	29	2	8
Baik	13	54	12	50
Sangat baik	4	17	10	42
	24	100	24	100
Faktor Lingkungan :				

Cukup	10	42	0	0
Baik	13	54	19	79
Sangat baik	1	4	5	21
	24	100	24	100

**Tabel 3.** Distribusi Kualitas Hidup Lansia Pada Kelompok Kontrol

Kelompok Kontrol	pre		post	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Kualitas hidup secara umum	14	87	15	94
Cukup	2	13	1	6
Baik	0	0	0	0
Sangat baik				
	16	100	16	100
Kesehatan fisik :				
Cukup	4	25	4	25
Baik	6	37	11	69
Sangat baik	6	38	1	6
	16	100	16	100
Faktor Psikologi :				
Cukup	15	94	14	87
Baik	1	6	2	13
Sangat baik	0	0	0	0
	16	100	16	100
Faktor sosial :				
Cukup	2	12	5	31
Baik	12	75	10	63
Sangat baik	2	13	1	6
	16	100	16	100
Faktor Lingkungan :				
Cukup	15	94	15	94
Baik	1	6	1	6
Sangat baik	0	0	0	0
	16	100	16	100

**Tabel 4.** Pengaruh SGH terhadap kualitas hidup Lansia

Kelompok	Mean	SD	95%CI	p
Perlakuan	67,39	8,01	64,02 – 70,75	<0,001
Kontrol	53,22	7,17	50,17 – 56,27	

Kualitas hidup individu tersebut dapat dinilai dari kondisi fisiknya, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya (WHOQOL Group 1998 dalam Larasati 2012). menurut WHO sehat bukan sebatas terbebas dari penyakit, akan tetapi sehat secara fisik, mental, maupun sosial. Seseorang yang sehat akan mempunyai kualitas hidup yang baik, begitu pula kualitas hidup yang baik tentu akan menunjang kesehatan (Harmaini, 2006). Kesejahteraan ini bisa dicapai bila keempat faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, seperti faktor

fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan dapat mencapai kondisi sejahtera (well-being).

Lansia menjalani usia tua dengan cara yang berbeda-beda. Ada orang berusia lanjut yang mampu melihat arti penting usia tua dalam konteks eksistensi manusia, yaitu sebagai masa hidup yang memberi mereka kesempatan-kesempatan untuk tumbuh berkembang. Ada juga lanjut usia yang memandang usia tua dengan sikap-sikap yang berkisar antara kepasrahan yang pasif dan pemberontakan, penolakan, dan keputusan. Lansia ini menjadi terkunci dalam diri mereka sendiri dan dengan demikian semakin cepat proses kemerosotan jasmani dan mental mereka sendiri

Proses dan kecepatan penurunan fungsi-fungsi tubuh yang terjadi pada perubahan fisik ini sangat berbeda untuk masing-masing individu meskipun usia mereka sama. Selain itu juga pada bagian tubuh yang berbeda pada individu yang sama terjadi proses dan kecepatan penurunan yang bervariasi. Diharapkan lanjut usia dapat melakukan penyesuaian dengan perubahan fisik dan kesehatan yang semakin menurun. Kondisi fisik yang semakin renta membuat lanjut usia merasa kehidupannya sudah tidak berarti lagi dan putus asa dengan kehidupan yang dijalani sekarang ini. Ini menjadi salah satu tanda rendahnya kualitas hidup lanjut usia di sana karena mereka tidak bisa menikmati masa tuanya. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan bagi penduduk lansia sangat menuntut perhatian, agar kondisi mereka tidak sakit-sakitan dalam menghabiskan sisa usia.

Pada teori Felce dan Perry (1996) disebutkan bahwa kesejahteraan psikologis meliputi pengaruh, pemenuhan, stres dan keadaan mental, harga diri, status dan rasa hormat, keyakinan agama, dan seksualitas. Pada masa lanjut usia, seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif, maupun dalam kehidupan psikososialnya (Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Ariyanti, 2009). Kestabilan kesejahteraan psikologis menjadi salah satu faktor yang ikut berperan dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis (Renwick & Brown, 1996). Kesehatan

psikologis mengacu pada afek positif, spiritualitas, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi, gambaran diri dan penampilan, harga diri, dan afek negatif (WHO, 1996; Rapley, 2003).

