

**SIKAP LANJUT USIA TENTANG PERUBAHAN FISIOLOGIS
DARI AKTIFITAS SEKSUAL DI DESA WONOKALANG
WONOAYU SIDOARJO**

Priyantini.¹, Dwiharini P, S.Kep, Ns.²
¹ Mahasiswa Politeknik Kesehatan Majapahit
² Dosen Politeknik Kesehatan Majapahit

ABSTRACT

Aging Process (Aging) is a natural process that accompanied the decline of their physical, psychological and social interact with each other. One problem that often in the elderly complain about the changes of sexual activity. Therefore this study was conducted to determine attitudes about the elderly physiological changes of sexual activity.

This reseach uses descriptive study design with a total population of 46 people aged 60-70 years old, the sample totaled 41 respondents using probability sampling technique type cluster random sampling, the instrument used a structured questionnaire through interviews. The variables in the elderly is the attitude about the precise physiological changes of sexual activity, after data analysis of data obtained using the formula T score.

The results showed that more than 50% of respondents being negative towards the physiological changes of sexual activity were 21 as many respondents (51.2%). Negative attitudes of respondents toward the physiological changes of sexual actifity is because that according to their desires and their penggairahan of sexual actifity is still the same as when ayoung man, nothing has changed.

It is expected that the elderly can comprehend and understand that in old age that there are some changes among the psyiological changes of sexual actifity that involved several steps that desire phase, the phase of araosol, orgasmic phase, post orgasmic phase. In order not to adversely affect both physically and psychologically from the elderly can make healthy sexual actifity, desired and can be enjoyed together.

Keywords: *Attitude, Advanced age, physiological changes, sexual activity.*

A. PENDAHULUAN

Dengan semakin baiknya keadaan kesehatan masyarakat, maka penduduk kelompok usia lanjut semakin banyak di masyarakat. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi memberikan dampak positif terhadap kesejahteraan yang terlihat dari Angka Harapan Hidup (AHH). Pada tahun 1971 usia lansia mencapai 46,6 tahun, sedangkan pada tahun 1999, angka harapan hidup tersebut meningkat sampai 67,5 tahun. Populasi lansia akan meningkat juga, yaitu pada tahun 1990, dengan jumlah penduduk usia 60 tahun \pm 10 juta jiwa (5,5%) dari total populasi penduduk. Sedangkan pada tahun 2020 diperkirakan meningkat 3x menjadi \pm 29 juta jiwa (11,4%) dari total populasi penduduk. Tentunya hal itu tercapai jika lansia mampu untuk menyesuaikan diri secara terus-menerus, dan apabila proses penyesuaian diri dengan lingkungannya kurang berhasil maka dapat timbul berbagai masalah (Lembaga demografi FE-UI-1993 dalam Efendy, 2007).

Proses menua (*aging*) adalah proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Keadaan itu cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan jiwa secara khusus pada lansia. Salah satu masalah yang kerap kali dikeluhkan lansia yaitu tentang perubahan aktifitas seksual. Seseorang yang mengalami kondisi kronis

akibat penyakit, depresi, rasa berkabung, atau perubahan gaya hidup, akan beresiko untuk tidak dapat memenuhi kebutuhan seksualnya, hal itu dikemukakan oleh Depkes.RI (1992), dalam Arya (2009).

Sikap orang lanjut usia terhadap seksualitas berbeda dengan sikap orang muda, dikatakan bahwa ada sebagian lansia yang mengharapkan hubungan intim berakhir dengan kepuasan seks di antara keduanya, meskipun potensi hubungan seks pada lansia tak lagi seperti saat mereka masih berusia muda. Namun, tak sedikit pula yang melakukan keintiman itu bukan semata-mata untuk kepuasan seks, tetapi lebih pada rasa saling memperhatikan, menyayangi dan juga lebih bertujuan membahagiakan pasangannya, bukan lagi mengarah pada kepentingannya sendiri (Anonim 2009).

Menurut Marcoen (1990) dalam F.J (2006), penelitian mengenai seksualitas pada usia lanjut dapat dikatakan belum banyak dan sangat dangkal. Di Barat diketemukan bahwa sesudah usia 50 tahun frekuensi hubungan seks menurun baik pada laki-laki maupun pada wanita, meskipun pada laki-laki masih lebih aktif sepanjang hidup. Dalam F.J (2006), Wilson 1975 menemukan bahwa 25 % laki-laki usia 60 tahun ke atas dan 50 % wanita usia 60 tahun ke atas tidak lagi melakukan hubungan seksual. Dari kelompok laki-laki, 27 % melakukan hubungan seks sekali dalam sebulan, sedangkan pada kelompok wanita 12 %. Penurunan frekuensi yang drastis dalam hubungan seks ini diketemukan sekitar usia 75 tahun.

Berkurangnya aktifitas seksual disaat usia lanjut, disebabkan adanya penurunan daya seksualitas. Di samping adanya perubahan fisik, faktor psikologis juga seringkali menyebabkan penurunan fungsi dan potensi seksual. Selain itu ada juga faktor seks di usia lanjut karena adanya rasa tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia. Sikap keluarga dan masyarakat yang kurang menunjang serta diperkuat oleh tradisi dan budaya. Kelelahan atau kebosanan karena kurang variasi dalam kehidupannya. Pasangan hidup yang telah meninggal juga bisa menjadi penyebab menurunnya aktifitas seksual dan disfungsi seksual, karena perubahan hormonal atau masalah kesehatan jiwa lainnya misalnya cemas, depresi, pikun (Ayudea, 2010).

Dampak dari perubahan aktifitas seksual adalah lansia sering menahan diri untuk melakukan hubungan seksualnya pada usia tua atau menghindari perkawinan ulang, karena sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap hubungan seksual antara orang berusia lanjut dan keraguan terhadap kemampuan seksual mereka (Bandiyah 2008). Disamping itu juga bisa berupa kehampaan emosi dan bersikap negatif terhadap segala sesuatu yang bersifat seksual. Karena hubungan seksual yang sehat merupakan hubungan seksual yang dikehendaki, dapat dinikmati bersama dan tidak menimbulkan akibat buruk, baik fisik maupun psikis (Aswendoclya 2009).

Dari hasil kunjungan awal di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo pada tanggal 02 November 2010 telah dilakukan wawancara tentang perubahan aktifitas seksual pada lansia, terhadap 6 orang lansia yang mempunyai pasangan berumur 60-70 tahun, didapati 4 orang dari 6 orang lansia di desa tersebut menyatakan sudah tidak pernah melakukan hubungan seksual dikarenakan sudah tua. Sedangkan 2 orang lansia menyatakan bahwa masih melakukan hubungan seksual meskipun tidak serutin waktu muda dulu.

