

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 LANSIA**

##### **2.1.1 Definisi Lansia**

Lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis (Effendi, 2009). Lansia adalah seseorang yang telah berusia >60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati, 2017). Kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah berusia > 60 tahun, mengalami penurunan kemampuan beradaptasi, dan tidak berdaya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seorang diri.

##### **2.1.2 Klasifikasi Lansia**

Klasifikasi lansia menurut Burnside dalam (Nugroho, 2012) :

- 1) Young old (usia 60-69 tahun)
- 2) Middle age old (usia 70-79 tahun)
- 3) Old-old (usia 80-89 tahun)
- 4) Very old-old (usia 90 tahun ke atas)

### 2.1.3 Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia menurut (Ratnawati, 2017); (Ratnawati, 2017) yaitu :

#### 1) Usia

Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia diatas 60 tahun (Ratnawati, 2017).

#### 2) Jenis kelamin

Data Kemenkes RI (2015), lansia didominasi oleh jenis kelamin perempuan. Artinya, ini menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan (Ratnawati, 2017).

#### 3) Status pernikahan

Berdasarkan Badan Pusat Statistik RI SUPAS 2015, penduduk lansia ditilik dari status perkawinannya sebagian besar berstatus kawin (60 %) dan cerai mati (37 %). Adapun perinciannya yaitu lansia perempuan yang berstatus cerai mati sekitar 56,04 % dari keseluruhan yang cerai mati, dan lansia laki-laki yang berstatus kawin ada 82,84 %. Hal ini disebabkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki, sehingga presentase lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dan lansia laki-laki yang bercerai umumnya kawin lagi (Ratnawati, 2017).

#### 4) Pekerjaan

Mengacu pada konsep active ageing WHO, lanjut usia sehat berkualitas adalah proses penuaan yang tetap sehat secara fisik, sosial dan mental sehingga dapat tetap sejahtera sepanjang hidup dan tetap berpartisipasi dalam rangka meningkatkan kualitas hidup sebagai anggota masyarakat. Berdasarkan data Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI 2016 sumber dana lansia sebagian besar

pekerjaan/usaha (46,7%), pensiun (8,5%) dan (3,8%) adalah tabungan, saudara atau jaminan sosial (Ratnawati, 2017).

#### 5) Pendidikan terakhir

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Darmojo menunjukkan bahwa pekerjaan lansia terbanyak sebagai tenaga terlatih dan sangat sedikit yang bekerja sebagai tenaga profesional. Dengan kemajuan pendidikan diharapkan akan menjadi lebih baik (Darmojo, B dan Martono, 2006).

#### 6) Kondisi kesehatan

Angka kesakitan, menurut Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI (2016) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Semakin rendah angka kesakitan menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang semakin baik. Angka kesehatan penduduk lansia tahun 2014 sebesar 25,05%, artinya bahwa dari setiap 100 orang lansia terdapat 25 orang di antaranya mengalami sakit. Penyakit terbanyak adalah penyakit tidak menular (PTM) antar lain hipertensi, artritis, stroke, diabetes mellitus (Ratnawati, 2017).

### **2.1.4 Perubahan Pada Lansia**

Perubahan pada Lanjut Usia Menurut (Potter, 2009) proses menua mengakibatkan terjadinya banyak perubahan pada lansia yang meliputi :

#### 1) Perubahan Fisiologis

Pemahaman kesehatan pada lansia umumnya bergantung pada persepsi pribadi atas kemampuan fungsi tubuhnya. Lansia yang memiliki kegiatan harian atau rutin biasanya menganggap dirinya sehat, sedangkan lansia yang memiliki gangguan fisik, emosi, atau sosial yang menghambat kegiatan akan menganggap

dirinya sakit. Perubahan fisiologis pada lansia beberapa diantaranya, kulit kering, penipisan rambut, penurunan pendengaran, penurunan refleks batuk, pengeluaran lender, penurunan curah jantung dan sebagainya. Perubahan tersebut tidak bersifat patologis, tetapi dapat membuat lansia lebih rentan terhadap beberapa penyakit. Perubahan tubuh terus menerus terjadi seiring bertambahnya usia dan dipengaruhi kondisi kesehatan, gaya hidup, stressor, dan lingkungan.