*SHG*/swabantu merupakan suatu kelompok yang di dalamnya tiap anggota saling berbagi masalah baik secara emosional maupun fisik. Kegiatan ini mendiskusikan pemecahan masalah yang dihadapi bersama, hasilnya adalah masing-masing anggota mendapatkan keuntungan dengan diberikan metode *SHG* (Utami dkk, 2011). *Self – Help Group* meningkatkan kualitas hidup lansia.

*SGH* pada lansia adalah membantu lansia dapat menyelesaikan masalah mereka terkait kualitas hidup secara berkelompok sehingga lansia dapat menangani dengan baik terkait kualitas hidupnya. *Self help group* diberikan agar setiap anggota kelompok dapat berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok. Informasi anggota kelompok dan solusi yang dapat dilakukan merupakan kekayaan bagi anggota kelompok.

Pelaksanaan *self help group* pada penelitian ini dilakukan pada dua kelompok yaitu kelompok I atau intervensi yang diberikan *self help group* selanjutnya diberikan bimbingan 4 x: kelompok II yang dijadikan kelompok kontrol diberikan *self help group* bimbingan 1 kali.

Kemampuan anggota kelompok dalam menghadapi adanya kendala fisik yang telah mengalami penurunan adalah dengan menyadari bahwa tua atau lansia pasti mengalami semua penurunan fisiknya. Penurunan fisik tidak menjadikan hambatan lansia dalam melakukan aktifitas fisik. Mereka masih melakukan kegiatan senam, dan aktifitas mandiri lainnya yang telah dijadwalkan oleh Panti. Mereka akan selalu membantu anggota kelompok untuk melakukan kegiatan atau aktivitasnya sehari-hari apabila ada diantara mereka yang mengalami gangguan fisik. Komitmen dari anggota kelompok ini terlihat pada dimensi fisik yang berada pada penilaian baik. Penelitian oleh Stefanus Mendes, dkk tentang peningkatan kualitas hidup lansia di kota

Depok dengan latihan keseimbangan menghasilkan bahwa latihan keseimbangan berpengaruh signifikan, meningkatkan kualitas hidup lansia ( $p < 0,001$ ). Hal ini berarti bahwa dengan tetap memelihara kesehatan fisik dengan melakukan berbagai kegiatan fisik atau aktifitas akan meningkatkan kualitas hidup lansia.

Kualitas hidup lansia juga dipengaruhi oleh bagaimana mereka secara psikologis mampu menghadapi masa tuanya dengan mengembangkan *self-image* dan minat dengan memusatkan pada pekerjaan. Menurut Hooyman dan Kiyak (1999) dikutip oleh Adi Fahrudin (2000), proses penuaan psikologi merujuk kepada perubahan dalam hal proses sensoris, proses persepsi dan keberfungsian mental (seperti memori, pembelajaran dan intelegensi), kapasitas penyesuaian, dan kepribadian. Perilaku orang lanjut usia sering dibandingkan dengan individu yang lebih muda. Perbedaan yang tampak antara dua kelompok dilihat pada aspek-aspek psikologi dari lanjut usia, seperti kemampuan intelektual mereka untuk belajar, pemecahan masalah dan berkreasi. Agaknya, masing-masing kelompok umur mempunyai kejadian yang berbeda dan situasi sosial yang berbeda. Hal itu menunjukkan bahwa penerimaan intelektual lebih berhubungan daripada kesakitan dan penyakit dari lanjut usia.

Kecerdasan termasuk bagian penting dalam kehidupan seorang lanjut usia manakala mereka dapat meningkatkan penggunaan kemampuan untuk mengakses, menginterpretasikan dan memanipulasi lingkungannya. Para lanjut usia dapat mengalami penurunan keberfungsian pengetahuannya yang dapat diukur, namun demikian mereka dapat bekerja dengan lingkungannya melalui cara-cara yang bersifat non-intelektual. Sejumlah kajian tentang memori menunjukkan bahwa penampilan lanjut usia kurang baik dalam eksperimen yang memerlukan pengingatan dalam jangka pendek. Kalkulasi numerik dan kecepatan tanggapannya tampak agak berkurang sejalan dengan usia. Namun keberfungsian verbal muncul secara terus menerus mengalami peningkatan. Ada bukti yang kuat bahwa orang terus belajar

dan merespon pengalaman baru hingga kematiannya tiba.