Beberapa pencegahan yang dapat dilakukan agar aktifitas seksual tidak menjadi masalah pada lansia antara lain memahami perubahan normal yang berhubungan dengan lansia, saling memberikan perhatian dengan pasangan, melakukan gaya hidup yang sehat, komunikasi, edukasi dan informasi tentang perilaku seksual di masyarakat. Selain itu juga melakukan pemeriksaan berkala dan menjalani sex therapy kepada pasutri lansia yang mengalami masalah (Aufalia, 2008).

Dari uraian di atas mendorong peneliti untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai Sikap Lansia Tentang Perubahan fisiologis dari Aktifitas Seksual.

B. TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Dasar Sikap.

a. Definisi Sikap.

Pada awalnya, istilah sikap atau *attitude* digunakan untuk menunjuk status mental individu. Sikap yang terdapat pada diri individu akan memberi warna atau corak tingkah laku ataupun perbuatan individu yang bersangkutan. Dengan memahami atau mengetahui sikap individu, dapat diperkirakan respons ataupun perilaku yang akan diambil oleh individu yang bersangkutan (Sunaryo, 2004).

Menurut Sunaryo (2004), beberapa ahli psikologi mengemukakan pendapat yang berbeda mengenai pengertian dari sikap itu sendiri, antara lain:

- 1) Pendapat dari Notoatmodjo S. (1997), bahwasannya sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.
- 2) Menurut Walgito (2001), sikap merupakan organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai objek atau situasi yang relative *ajeg*, yang disertai adanya perasaan tertentu, dan memberikan dasar pada orang tersebut untuk membuat respons atau berperilaku dalam cara tertentu yang dipilihnya.
- 3) Sikap adalah kesiapan merespons yang sifatnya positif atau negatif terhadap suatu objek atau situasi secara konsisten Ahmadi (1999).
- 4) Menurut Gerungan (1996), *attitude* diartikan dengan sikap terhadap objek tertentu, yang dapat merupakan sikap pandangan atau sikap perasaan, tetapi sikap tersebut disertai oleh kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan objek tadi.
- 5) Sedangkan menurut Secord dan Backman (1964) sebagaimana dikemukakan oleh Saifuddin (1995) adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

Dari uraian diatas, dalam bukunya, Sunaryo merumuskan bahwa yang dimaksud sikap adalah kecenderungan bertindak dari individu, berupa tertutup terhadap stimulus ataupun objek tertentu.

b. Struktur Sikap.

Menurut Kothandapani dalam Sunaryo (2004), bahwa struktur sikap terdiri dari komponen kognitif (kepercayaan), komponen emosional (perasaan), dan komponen perilaku (tindakan). Mann menyebutkan bahwa isi dari komponen kognitif adalah persepsi, kepercayaan, dan *stereotype* (sesuatu yang sudah terpolakan) dari individu. Komponen kognitif sering disamaartikan dengan opini (pandangan), terutama yang menyangkut isu atau masalah yang kontroversial. Selanjutnya komponen afektif yang berisi perasaan individu terhadap objek dan menyangkut masalah emosi. Terakhir, isi dari komponen perilaku berisi kecenderungan untuk bertindak.

Menurut Saifuddin (1995) dalam Sunaryo (2004), bahwa sikap memiliki tiga komponen yang membentuk struktur sikap, yang ketiganya saling menunjang, yaitu komponen *kognitif*, *afektif*, dan *konatif*.

- 1) Komponen Kognitif (*Cognitive*). Dapat disebut juga komponen *perseptual*, yang berisi kepercayaan individu. Kepercayaan tersebut berhubungan dengan hal-hal bagaimana individu mempersepsi terhadap objek sikap, dengan apa yang dilihat dan diketahui (pengetahuan), pandangan, keyakinan, pikiran, pengalaman pribadi, kebutuhan emosional, dan informasi dari orang lain.

- 2) Komponen Afektif (Komponen Emosional). Komponen ini menunjuk pada dimensi emosional subjektif individu, terhadap objek sikap, baik yang positif (rasa senang) maupun negatif (rasa tidak senang). Rasa emosional banyak dipengaruhi oleh apa yang kita percayai sebagai sesuatu yang benar terhadap objek sikap tersebut.
- 3) Komponen Konatif. Disebut juga komponen perilaku, yaitu komponen sikap yang berkaitan dengan predisposisi atau kecenderungan bertindak terhadap objek sikap yang dihadapinya.

Menurut Allport (1945), sebagaimana dijelaskan oleh Notoatmodjo (1997) dalam Sunaryo (2004), bahwa struktur sikap terdiri dari 3 pokok, yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi individu terhadap suatu objek sikap.
- 3) Predisposisi atau kesiapan/kecenderungan individu untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiganya membuat total attitude. Dalam hal ini yang menjadi determinan sikap adalah pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi.

c. Tingkatan Sikap.

Menurut Saifuddin (2007), menguraikan beberapa tingkatan sikap diantaranya :

- 1) Menerima (*receiving*). Menerima, diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap suatu hal dapat dilihat dari kesadaran dan perbuatan terhadap ceramah-ceramah.
- 2) Merespons (*responding*). Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap, karena dengan mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar dan salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.
- 3) Menghargai (*valuing*). Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah. Adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga, misalnya : seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya dan sebagainya) untuk pergi menimbangkan anaknya ke Posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.
- 4) Bertanggung Jawab (*Responsible*). Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah menunjukkan sikap yang paling tinggi, misalnya : seorang ibu mau menjadi asektor KB, meskipun mendapatkan tentangan dari mertua atau orang tuanya sendiri. Sikap mungkin terarah pada benda, orang, tetapi juga peristiwa, pandangan, lembaga norma, dan nilai.

d. Determinan Sikap.