## 2) Perubahan Fungsional

Fungsi pada lansia meliputi bidang fisik, psikososial, kognitif, dan sosial. Penurunan fungsi yang terjadi pada lansia biasanya berhubungan dengan penyakit dan tingkat keparahannya yang akan memengaruhi kemampuan fungsional dan kesejahteraan seorang lansia. Status fungsional lansia merujuk pada kemampuan dan perilaku aman dalam aktivitas harian (ADL). ADL sangat penting untuk menentukan kemandirian lansia. Perubahan yang mendadak dalam ADL merupakan tanda penyakit akut atau perburukan masalah kesehatan.

## 3) Perubahan Kognitif

Perubahan struktur dan fisiologis otak yang dihubungkan dengan gangguan kognitif (penurunan jumlah sel dan perubahan kadar neurotransmitter) terjadi pada lansia yang mengalami gangguan kognitif maupun tidak mengalami gangguan kognitif. Gejala gangguan kognitif seperti disorientasi, kehilangan keterampilan berbahasa dan berhitung, serta penilaian yang buruk bukan merupakan proses penuaan yang normal.

#### 4) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial selama proses penuaan akan melibatkan proses transisi kehidupan dan kehilangan. Semakin panjang usia seseorang, maka akan semakin banyak pula transisi dan kehilangan yang harus dihadapi. Transisi hidup, yang mayoritas disusun oleh pengalaman kehilangan, meliputi masa pensiun dan perubahan keadaan finansial, perubahan peran dan hubungan, perubahan kesehatan, kemampuan fungsional dan perubahan jaringan sosial. Menurut (Ratnawati, 2017) perubahan psikososial erat kaitannya dengan keterbatasan produktivitas kerjanya.

Oleh karena itu, lansia yang memasuki masa-masa pensiun akan mengalami kehilangan-kehilangan sebagai berikut:

- a. Kehilangan finansial (pedapatan berkurang).
- b. Kehilangan status (jabatan/posisi, fasilitas).
- c. Kehilangan teman/kenalan atau relasi
- d. Kehilangan pekerjaan/kegiatan.

Kehilangan ini erat kaitannya dengan beberapa hal sebagai berikut:

- a. Merasakan atau sadar terhadap kematian, perubahan bahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, pergerakan lebih sempit).
- b. Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat padahal penghasilan yang sulit, biaya pengobatan bertambah.
- c. Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan fisik.
- d. Timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial.
- e. Adanya gangguan saraf pancaindra, timbul kebutaan dan kesulitan.
- f. Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.

- g. Rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga.
- h. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri)

## **2.2 DEMENSIA**

### **2.2.1 Definisi Demensia**

Demensia adalah dimana gangguan dari beberapa fungsi kortikal lebih tinggi, termasuk memori, berpikir, orientasi, pemahaman, perhitungan, belajar, berbahasa, dan penilaian. Gangguan fungsi kognitif terkadang didahului dengan penuaan, pengendalian emosi, perilaku sosial, dan motivasi (Wicitania, 2016) Demensia adalah suatu sindrom akibat penyakit otak, biasanya bersifat kronik atau progresif serta terdapat gangguan fungsi luhur. Jenis demensia yang paling sering dijumpai yaitu demensia tipe Alzheimer, termasuk daya ingat, daya pemahaman, berhitung, kemampuan belajar, berbahasa, dan daya kemampuan menilai. Kesadaran tidak berkabut dan biasanya disertai rendahnya fungsi kognitif, ada kalanya diawali oleh kemerosotan (deterioration) dalam pengendalian emosi, perilaku sosial, atau motivasi, sindrom ini terjadi pada penyakit Alzheimer, pada penyakit serebrovaskuler, dan pada kondisi lain yang secara primer atau sekunder mengenai otak (Nisa, 2016).