Orang yang mempunyai minat dan hobi yang bermakna dalam kehidupannya, setelah masa pensiun mencoba memanfaatkan waktu luangnya dengan melakukan aktivitas yang dapat menggantikan pekerjaan semula. Orang yang merasa senang dan realistis terhadap kehidupannya sekarang dan apa yang mereka inginkan agar dapat hidup dengan lebih baik, merupakan kesiapan untuk mengatasi tekanan dan krisis yang mungkin terjadi. Orang yang selalu memikirkan masa lalunya atau pencapaian prestasi di masa lalu, cenderung mengalami depresi pada saat memasuki lanjut usia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok lansia yang telah diberikan bimbingan SGH 4 x mengalami peningkatan dalam mengatasi masalah yaitu dengan hasil rata-rata baik.

Hooyman dan Kiyak (1999) mengatakan bahwa proses penuaan sosial (*social aging*) merupakan perubahan peranan dan hubungan individu dalam struktur sosial, misalnya dengan keluarga dan kawan-kawan, dalam peranan yang berbayar dan tak berbayar, dan dengan organisasi termasuk kumpulan keagamaan dan politik. Seperti halnya proses penuaan biologi dan psikologi, dalam proses penuaan sosial ini peranan sosial para lanjut usia dan hubungan mereka juga berkurang. Hal ini mencakup kehilangan dari fungsi-fungsi pemeliharaan anak, kehilangan dari peranan kakek-nenek, kehilangan pekerjaan, dan beberapa peranan lainnya. Disini menunjukkan adanya bukti bahwa dampak negatif dari "kehilangan peranan" dan isolasi sosial. Tampaknya, hilangnya sumber-sumber yang progresif cenderung menimbulkan perasaan kehilangan bantuan. Perasaan ini pada gilirannya, menimbulkan adanya kebimbangan pada orang lanjut usia yang mencoba untuk mengatasinya, dengan cara-cara penyesuaian yang berbeda, beberapa diantaranya bahkan gagal.

Stres sebagai hasil dari perubahan yang drastik seperti hilangnya penghasilan, kematian dari pasangan hidupnya atau relokasi dari berbagai pilihan menimbulkan shock pada orang lanjut usia

dan menyebabkan penyimpangan perilaku, emosional dan fisik. Adaptasi dan penyesuaian pada lanjut usia yang penting adalah sebagian tergantung pada sejarah kehidupannya, akibat perubahan yang begitu besar dan mendadak seperti perubahan status, sifat hubungan-hubungan yang terdahulu dan caranya dalam mengatasi krisis kehidupan yang lalu, juga tergantung pada kemauan dari masyarakat untuk memberikan pelayanan dan dukungan sebelum atau selama mengalami krisis.

Masyarakat manusia memiliki kebiasaan yang berbeda dalam memperlakukan orang-orang lanjut usia yang tidak memiliki kemampuan. Ada masyarakat yang kurang menghargai keberadaan lanjut usia, bahkan ada masyarakat yang membiarkan lanjut usia terlantar kelaparan hingga meninggal, sehingga meninggalkan kesan adanya perlakuan salah terhadap lanjut usia, Sementara pada masyarakat yang lain ada yang memperlakukan orang lanjut usia dengan baik, tetap menghormati keberadaan mereka.

Secara individual, orang lanjut usia secara dramatis dipengaruhi oleh interaksi mereka dengan orang-orang lainnya melalui sistem mikro, mezzo, dan makro. Sistem mikro yakni interaksi antara individu lanjut usia dengan lingkungan terdekat, seperti dengan keluarga atau lembaga pelayanan dimana mereka tinggal. Sistem mezzo, merupakan interaksi lanjut usia dengan lingkungan di luar keluarga/lembaga, seperti dengan masyarakat setempat, dan sistem makro dimana individu lanjut usia berada dalam lingkungan masyarakat yang lebih luas. peran sistem lingkungan makro untuk memberikan perhatian terhadap masalah yang dihadapi lanjut usia, yang berfokus pada pemberian dukungan dan pelayanan

Dalam hal kepribadian manusia yang berhubungan dengan penambahan usia, sering individu muncul dengan citra diri dan konsep diri yang berbeda dari imajinasinya. Hal ini dapat mempengaruhi sikap mentalnya yang akan memberi pengaruh terhadap hubungannya dengan orang lain. Sering individu menjadi menyadari dirinya, mereka dapat menarik diri dari kejadian-

kejadian sosial dan mulai menolak identitas yang menjadi miliknya dan memperkuat apa yang dia percayai sebagai penyebab penolakan masyarakat pada dirinya, yaitu melalui penekanan tentang kemudahan dan keindahan fisik.