Menurut Walgito (2001) dalam Sunaryo (2004), ada 4 hal penting yang menjadi determinan (faktor penentu) sikap individu, yaitu:

- 1) Faktor Fisiologis. Faktor yang penting adalah umur dan kesehatan, yang menentukan sikap individu.
- 2) Faktor Pengalaman Langsung Terhadap Objek Sikap. Pengalaman langsung yang dialami individu terhadap objek sikap, berpengaruh terhadap sikap individu terhadap objek sikap tersebut.
- 3) Faktor Kerangka Acuan. Kerangka acuan yang tidak sesuai dengan objek sikap, akan menimbulkan sikap yang negatif terhadap objek sikap tersebut

- 4) Faktor Komunikasi Sosial. Informasi yang diterima individu akan dapat menyebabkan perubahan sikap pada diri individu tersebut.
- e. Ciri-Ciri Sikap.
- Ciri- ciri sikap sebagaimana dikemukakan beberapa ahli, seperti Gerungan (1996), Ahmadi (1999), Sarwono (2000), Walgito (2001) dalam Sunaryo (2004), pada intinya sama, yaitu :
- 1) Sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi dipelajari (*learnability*) dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan individu dalam hubungan dengan objek.
 - 2) Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari.
 - 3) Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi selalu berhubungan dengan objek sikap.
 - 4) Sikap dapat tertuju pada satu objek ataupun dapat tertuju pada sekumpulan/banyak objek.
 - 5) Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar.
 - 6) Sikap mengandung faktor perasaan dan motivasi sehingga membedakan dengan pengetahuan.
- f. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pembentukan dan Perubahan Sikap.
- Sebagaimana diketahui bahwa sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi dipelajari dan dibentuk berdasarkan pengalaman individu sepanjang perkembangan selama hidupnya. Pada manusia sebagai makhluk sosial, pembentukan sikap tidak lepas dari pengaruh interaksi manusia satu dengan yang lain (eksternal). Disamping itu, manusia juga sebagai makhluk individual sehingga apa yang datang dari dalam dirinya (internal), juga mempengaruhi pembentukan sikap Sunaryo (2004).
- 1) Faktor internal.

Faktor ini berasal dari dalam diri individu. Dalam hal ini individu menerima, mengolah, dan memilih segala sesuatu yang datang dari luar, serta menentukan mana yang akan diterima dan mana yang tidak. Hal-hal yang diterima atau tidak berkaitan erat dengan apa yang ada dalam diri individu. Oleh karena itu, faktor individu merupakan faktor penentu pembentukan sikap, diantaranya :

 - a) Faktor Fisiologis.
 - (1) Umur. Menurut Hurlock (1998) yang dikutip Nursalam dan Pariani (2001), bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Notoatmodjo (2005) berpendapat bahwa semakin cukup usia seseorang, maka semakin baik cara mengekspresikan atau menggapai masalah, jadi semakin matang usia seseorang, maka dalam memahami sesuatu masalah akan lebih mudah.
 - (2) Kesehatan. Orang yang menderita sakit memiliki sikap lebih sensitif dibandingkan orang sehat. Perawatan fisik dan kesehatan secara rutin akan sangat menunjang kemampuan seseorang dalam menanggapi sesuatu masalah.
 - b) Faktor Psikologis.
 - (1) Minat. Minat adalah variabel penting yang berpengaruh terhadap tercapainya prestasi atau cita-cita yang diharapkan, seperti yang dikemukakan Effendi (1995) bahwa belajar dengan minat akan lebih baik dari pada belajar tanpa minat.

- (2) Perhatian. Menurut Santoso (2001), Perhatian adalah sebuah hubungan mental antara seseorang dengan sebuah barang atau informasi yang memasuki kesadaran dan membuat orang tersebut memutuskan untuk bertindak akan sesuatu atau tidak.
- (3) Motif. Menurut Adi (1994) dalam Uno (2008), motif dapat diartikan sebagai kekuatan yang terdapat dalam diri individu, yang menyebabkan individu tersebut bertindak atau berbuat. Motif tidak dapat diamati secara langsung tetapi dapat diinterpretasikan dalam tingkah lakunya, berupa rangsangan, dorongan, atau pembangkit tenaga munculnya suatu tingkah laku tertentu.

2) Faktor eksternal.

Faktor ini berasal dari luar individu, berupa stimulus untuk membentuk dan merubah sikap. Stimulus tersebut dapat bersifat langsung, misalnya individu dengan individu, individu dengan kelompok. Dapat juga bersifat tidak langsung, yaitu melalui perantara, seperti alat komunikasi dan media masa baik elektronik maupun nonelektronik.

- a) Informasi Dan Komunikasi. Menurut Azwar (2005), adanya informasi baru mengenai suatu hal member landasan kognitif baru. Pesan-pesan sugestif yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat akan member dasar afektif dalam menilai suatu hal.
 - b) Lingkungan Sekitar Individu. Lingkungan menyangkut segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik fisik, biologis, maupun sosial. Menurut Soetjiningsih (2000), lingkungan merupakan faktor biologis, fisik, dan sosial yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya.
 - c) Pendidikan. Menurut Sunaryo (2004), secara luas pendidikan mencakup seluruh proses kehidupan individu sejak dalam ayunan hingga liang lahat, berupa interaksi individu dengan lingkungannya, baik secara formal maupun informal.
 - d) Pengalaman Yang Diperoleh Individu. Pengalaman mempersiapkan seseorang untuk mencari orang-orang, hal-hal dan gejala-gejala yang mungkin serupa dengan pengalaman pribadinya.
 - e) Situasi Yang Dihadapi Individu. Hal ini berupa kondisi yang sehari-hari dihadapi oleh individu dalam waktu yang berbeda-beda.
 - f) Norma Dalam Masyarakat. Norma adalah pernyataan yang menekankan aspek "seharusnya" atau *das solen*, dengan menyertakan beberapa peraturan tentang apa yang haru dilakukan Anon (2008).
 - g) Hambatan. Menurut Uny (2007), hambatan adalah sebuah tantangan untuk mencari sebuah peluang menuju kesuksesan, dan merupakan sesuatu yang tidak menyerang, tapi mempengaruhi pencapaian tujuan.
- g. Pengukuran Sikap.

Menurut Sunaryo (2004), secara garis besar, pengukuran sikap dibedakan menjadi dua cara, yaitu secara langsung dan tidak langsung.

1) Secara Langsung.

Dengan cara ini, subjek secara langsung dimintai pendapat bagaimana sikapnya terhadap suatu masalah atau hal yang dihadapkan kepadanya. Jenis pengukuran sikap secara langsung, yaitu:

- a) Langsung berstruktur . Cara ini mengukur sikap dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun sedemikian rupa dalam suatu

alat yang telah ditentukan dan langsung diberikan kepada subjek yang diteliti.

- (1) Pengukuran sikap dengan skala Bogardus-Menyusun pernyataan berdasarkan jarak sosial. Seseorang dari sesuatu golongan dihadapkan pada sesuatu golongan tertentu, bagaimana sikapnya terhadap golongan tersebut.
- (2) Pengukuran sikap dengan skala Thurston-Mengukur sikap juga menggunakan metode *Equal-Appearing Intervals*. Skala yang telah disusun sedemikian rupa sehingga merupakan range dari yang menyenangkan (*favorable*) sampai tidak menyenangkan (*unfavorable*). Nilai skala bergerak dari 0,0 merupakan ekstrem bawah sampai dengan 11,0 sebagai ekstrem atas.
- (3) Pengukuran sikap dengan skala Likert-Dikenal dengan teknik *Summated Ratings*. Responden diberikan pernyataan-pernyataan dengan kategori jawaban sebagai berikut.