### **2.2.2 Tipe Tipe Demensia**

(Aisyah, 2016) membedakan Tipe-tipe demensia menjadi beberapa jenis yaitu:

- a. Demensia tipe Alzheimer

Alois Alzheimer pertama kali menggambarkan satu kondisi yang selanjutnya dalam tahun (1970), menggambarkan wanita berusia 51 tahun dengan perjalanan demensia progresif 4,5 tahun. Diagnosis akhir penyakit Alzheimer didasarkan pada pemeriksaan neuropatologi otak. Faktor genetik dianggap berperan sebagian dalam perkembangan penyakit demensia ini. Observasi makroskopis neuroanatomik klasik pada otak dari seorang pasien dengan penyakit Alzheimer adalah atrofi difus dan pembesaran ventrikel serebral serta timbulnya bercak-bercak senilis, kekusutan neurofibriler, hilangnya neuronal, dan degenerasi granulovaskular pada neuron.

b. Demensia vaskuler

Penyebab pertama dari demensia vaskuler dianggap adalah penyakit vaskuler serebral yang multiple, yang menyebabkan suatu pola gejala demensia. Demensia vaskuler paling sering terjadi pada laki-laki, khususnya mereka yang mengalami hipertensi yang telah ada sebelumnya atau faktor resiko kardiovaskuler lainnya. Penyakit pick ditandai oleh atrofi yang lebih banyak dalam darah frontotemporal. Darah tersebut juga mengalami kehilangan neuronal, yang merupakan massa elemen sitoskeletal. Penyakit pick berjumlah kira-kira 5 persen dari semua demensia yang irreversibel. Penyakit pick sangat sulit dibedakan dengan demensia tipe Alzheimers, walaupun stadium awal penyakit pick lebih sering ditandai dengan perubahan kepribadian dan prilaku, dengan fungsi kognitif lain yang relative bertahan.

c. Demensia berhubungan dengan HIV

Infeksi dengan human immunodeficiency virus (HIV) sering kali menyebabkan demensia dan gejala psikiatrik lainnya. Pasien yang terinfeksi

dengan HIV mengalami demensia dengan angka tahunan 14 persen. Perkembangan demensia pada pasien yang terinfeksi HIV sering disertai tampaknya kelainan parenkimal.

d. Demensia yang berhubungan dengan trauma kepala

Demensia dapat dari trauma kepala, demikian juga berbagai sindrom neuropsikiatrik.

### **2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Demensia**

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kejadian demensia pada lansia.

Faktor-faktor di uraikan sebagai berikut:

a. Umur

Umur merupakan faktor resiko utama terhadap kejadian demensia pada usia lanjut. Hubungan ini sangat berbanding lurus yaitu bila semakin meningkatnya umur, semakin tinggi pula resiko terjadinya demensia. Lanjut usia (lansia) merupakan tahap akhir dalam kehidupan manusia. Manusia yang memasuki tahap ini ditandai dengan menurunnya kemampuan kerja tubuh akibat perubahan atau penurunan fungsi organ-organ tubuh, semakin usia yang bertambah akan semakin rentan pula terkena penyakit (Aisyah, 2016).

b. Jenis kelamin

Demensia lebih banyak dialami perempuan, bahkan saat populasi perempuan lebih sedikit dari laki-laki, kejadian demensia pada perempuan lebih besar dibandingkan laki-laki. Akan tetapi tidak ada perbedaan signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian demensia, hal ini menunjukkan bahwa laki-laki maupun perempuan memiliki peluang yang sama untuk berkembangnya demensia (Alzheimer's, 2016)



### c. Genetik

Sebagian pasien demensia memiliki genetik demensia dari faktor keturunan. Namun pada sebagian orang yang memiliki gen demensia hanya sedikit gennya yang berkembang menjadi demensia. Penyakit Alzheimers (AD) merupakan penyakit genetik heterogen; dikaitkan dengan satu susceptibility (risk) gene dan tiga determinative (disease) genes. Susceptibility (risk) gene yang diketahui ialah alel apolipoprotein EC4 (APOE E4) di kromosom 19 pada q13. Hal ini harus dilakukan pemeriksaan secara detail agar mengetahui faktor ini terjadi pada lanjut usia (Alzheimer's, 2016)