## V. KESIMPULAN

Self-Help Group berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. Kualitas hidup kelompok intervensi lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol setelah perlakuan. Kualitas hidup lansia meningkat karena lansia memiliki suatu kemampuan dalam memecahkan masalah sendiri ataupun kelompok melalui berbagai masukan dari kelompok. Domain fisik, psikologis, sosial dan lingkungan adalah sebagai penilaian tentang kualitas hidup lansia. Domain tersebut sangat berkaitan sehingga dalam upaya meningkatkan kualitas hidup lansia perlu adanya bentuk koordinasi, kolaborasi dan komitmen bersama baik dari anggota kelompok lansia dan dengan pihak Panti untuk mengoptimalkan kegiatan – kegiatan yang sangat mendukung lansia dan peningkatan sarana prasarana yang memadai untuk peningkatan kesehatan baik fisik, psikososial dan lingkungan.

## VI. DAFTAR PUSTAKA

- Darmojo, R. B. (2009). *Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. (M. K. Pranarka, Ed.) (4th ed.). Jakarta.
- Decoster, V. A., & George, L. (2005). An Empowerment approach for elders. 699–713. <https://doi.org/10.1080/03601270500217787>
- Elvinia. (2006). *Quality of Life pada Lanjut Usia Studi Perbandingan pada Janda atau Duda Lansia Antara Yang Tinggal di Rumah Bersama Keluarga Dengan Yang Tinggal di Panti Werdha*. Tesis Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya. Tidak dipublikasikan.
- Judith Ann Allender, Rector, C., & Warner, K. D. (2010). *Community health nursing: promoting and protecting the public's health* (7th ed.). Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kemendes RI. (2016). *profil Kesehatan Indonesia. Kesehatan* (Vol. 70). <https://doi.org/10.1111/evo.12990>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Situasi dan analisis lanjut usia. Jakarta Selatan*. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-lansia.pdf>
- Mahareza, Yanta. (2008). *Perbedaan Kualitas Hidup Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Wredha dan yang Tinggal Bersama Keluarga*. Skripsi Fakultas Psikologi. Universitas Airlangga.
- Mauk, K. L. (2010). *Gerontological nursing: competencies for care*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for Wellness in Older Adults*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nenk. (2010). *Masalah Kesehatan Jiwa pada Lanjut Usia*. [http://www.epsiologi.com/epsi/lanjutusia\\_detail.asp?id=182](http://www.epsiologi.com/epsi/lanjutusia_detail.asp?id=182).
- Papers, S. S. (n.d.). *Impact of elderly self-help groups on quality of life of elders in bihar*.
- Ratna. (2008). *Pengaruh Faktor-Faktor Kesehatan, Ekonomi, dan Hubungan Sosial terhadap Kemandirian Orang Lanjut Usia*. [http://www.damandiri.or.id/file/ratna\\_suhartini\\_unair\\_bab1.pdf](http://www.damandiri.or.id/file/ratna_suhartini_unair_bab1.pdf).
- RI, U. (1998). *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*.
- Sahar, J., Riasmini, N. M., Kusumawati, D. N., & Erawati, E. (2017). *Improved Health Status and Life Satisfaction among Older People following Self-Help Group Intervention in Jakarta, 2017*.
- Sari, Novita Wulan. 2018. *Buku Panduan Proses Self Management pada Lansia dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 melalui metode Self Help Group (SHG)*. Editor Muflihatul dan Nurullya. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.



- Sudarsih, S., & Dkk. (2013). Jurnal Ilmiah Kesehatan, 5(2), 1–103.
- Suzman, R., & Beard, J. (2011). *Global Health and Aging. NIH Publication no 117737* (Vol. 1). United State. <https://doi.org/11-7737>
- Tel, H. 2013. Sleep Quality and Quality of Life among the Elderly People. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 48-52
- Utami, Tantri W., Budi Anna K., Dewi G., Ria U., Peningkatan kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa melalui kelompok swabangtu. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. Vol. 14, No.1, Maret 2011; hal.37-44;2011.
- World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) assessment : position paper from WHO. *Social science medicine*. 1995;10;1043-1.