Tabel 7. Skala Likert

Pernyataan Positif		Nilai
Sangat Setuju	(SS)	4
Setuju	(S)	3
Ragu-ragu	(E)	2
Tidak Setuju	(TS)	1
Sangat Tidak Setuju	(STS)	0
Pernyataan Negatif		Nilai
Sangat Setuju	(SS)	0
Setuju	(S)	1
Ragu-ragu	(E)	2
Tidak Setuju	(TS)	3
Sangat Tidak Setuju	(STS)	4

Sumber : Hidayat, A. A (2007)

Menurut Azwar (2005), pernyataan-pernyataan positif yaitu berisikan hal-hal yang positif mengenai objek sikap atau dengan kata lain kalimat-kalimatnya bersikap mendukung dan memihak pada objek sikap. Sedangkan pernyataan negatif, yaitu bersifat tidak mendukung atau kontra terhadap objek sikap. Jumlah pernyataan positif dan negatif diusahakan seimbang. Hal ini dimaksudkan agar tidak ada kesan seakan-akan isi skala yang bersangkutan seluruhnya memihak atau sebaliknya, tidak memihak objek sikap.

Menurut Azwar (2005), penghitungan nilai sikap dapat dilakukan dengan rumus berikut :

$$\text{Skor T} = 50 + 10 \left[\frac{x - \bar{x}}{s} \right]$$

Keterangan :

x = skor yang didapat responden

\bar{x} = mean skor

s = deviasi standar skor kelompok

Untuk mengelompokkan sikap responden termasuk dalam sikap positif atau negatif tidak cukup hanya dengan mengetahui skor-T saja. Harus diketahui juga Mean T, yaitu dengan mengetahui jumlah skor-T kelompok kemudian dibagi dengan jumlah responden (n). Dan cara untuk menginterpretasikan skor adalah sebagai berikut :

- (1) Jika skor T responden $>$ Mean T, maka sikap = positif.
 - (2) Jika skor T responden \leq Mean T, maka sikap = negatif.
- b) Langsung tak berstruktur.

Cara ini merupakan pengukuran sikap yang sederhana dan tidak diperlukan persiapan yang cukup mendalam, misalnya mengukur sikap dengan wawancara bebas atau *free interview*, pengamatan langsung atau survei.

- 2) Secara Tidak langsung.

Cara pengukuran sikap dengan menggunakan tes. Umumnya digunakan skala *semantik-diferensial* yang terstandar. Cara pengukuran sikap yang banyak digunakan adalah skala yang dikembangkan oleh *Charles E. Osgood*.

2. Konsep Dasar Lansia.

- a. Pengertian.

Proses menua (*aging*) adalah proses salami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Keadaan itu cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan jiwa secara khusus pada lansia. Arya (2008).

Definisi orang berusia lanjut (tua, pria, wanita), bisa jadi merujuk pada seseorang yang usianya sangat tua, kalau berjalan sudah tidak tegak lagi hingga memerlukan bantuan tongkat. Rambutnya sudah memutih atau beruban. Usianya bisa 60 tahun atau lebih. Secara fisik, dia sudah tidak kuat mengangkat beban yang berat, susah berlari, jalan pun sebentar-sebentar istirahat. Mangoenprasodjo (2005).

Dari beberapa uraian tersebut diatas, "Menua itu sendiri adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri untuk mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita".

- b. Teori-Teori Proses Menua.

Menurut Stanley (2007), teori-teori yang menjelaskan bagaimana dan mengapa penuaan terjadi biasanya dikelompokkan ke dalam dua kelompok besar, yaitu teori biologis dan psikososial. Penelitian yang terlibat dengan jalur biologi telah memusatkan perhatian pada indikator yang dapat dilihat dengan jelas pada proses penuaan, banyak pada tingkat seluler, sedangkan pada ahli psikososial mencoba untuk menjelaskan bagaimana proses tersebut dipandang dalam kaitan dengan kepribadian dan perilaku.

- 1) Teori Biologis.

Teori biologi mencoba untuk menjelaskan proses fisik penuaan, termasuk perubahan fungsi dan struktur, pengembangan, panjang usia dan kematian. Perubahan-perubahan dalam tubuh termasuk perubahan molekular dan seluler dalam sistem organ utama dan kemampuan tubuh untuk berfungsi secara adekuat dan melawan penyakit. Seiring dengan berkembangnya kemampuan kita untuk menyelidiki komponen-komponen yang kecil dan sangat kecil, suatu pemahaman tentang hubungan hal-hal

yang mempengaruhi penuaan ataupun tentang penyebab penuaan yang sebelumnya tidak diketahui, sekarang telah mengalami peningkatan. Walaupun bukan merupakan suatu definisi penuaan, tetapi lima karakteristik penuaan telah dapat diidentifikasi oleh para ahli (gambar 2).

Teori biologis juga mencoba untuk menjelaskan mengapa orang mengalami penuaan dengan cara yang berbeda dari waktu ke waktu dan faktor apa yang mempengaruhi umur panjang, perlawanan terhadap organisme, dan kematian atau perubahan seluler. Suatu pemahaman tentang perspektif biologi dapat memberikan pengetahuan tentang faktor resiko spesifik dihubungkan dengan penuaan dan bagaimana orang dapat dibantu untuk meminimalkan atau menghindari resiko dan memaksimalkan kesehatan.

a) Teori Genetika.

Menurut teori genetika, penuaan adalah suatu proses yang secara tidak sadar diwariskan yang berjalan dari waktu ke waktu untuk mengubah sel atau struktur jaringan. Dengan kata lain, perubahan rentang hidup dan panjang usia telah ditentukan sebelumnya. Teori genetika terdiri dari teori asam *deoksiribonukleat* (DNA), teori ketepatan dan kesalahan, mutasi somatik, dan teori glikogen. Teori-teori ini menyatakan bahwa proses replikasi pada tingkatan seluler menjadi tidak teratur karena adanya informasi tidak sesuai yang diberikan dari inti sel. Molekul DNA menjadi saling bersilangan (*crosslink*) dengan unsur yang lain sehingga mengubah informasi genetik. Adanya *crosslink* ini mengakibatkan kesalahan pada tingkat seluler yang akhirnya menyebabkan sistem dan organ tubuh gagal untuk berfungsi. Bukti yang mendukung teori-teori ini termasuk perkembangan radikal bebas, kolagen, dan lipofusin. Selain itu, peningkatan frekuensi kanker dan penyakit autoimun yang dihubungkan dengan bertambahnya umur menyatakan bahwa mutasi atau kesalahan terjadi pada tingkat molekular dan seluler.

b) Teori *Wear-And-Tear*.