### d. Pola makan

Kebutuhan lanjut usia semakin menurun seiring dengan bertambahnya usia. Pada usia 40-49 tahun menurun sekitar 5%, dan pada usia 50-69 tahun menurun hingga 10%, sehingga jumlah makanan yang dikonsumsi akan berkurang dan pola makan tidak teratur, contohnya seperti berat badan akan menurun, dan kekurangan vitamin dan mineral (Fatmah, 2016).

### e. Riwayat penyakit

Penyakit infeksi dan metabolisme yang tidak ditangani serta diabaikan dapat memicu terjadinya demensia seperti tumor otak, penyakit kardiovaskuler (seperti hipertensi dan atherosclerosis), gagal ginjal, penyakit hati, penyakit gondok. Penyakit penyebab demensia dibagi menjadi 3 kelompok meliputi demensia idiopatik, demensia vaskuler, dan demensia sekunder. Demensia idiopatik contohnya seperti penyakit Alzheimers, penyakit Huntington, penyakit pick yang terjadi pada lobus frontal, dll. Demensia vaskuler contohnya demensia multi-infark, pendarahan otak non-traumatik dengan demensia dan pada

demensia sekunder terjadi karena infeksi, gangguan nutrisi, gangguan autoimun, trauma, dan stress (Aisyah, 2016).

#### f. Status gizi

Status gizi yang baik menjadikan seseorang dapat memiliki tubuh yang sehat dan menjaga sistem dalam tubuh bekerja secara baik pula. Pada masa lansia adanya penurunan fungsi tubuh yang diakibatkan oleh umur, penyakit dan salah satunya status gizi. Asupan makanan yang kurang bergizi bagi para lansia mengakibatkan penurunan sistem dalam tubuh. Zat gizi makro diketahui berkaitan dengan kejadian demensia pada lansia, terutama vitamin B kompleks. Kekurangan vitamin B kompleks pada lansia dapat meningkatkan resiko terjadinya demensia. Ini menunjukkan bahwa buruknya status gizi secara tidak langsung dapat mengakibatkan munculnya resiko demensia pada lansia (Pratiwi, 2014).

#### 2.2.4 Pengukuran Demensia

Menurut Kaplan (Kaplan, 2016), ada beberapa tes yang dapat membantu mendiagnosis demensia, misalnya *Mini Mental State Examination (MMSE)*.

Kriteria diagnostik untuk demensia, yaitu:

- a. Kemampuan intelektual menurun sedemikian rupa sehingga mengganggu pekerjaan dan lingkungan.
- b. Defisit kognitif selalu melibatkan memori, biasanya didapatkan kemampuan berpikir abstrak, menganalisis masalah, pertimbangan terganggu, dan perubahan kepribadian.
- c. Sadarilah bahwa saat Anda melakukan wawancara pasien, beberapa hal dapat dilacak, seperti ketika Anda menanyakan nama, alamat, pekerjaan, usia,

tanggal lahir, dan riwayat kesehatan mereka. Dengan pepatah ini, Anda dapat memberikan kesan memori, kefasihan bahasa dan pengucapan kata. Dimungkinkan juga untuk menanyakan apakah orang yang diwawancarai merasa tidak enak, apakah dia kekurangan sesuatu, apakah dia sadar akan penderitannya. Kuesioner *MMSE* ini berisi beberapa pernyataan memori. Setiap pertanyaan memiliki nilai dari 0 sampai 5, kategori demensia normal responden harus memiliki skor 24 sampai 30, kategori gangguan kognitif sedang memiliki nilai 18 sampai 23, dan kategori berat memiliki nilai 0 sampai 17. Dengan kuesioner ini peneliti dapat mengetahui berapa banyak responden. mengalami demensia.