Teori *Wear-And-Tear* (Dipakai dan Rusak) mengusulkan bahwa akumulasi sampah metabolik atau zat nutrisi dapat merusak sintesis DNA, sehingga mendorong malfungsi molekular dan akhirnya malfungsi organ tubuh. Pendukung teori ini percaya bahwa tubuh akan mengalami kerusakan berdasarkan suatu jadwal.

Radikal bebas adalah contoh dari produk sampah metabolisme yang menyebabkan kerusakan ketika akumulasi terjadi. Radikal bebas adalah molekul atau atom dengan suatu elektron yang tidak berpasangan. Ini merupakan jenis yang sangat reaktif yang dihasilkan dari reaksi selama metabolisme. Radikal bebas dengan cepat dihancurkan dengan sistem enzim pelindung pada kondisi normal. Beberapa radikal bebas berhasil lolos dari proses perusakan ini dan berakumulasi di dalam struktur biologis yang penting, saat itulah kerusakan organ terjadi.

Karena laju metabolisme terkait secara langsung pada pembentukan radikal bebas, sehingga ilmuwan memiliki hipotesis bahwa tingkat kecepatan produksi radikal bebas berhubungan dengan penentuan waktu rentang hidup.

c) Riwayat Lingkungan.

Menurut teori ini, faktor-faktor didalam lingkungan (misalnya karsinogen di dalam industri, cahaya matahari, trauma, dan infeksi) dapat membawa perubahan dalam proses penuaan. Walaupun faktor-faktor ini diketahui dapat mempercepat penuaan, dampak dari lingkungan lebih merupakan dampak sekunder dan bukan merupakan faktor utama dalam penuaan.

d) Teori Imunitas.

Teori imunitas menggambarkan suatu kemunduran dalam sistem imun yang berhubungan dengan penuaan. Ketika orang bertambah tua, pertahanan mereka terhadap organisme asing mengalami penurunan, sehingga mereka lebih rentan untuk menderita berbagai penyakit seperti kanker dan infeksi. Seiring dengan berkurangnya sistem imun, terjadilah peningkatan dalam respon autoimun tubuh. Ketika orang mengalami penuaan, mereka mungkin mengalami penyakit autoimun seperti arthritis rheumatoid dan alergi terhadap makanan dan faktor lingkungan yang lain. Penganjur teori ini sering memusatkan pada kelenjar timus. Berat dan ukuran kelenjar timus menyusut seiring dengan bertambahnya umur, seperti halnya kemampuan tubuh untuk diferensiasi sel T. karena hilangnya proses diferensiasi sel T, tubuh salah mengenali sel yang tua dan tidak beraturan sebagai benda asing dan menyerangnya. Selain itu, tubuh kehilangan kemampuannya untuk meningkatkan responsnya terhadap sel asing, terutama bila menghadapi infeksi.

e) Teori Neuroendokrin.

Pada teori ini, para ahli telah memikirkan bahwa penuaan terjadi karena adanya suatu perlambatan dalam sekresi hormon tertentu yang mempunyai suatu dampak pada reaksi yang diatur oleh sistem saraf.

Salah satu area neurologi yang mengalami gangguan secara universal akibat penuaan adalah waktu reaksi yang diperlukan untuk menerima, memproses dan bereaksi terhadap perintah. Dikenal sebagai perlambatan tingkah laku, respon ini kadang-kadang diinterpretasikan sebagai tindakan melawan, ketulian, atau kurangnya pengetahuan. Pada umumnya, sebenarnya yang terjadi bukan satupun dari hal-hal tersebut, tetapi orang lanjut usia sering dibuat untuk merasa seolah-olah mereka tidak kooperatif atau tidak patuh.

2) Teori Psikososial

Teori psikososial memusatkan perhatian pada perubahan sikap dan perilaku yang menyertai peningkatan usia, sebagai lawan dari implikasi pada kerusakan anatomis. Contoh dari teori-teori ini antara lain :

a) Teori Kepribadian.

Kepribadian manusia adalah suatu wilayah pertumbuhan yang subur dalam tahun-tahun akhir kehidupannya dan telah merangsang penelitian yang pantas dipertimbangkan. Teori kepribadian menyebutkan aspek-aspek pertumbuhan psikologis tanpa menggambarkan harapan atau tugas spesifik lansia. Jung dalam Stanley (2007), mengembangkan suatu teori pengembangan kepribadian sebagai *ekstrovert* atau *introvert*. Ia berteori bahwa keseimbangan antara dua hal tersebut adalah penting bagi kesehatan. Dengan menurunnya tanggung jawab dan tuntutan dari keluarga dan ikatan

sosial, yang sering terjadi di kalangan lansia, Jung percaya bahwa orang akan menjadi lebih introvert. Didalam konsep inteoritas dari Jung, separuh kehidupan manusia berikutnya digambarkan dengan memiliki tujuannya sendiri, yaitu untuk mengembangkan kesadaran diri sendiri melalui aktifitas yang dapat merefleksikan dirinya sendiri.

Jung melihat tahap akhir kehidupan sebagai waktu ketika orang mengambil suatu inventaris dari hidup mereka, suatu waktu untuk lebih melihat ke belakang dari pada melihat ke depan. Selama proses refleksi ini, lansia harus menghadapi kenyataan hidupnya secara retrospektif. Lansia sering menemukan bahwa hidup telah memberikan satu rangkaian pilihan yang sekali dipilih, akan membawa orang tersebut pada suatu arah yang tidak bisa diubah. Walaupun penyesalan terhadap berbagai aspek kehidupan yang sering terjadi, tetapi banyak lansia menyatakan suatu perasaan kepuasan dengan apa yang telah mereka penuhi.

b) Teori Tugas Perkembangan.

Tugas perkembangan adalah aktivitas dan tantangan yang harus dipenuhi oleh seseorang pada tahap-tahap spesifik dalam kehidupannya untuk mencapai penuaan yang sukses. Erickson dalam Stanley (2007), menguraikan tugas utama lansia adalah mampu melihat kehidupan seseorang sebagai kehidupan yang dijalani dengan integritas. Pada kondisi tidak adanya pencapaian bahwa ia telah menikmati kehidupan yang baik, maka lansia tersebut beresiko untuk disibukkan dengan rasa penyesalan atau putus asa.

c) Teori *Disengagement*.