## **2.3 KUALITAS HIDUP**

### **2.3.1 Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas Hidup adalah penilaian individu terhadap keadaan kesehatan seseorang. Berdasarkan (Moghadam et al., 2018) kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai ukuran konseptual untuk menilai dampak dari terapi yang dilakukan untuk pasien dengan penyakit kronis. Ukuran tersebut meliputi kesehatan, kelangsungan hidup, dan kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life* atau *WHOQOL* dapat dipahami sebagai persepsi individu tentang tempat mereka dalam kehidupan, yang dalam konteks budaya dan sistem nilai, tujuan, harapan, dan standar hidup mereka. Pendapat lain dari Gill & Feinstein dikutip dalam (Chen, 2012) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang tempat mereka dalam kehidupan dalam kaitannya dengan sistem budaya, nilai, cita-cita, penghargaan dan pandangan. Tindakan multidimensi tidak terbatas pada efek fisik

dan psikologis pengobatan. Senada dengan itu, ada pandangan lain bahwa kualitas hidup bersifat multidimensional, artinya banyak aspek/dimensi yang dilihat dan dievaluasi, termasuk kesehatan fisik, kesehatan mental yang baik, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan.

### **2.3.2 Faktor Yang Memengaruhi Kualitas Hidup**

Menurut Raeburn & Rootman dikutip dalam (Woodall et al., 2015) terdapat 8 faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup seseorang secara umum yang meliputi :

#### **a. Kontrol**

Kontrol yaitu berkaitan dengan bagaimana sikap individu dalam menghadapi perilaku seseorang serta melakukan pembatasan kegiatan dalam rangka menjaga kondisi tubuh.

#### **b. Potensi dan Peluang**

Potensi dan peluang yaitu berkaitan dengan seberapa besar kemampuan dan kemauan seseorang dalam melihat peluang yang dapat dia lakukan.

#### **c. Sumber Daya**

Sumber daya yaitu berkaitan dengan bagaimana kemampuan dan kondisi fisik yang dimiliki atau yang sedang dialami oleh individu.

#### **d. Sistem Dukungan**

Sistem dukungan dapat berasal dari berbagai pihak seperti lingkungan keluarga, lingkungan masyarakat dan dapat berasal dari sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal dan hunian yang layak serta fasilitas yang memadai yang dapat menunjang jalannya kehidupan.

#### **e. Keterampilan**

Keterampilan yaitu berkaitan dengan kemampuan individu dalam melakukan suatu keterampilan lain yang dapat mengembangkan dirinya dengan mengikuti suatu kegiatan kursus keahlian tertentu.

f. Kejadian dalam Hidup

Kejadian dalam hidup berkaitan dengan tugas perkembangan dan stres yang ditimbulkannya. Ini terkait bagaimana kemampuan individu dalam menjalani tugas yang bahkan tugas tersebut memberikan tekanan tersendiri bagi individu.

g. Perubahan Politik

Perubahan politik yang dimaksud berkaitan dengan masalah negara misalnya krisis moneter yang dapat menyebabkan hilangnya pekerjaan sebagai mata pencaharian.

h. Perubahan Lingkungan

Perubahan lingkungan yang dimaksud berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan misalnya akibat bencana alam yang menyebabkan rusaknya lingkungan tempat tinggal.

### **2.3.3 Aspek - Aspek Kualitas Hidup**

Terdapat 4 domain yang menjadi parameter dalam penilaian kualitas hidup seseorang dan terdapat beberapa aspek dalam setiap domainnya. Menurut WHO (Ekasari et al., 2019) penilaian kualitas hidup dengan domain ini disebut dengan *WHOQOL-BREF*. Empat domain utama tersebut meliputi :

a. Kesehatan Fisik

Aspek dalam domain kesehatan fisik meliputi energi dan kelelahan, nyeri dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis serta kapasitas kerja.

b. Kesehatan Psikologis

Aspek dalam domain kesehatan psikologis meliputi citra dan penampilan tubuh, perasaan negatif, perasaan positif, harga diri, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi serta agama/ spiritualitas dan keyakinan pribadi.

c. Hubungan Sosial

Aspek dalam domain hubungan sosial meliputi hubungan pribadi, dukungan sosial dan aktivitas seksual.

d. Hubungan dengan Lingkungan

Aspek dalam domain hubungan dengan lingkungan meliputi sumber daya keuangan, kebebasan, keselamatan dan keamanan fisik, perawatan kesehatan dan sosial : aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, peluang untuk memperoleh informasi baru dan keterampilan, partisipasi dan peluang untuk rekreasi/waktu luang serta lingkungan fisik (polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim).

### **2.3.4 Pengukuran Kualitas Hidup (*Quality Of Life*)**

Kualitas hidup (*Quality of Life*) dapat diukur dengan menggunakan beberapa jenis kuisioner yang meliputi :

a. *WHOQOL-BREF*

*WHOQOL-BREF* merupakan instrumen yang dikembangkan oleh *World Health Organization (WHO)*. Instrumen ini digunakan untuk menilai kualitas hidup secara umum dan menyeluruh. *WHOQOL-BREF* ini merupakan pembaharuan

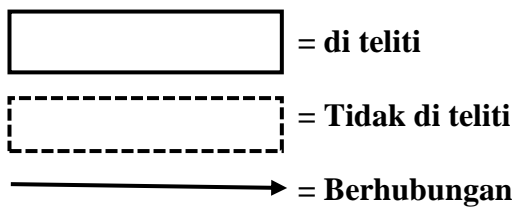
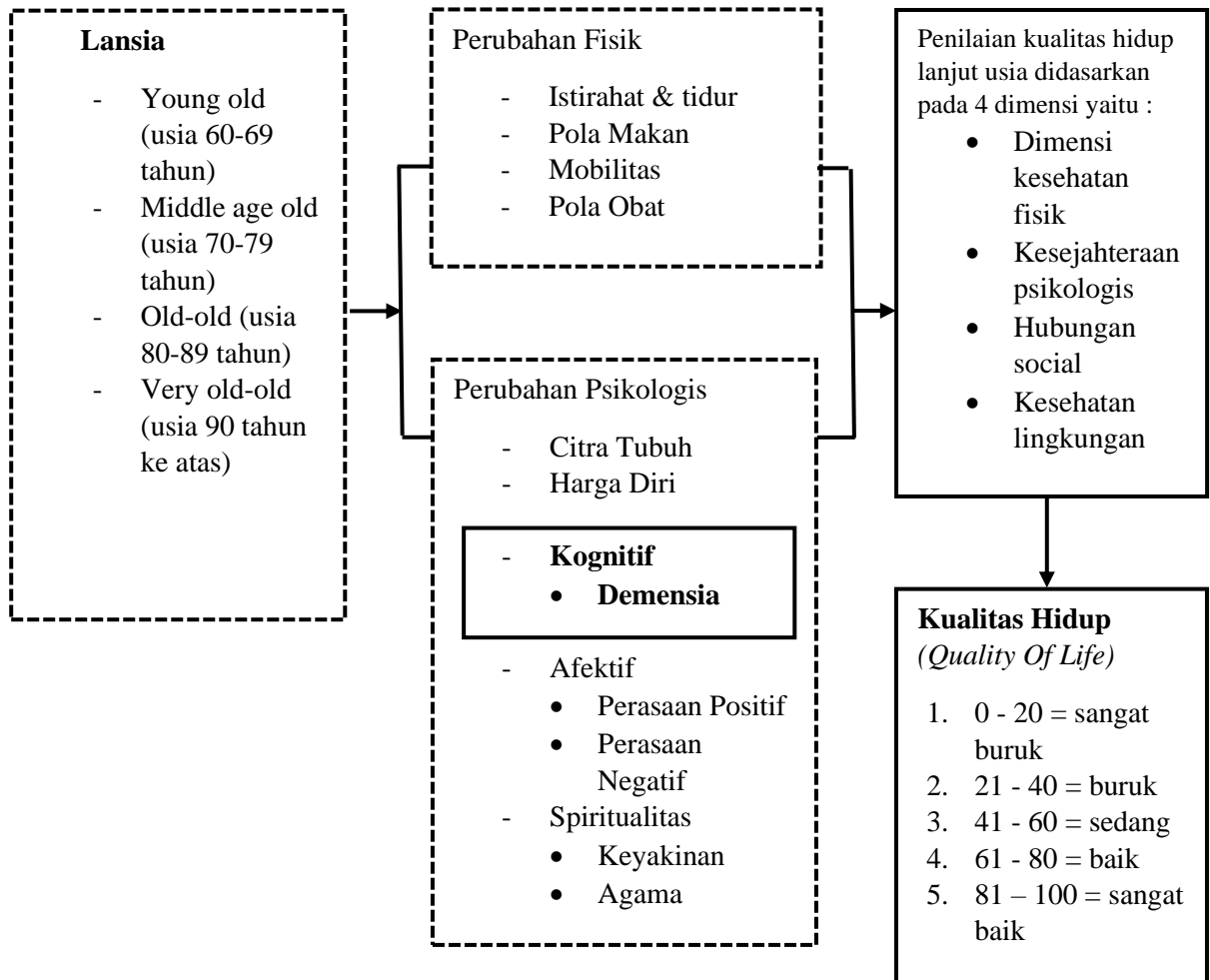
atau rangkuman dari instrumen sebelumnya yaitu *WHOQOL-100*. Pada instrumen *WHOQOL-100* terdapat 6 domain yaitu (kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritualitas). Terdapat pembaharuan dengan adanya penggabungan domain 1 dan 3 serta penggabungan domain 4 dan 6. Oleh karena itu terbentuklah instrumen *WHOQOL-BREF* yang terdiri dari 4 domain utama yaitu (kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan). Instrumen ini terdiri dari dua item yaitu kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan umum. Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan dengan satu item yang terdiri dari 24 pertanyaan yang diadopsi dari instrumen *WHOQOL-100 (The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF, 2014)*. Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan dengan satu item yang terdiri dari 24 pertanyaan yang diadopsi dari instrumen *WHOQOL-100 (The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF, 2014)*. Dengan kategori 0 - 20 = sangat buruk, 21 - 40 = buruk, 41 - 60 = sedang, 61 - 80 = baik, 81 - 100 = sangat baik