Teori *disengagement* (teori pemutusan hubungan), menggambarkan proses penarikan oleh lansia dari pera bermasyarakat dan tanggung jawabnya. Menurut ahli teori ini, proses penarikan diri ini dapat diprediksi, sistematis, tidak dapat dihindari, dan penting untuk fungsi yang tepat dari masyarakat yang sedang tumbuh. Lansia dikatakan akan bahagia apabila kontak sosial telah berkurang dan tanggung jawab telah diambil oleh generasi yang lebih muda. Manfaat pengurangan kontak sosial bagi lansia adalah agar ia dapat menyediakan waktu untuk merefleksikan pencapaian hidupnya dan untuk menghadapi harapan yang tidak terpenuhi, sedangkan manfaatnya bagi masyarakat adalah dalam rangka memindahkan kekuasaan generasi tua kepada generasi muda.

d) Teori Aktifitas.

Teori ini berpendapat bahwa jalan yang menuju penuaan yang sukses adalah dengan cara tetap aktif. Havighurst dalam Stanley (2007), yang pertama menulis tentang pentingnya tetap aktif secara sosial sebagai alat untuk penyesuaian diri yang sehat untuk lansia pada tahun 1952. Sejak saat itu, berbagai penelitian telah memvalidasi hubungan positif antara mempertahankan interaksi yang penuh arti dengan orang lain dan kesejahteraan fisik dan mental orang tersebut. Gagasan pemenuhan kebutuhan seseorang harus seimbang dengan pentingnya perasaan dibutuhkan oleh orang lain. Kesempatan untuk turut berperan dengan cara yang penuh arti bagi kehidupan seseorang yang penting bagi dirinya adalah suatu komponen kesejahteraan yang penting bagi lansia.

e) Teori Kontinuitas.

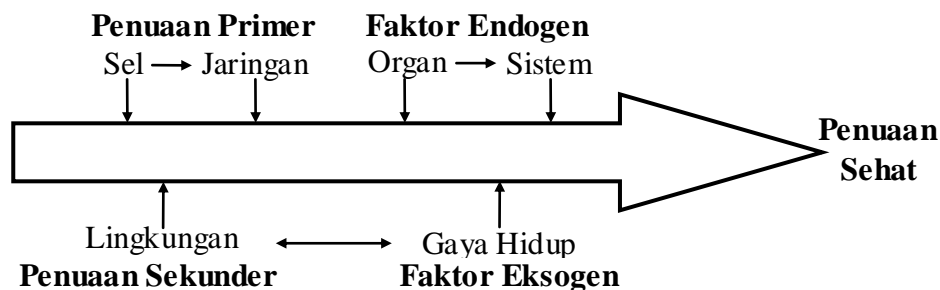
Teori kontinuitas juga dikenal sebagai suatu teori perkembangan. Teori ini menekankan pada kemampuan coping individu sebelumnya dan kepribadian sebagai dasar untuk memprediksi bagaimana seseorang akan dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan akibat penuaan. Ciri kepribadian dasar dikatakan tetap tidak berubah walaupun usianya telah lanjut. Selanjutnya, ciri kepribadian secara khas menjadi lebih jelas pada saat orang tersebut bertambah tua.

c. Faktor Yang Mempengaruhi Penuaan.

Menurut Sri Surini (2003), penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis. Perlu hati-hati dalam mengidentifikasi penuaan. Bila seseorang mengalami penuaan fisiologis (*physiological aging*), diharapkan mereka tua dalam keadaan sehat (*healthy aging*). Penuaan itu sesuai dengan kronologis usia (penuaan primer), dipengaruhi oleh faktor endogen, perubahan dimulai dari sel jaringan organ sistem pada tubuh.

Bila penuaan banyak dipengaruhi oleh faktor eksogen, yaitu lingkungan, sosial budaya, gaya hidup disebut penuaan sekunder. Penuaan itu tidak sesuai dengan kronologis usia dan patologis. Faktor eksogen juga dapat mempengaruhi faktor endogen sehingga dikenal dengan faktor resiko. Faktor resiko tersebut yang menyebabkan terjadinya penuaan patologis (*pathological aging*).

Penuaan sekunder yaitu ketidakmampuan yang disebabkan oleh trauma atau penyakit kronis, mungkin pula terjadi perubahan degeneratif yang timbul karena stress yang dialami oleh individu. Stress itu dapat mempercepat proses penuaan dalam waktu tertentu. Degenerasi akan bertambah apabila terjadi penyakit fisik yang berinteraksi dengan lansia.



Gambar 2. Proses Penuaan Sehat Dengan Faktor Yang Mempengaruhi.

Sumber : Pudjiastuti, S.S, 2003

d. Batasan-Batasan Lanjut Usia.

Batasan-batasan lanjut usia menurut beberapa ahli yang dikutip dari Nugroho (2000).

- 1) Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Lanjut usia meliputi:
 - a) Usia Pertengahan (*Middle Age*) adalah kelompok usia 45-59 tahun.
 - b) Usia lanjut (*Elderly*) = antara 60-70 tahun.
 - c) Usia lanjut tua (*Old*) = antara 75-90 tahun.
 - d) Usia sangat tua (*Very Old*) = diatas 90 tahun.
- 2) Menurut Prof. Dr. Ny. Sumiati Ahmad Mohamad.

Prof. Dr. Ny. Sumiati Ahmad Mohamad (Alm.) Guru Besar Universitas Gajah Mada pada Fakultas Kedokteran, membagi periodisasi biologis perkembangan manusia sebagai berikut:

- a) 0-1 tahun = masa bayi
 - b) 1-6 tahun = masa pra sekolah
 - c) 6-10 tahun = masa sekolah
 - d) 10-20 tahun = masa pubertas
 - e) 20-40 tahun = masa dewasa
 - f) 40-65 tahun = masa setengah umur (Prasenium)
 - g) 65 tahun ke atas = masa lanjut usia (Senium)
- 3) Menurut Dra. Ny. Jos Masdani (Psikolog Dari UI).
Lanjut usia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian:
- a) Fase iuventus, antara 25 sampai 40 tahun.
 - b) Fase vertilitas, antara 40 sampai 50 tahun.
 - c) Fase prasenium, antara 55 sampai 65 tahun.
 - d) Fase senium, 65 tahun hingga tutup usia.
- 4) Menurut Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro.
Pengelompokan lanjut usia sebagai berikut:
- a) Usia dewasa muda (*Elderly Adulthood*), 18 atau 29-25 tahun.
 - b) Usia dewasa penuh (*Middle Years*) atau maturitas, 25-60 tahun atau 65 tahun.
 - c) Lanjut usia (*Geriatric Age*) lebih dari 65 tahun atau 70 tahun.
 - (1) 70-75 tahun (*young old*).
 - (2) 75-80 tahun (*old*).
 - (3) Lebih dari 80 (*very old*).
- 5) Menurut UU No. 13/Th.1998, Bab 1 Pasal 1 Ayat 2, tentang kesejahteraan lanjut usia, yang berbunyi: bahwa lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas.
Birren and Jenner (1997) dalam Nugroho (2000), membedakan usia menjadi tiga, antara lain :
- 1) Usia biologis. Yang menunjuk kepada jangka waktu seseorang sejak lahirnya berada dalam keadaan hidup tidak mati.
 - 2) Usia psikologis. Yang menunjuk pada kemampuan seseorang untuk mengadakan penyesuaian-penyesuaian kepada situasi yang dihadapinya.
 - 3) Usia sosial. Yang menunjuk kepada peran-peran yang diharapkan atau diberikan masyarakat kepada seseorang sehubungan dengan usianya.
- e. Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia.
- 1) Perubahan-perubahan fisik
Dalam Pudjiastuti (2003), bahwasannya pada penuaan, perubahan fisiologis mengenai sistem muskuloskeletal, saraf, kardio-vaskular-respirasi, indra, dan integument.
 - 2) Perubahan Mental.
Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:
 - a) Perubahan fisik, khususnya organ perasa.
 - b) Kesehatan umum.
 - c) Tingkat pendidikan.
 - d) Keturunan (Hereditas).
 - e) Lingkungan.
Perubahan kepribadian yang drastis, keadaan ini jarang terjadi. Lebih sering berupa ungkapan yang tulus dari perasaan seseorang, kekakuan mungkin karena faktor lain seperti penyakit-penyakit.
- a) Kenangan (Memory)

- (1) Kenangan jangka panjang. Berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu mencakup berbagai perubahan.
- (2) Kenangan jangka pendek atau seketika. 0-10 menit, kenangan buruk.
- b) I.Q. (*Intelligentia Quantion*)
 - (1) Tidak berubah dengan informasi matematik dan perkataan verbal.
 - (2) Berkurangnya penampilan, persepsi dan ketrampilan psikomotor; terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan-tekanan dari faktor waktu.
- 3) Perubahan psikososial
 - a) Pensiun:

Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun (Purna Tugas), ia akan mengalami kehilangan-kehilangan, antara lain:

 - (1) Kehilangan finansial (*income* berkurang).
 - (2) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya).
 - (3) Kehilangan teman/kenalan atau relasi.
 - (4) Kehilangan pekerjaan atau kegiatan.
 - b) Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*)
 - c) Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
 - d) Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*). Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, mengakibatkan bertambahnya biaya pengobatan.
 - e) Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
 - f) Gangguan saraf pancaindera, timbul kebutaan dan ketulian.
 - g) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
 - h) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga.
 - i) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

3. Konsep Dasar Seksualitas.

a. Pengertian seksualitas.

Seksualitas menyangkut berbagai dimensi yang sangat luas, yaitu dimensi biologis, sosial, perilaku dan kultural. Seksualitas dari dimensi biologis berkaitan dengan organ reproduksi dan alat kelamin, termasuk bagaimana menjaga kesehatan dan memfungsikan secara optimal organ reproduksi dan dorongan seksual.

Seksualitas dari dimensi psikologis erat kaitannya dengan bagaimana menjalankan fungsi sebagai makhluk seksual, identitas peran atau jenis. Dari dimensi sosial dilihat pada bagaimana seksualitas muncul dalam hubungan antar manusia, bagaimana pengaruh lingkungan dalam membentuk pandangan tentang seksualitas yang akhirnya membentuk perilaku seks. Dimensi perilaku menerjemahkan seksualitas menjadi perilaku seksual, yaitu perilaku yang muncul berkaitan dengan dorongan atau hasrat seksual. Dimensi kultural menunjukkan perilaku seks menjadi bagian dari budaya yang ada di masyarakat. Admin (2009).

b. Perubahan seksual pada lansia.

Menurut Sijabat (2008) masa berhentinya reproduksi (klimakterik) pada pria datang belakangan dibanding masa menopause pada wanita, dan memerlukan masa yang lebih lama. Pada umumnya ada penurunan potensi seksual selama enam puluhan, kemudian berlanjut sesuai dengan bertambahnya usia. Seperti masa menopause, masa klimakterik disertai menurunnya fungsi gonadal karena gonadal adalah yang bertanggung jawab terhadap berbagai perubahan yang terjadi selama masa klimakterik. Klimakterik pada pria mempunyai dua efek umum, antara lain :

- 1) Terjadi penurunan atau penyusutan ciri-ciri seks sekunder. Misalnya perubahan suara, titik nada suara tinggi, rambut pada bagian wajah dan badan menjadi berkurang keindahannya dan kekerasan otot secara umum menurun menjadi lembek. Secara umum orang berusia lanjut berkurang vitalitasnya, dibanding pada masa sebelumnya. Begitu juga wanita berkurang keluwesannya setelah masa menopause terjadi.
- 2) Klimakterik pada pria mempengaruhi fungsi seksual. Walaupun potensi seksual telah berkurang tetapi tidak berarti bahwa keinginan seksualnya menurun. Terdapat bukti bahwa pengaruh budaya terhadap menurun atau meningkatnya kemampuan dan keinginan untuk melakukan hubungan seksual lebih besar dibanding perubahan fisik. Pengaruh kebudayaan terhadap seseorang atau masyarakat menimbulkan kecemasan yang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku seksual pria maupun wanita. Pria dan wanita sering menahan diri untuk melakukan hubungan seksualnya pada usia tua dan menghindari perkawinan ulang, karena sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap hubungan seksual antara orang berusia lanjut dan keraguan terhadap kemampuan seksual mereka. Untuk menghindari gangguan terhadap rasa bangga akan kepuasan seksual terutama pria, menahan diri untuk melakukan kegiatan seksual ketika mereka bertambah tua.

Kekuatan terhadap keinginan seksual pada usia lanjut sangat tergantung pada kesehatan seseorang secara umum dan cara penyesuaian seksual yang dilakukan pada awal masa kehidupan. Bagi mereka yang penyesuaian seksualnya dimasa remaja buruk, terbukti akan lebih cepat kehilangan kemampuan seksual dibanding mereka melakukan penyesuaian dengan baik.

- c. Perbedaan pola seksual antara pria dan wanita.

Menurut Bandiyah (2009) perbedaan pola seksual antara pria dan wanita adalah sebagai berikut :

- 1) Pria.