b. *KDQOL-SFTM*

*KDQOL-SFTM* merupakan instrumen yang dikembangkan oleh *Research and Development (RAND)* dan Universitas Arizona yang digunakan untuk mengukur *Health Related Quality of Life (HRQOL)* pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani tindakan hemodialisis. Instrumen *KDQOL-SFTM* ini terdiri dari 24 pertanyaan dimana terdapat rentang nilai/ skor disetiap item pertanyaan. Skor 76-100 termasuk kategori baik, skor 60-75 termasuk kategori sedang dan skor < 60 termasuk kategori buruk (Theofilou, 2013).

## 2.4 Kerangka Konsep Penelitian

Bagan 2. 1 Kerangka Konsep Penelitian



### Penjelasan Kerangka Konsep :

Dilihat dari kerangka konsep diatas, demensia berhubungan langsung dengan lansia dengan kategori usia young old – very old old, perubahan yang terjadi pada lansia ada 2 yaitu perubahan fisik yang meliputi istirahat & tidur, pola makan, mobilitas, pola minum obat, dan perubahan psikologis yang salah satunya masuk kedalam pebelitian yaitu demensia.



Gangguan demensia pada lansia menimbulkan suatu keadaan yang penting yaitu kualitas hidupnya, kualitas hidup sendiri dibagi menjadi 5 item penting ketika dilakukan penelitian yaitu sangat buruk, buruk, sedang, baik, dan sangat baik. Serangkaian ini ada hubungan antara lansia, demensia, dan kualitas hidup.

## **2.5 Hipotesis**

Hipotesis adalah pernyataan kebenaran yang masih rendah keakuratannya dan perlu dikaji atau diuji untuk menguatkan kebenaran dari suatu penelitian (Saputra, 2016)

H1 : Ada hubungan derajat demensia dengan kualitas hidup lansia