Pada usia 40 tahun, kaum pria pada umumnya mulai mengalami penurunan dalam hal respon psikologi, gairah dan fungsi seksual. Pada usia 50-an, penurunan secara bertahap akan terus berlangsung. Meskipun ada banyak variasi, pada usia ini kapasitas kaum pria untuk aktif dalam hal seks pada umumnya hanya tinggal separuh bila dibandingkan dengan kapasitas mereka ketika berusia akhir belasan atau awal dua puluhan dimana kapasitas mereka berada di puncak. Pada usia akhir 40-an, dorongan seksual akan menurun, ereksi kurang sering terjadi dan semakin sulit untuk bisa bertahan lama, ejakulasi kurang kuat dan masa *refraktori* semakin lama. Setelah usia 40, banyak kaum pria mulai mengalami ketidakmampuan untuk mencapai ereksi secara periodik dan frekuensi ketidakmampuan ini akan semakin meningkat seiring berjalannya waktu dan menjadi hal yang biasa pada usia 60an. Namun demikian, meskipun perubahan ini terlihat jelas pada pria

berusia 60-an, kenikmatan yang mereka rasakan karena seks tidak terpengaruh secara signifikan.

2) Wanita.

Saat memasuki menopause, wanita dilanda rasa takut karena berhentinya masa subur. Mereka kurang percaya diri dalam berhubungan seks. wanita yang mengalami menopause biasanya mengalami perubahan hormonal dalam tubuhnya. Artinya, kadar hormon dalam tubuhnya menurun. Akibatnya, si wanita menjadi kering kulitnya dan mudah keriput. Selain itu, vagina juga cenderung kering.

Menopause adalah kekurangan hormon estrogen. Dan itu kaitannya dengan haid serta berkurangnya produksi cairan yang berfungsi sebagai pelumas saat berhubung. Dalam berhubungan seks dibutuhkan pelumas agar vagina tidak kering. Jika kering, yang terjadi adalah rasa sakit. Salah satu solusinya adalah menggunakan bahan cairan pelumas semacam jeli, berbahan dasar air yang banyak di jual di apotek. Wanita menopause, hasrat seksual menjadi meningkat dan bisa dilakukan kapan saja tanpa terhalang menstruasi.

d. Pembagian tahapan seksual menurut Kaplan.

Menurut Montessori (2009) Perubahan fisiologik yang terjadi pada aktifitas seksual pada usia lanjut biasanya berlangsung secara bertahap dan menunjukkan status dasar dari aspek vaskuler, hormonal dan neurologiknya. Untuk suatu pasangan suami istri, bila semasa usia dewasa dan pertengahan aktivitas seksual mereka normal, akan kecil sekali kemungkinan mereka akan mendapatkan masalah dalam hubungan seksualnya.

Kaplan membagi siklus tahapan seksual dalam beberapa tahap, yaitu fase desire (hasrat) dimana organ targetnya adalah otak. Fase kedua atau fase arousal (penggairahan) dengan organ targetnya adalah sistem vaskuler dan fase ketiga atau fase orgasmik dengan organ target medula spinalis dan otot dasar perinium yang berkontraksi selama orgasme.

Tabel 8. Perubahan Fisiologi Dari Aktivitas Seksual Yang Diakibatkan Oleh Proses Menua Menurut Kaplan.

Fase Tahapan Seksual	Pada Wanita Lansia	Pada Pria Lansia
Fase <i>Desire</i>	Terutama dipengaruhi oleh penyakit baik dirinya sendiri atau pasangan, masalah hubungan antar keduanya, harapan kultural dan hal-hal tentang harga diri. <i>Desire</i> pada lansia wanita mungkin menurun dengan makin lanjutnya usia, tetapi hal ini bisa bervariasi.	Interval untuk meningkatkan hasrat melakukan kontak seksual meningkat; hasrat sangat dipengaruhi oleh penyakit; keceemasan akan kemampuan seks dan masalah hubungan antara pasangan. Mulai usia 55 tahun testosteron menurun bertahap yang akan mempengaruhi libido.

Fase Tahapan Seksual	Pada Wanita Lansia	Pada Pria Lansia
Fase arousal	Pembesaran payudara berkurang, semburat panas dikulit menurun; elastisitas dinding vagina menurun; iritasi uretra dan kandung kemih meningkat; otot-otot yang menegang pada fase ini menurun.	Membutuhkan waktu lebih lama untuk ereksi; ereksi kurang begitu kuat; testosteron menurun; produksi sperma menurun bertahap mulai usia 40 th; elevasi testis ke perinium lebih lambat dan sedikit; penguasaan atas ejakulasi biasanya membaik.
Fase orgasmik (fase muskular)	Tanggapan orgasmik mungkin kurang intens disertai sedikit kontraksi; kemampuan untuk mendapatkan orgasme multipel berkurang dengan makin lanjutnya usia.	Kemampuan mengontrol ejakulasi membaik; kekuatan kontraksi otot dirasakan berkurang; jumlah kontraksi menurun; volume ejakulat menurun.
Fase pasca orgasmik	Mungkin terdapat periode refrakter, dimana pembangkitan gairah secara segera lebih sukar.	Periode refrakter memanjang secara fisiologis, dimana ereksi dan orgasme berikutnya lebih sukar terjadi.

- e. Faktor psikologi penyebab penurunan fungsi dan potensi seksual pada lanjut usia.

Faktor psikologi juga sering kali menyebabkan penurunan fungsi dan potensi seksual pada lanjut usia seperti :

- 1) Rasa tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia.
- 2) Sikap keluarga dan masyarakat yang kurang menunjang serta diperkuat oleh tradisi dan budaya.
- 3) Kelelahan atau kebosanan karena kurang variasi dalam kehidupannya.
- 4) Pasangan hidup telah meninggal.
- 5) Disfungsi seksual karena perubahan hormonal atau masalah kesehatan jiwa lainnya misalnya cemas, depresi, pikun dsb.

Smallerab (2008).

- f. Penatalaksanaan Masalah Seksual pada usia lanjut.

Sikap hubungan seksual yang dapat meningkatkan partisipasi seksual pada lansia adalah sebagai berikut:

- 1) Memahami perubahan normal yang berhubungan dengan lansia.
- 2) Meningkatkan pada masalah non-seksual sama baiknya dengan komunikasi seksual.
- 3) Menikmati setiap kejadian, dan kurangi ketakutan.
- 4) Saling memberikan perhatian, dapat memberikan kenikmatan hubungan seksual pada lansia pria maupun wanita.
- 5) Lakukan pelukan, ciuman, usapan, rayuan, dan canda.
- 6) Lakukan gaya hidup yang sehat, yaitu cukup istirahat, olahraga secukupnya, jangan merokok, serta jangan makan dan minum berlebihan.

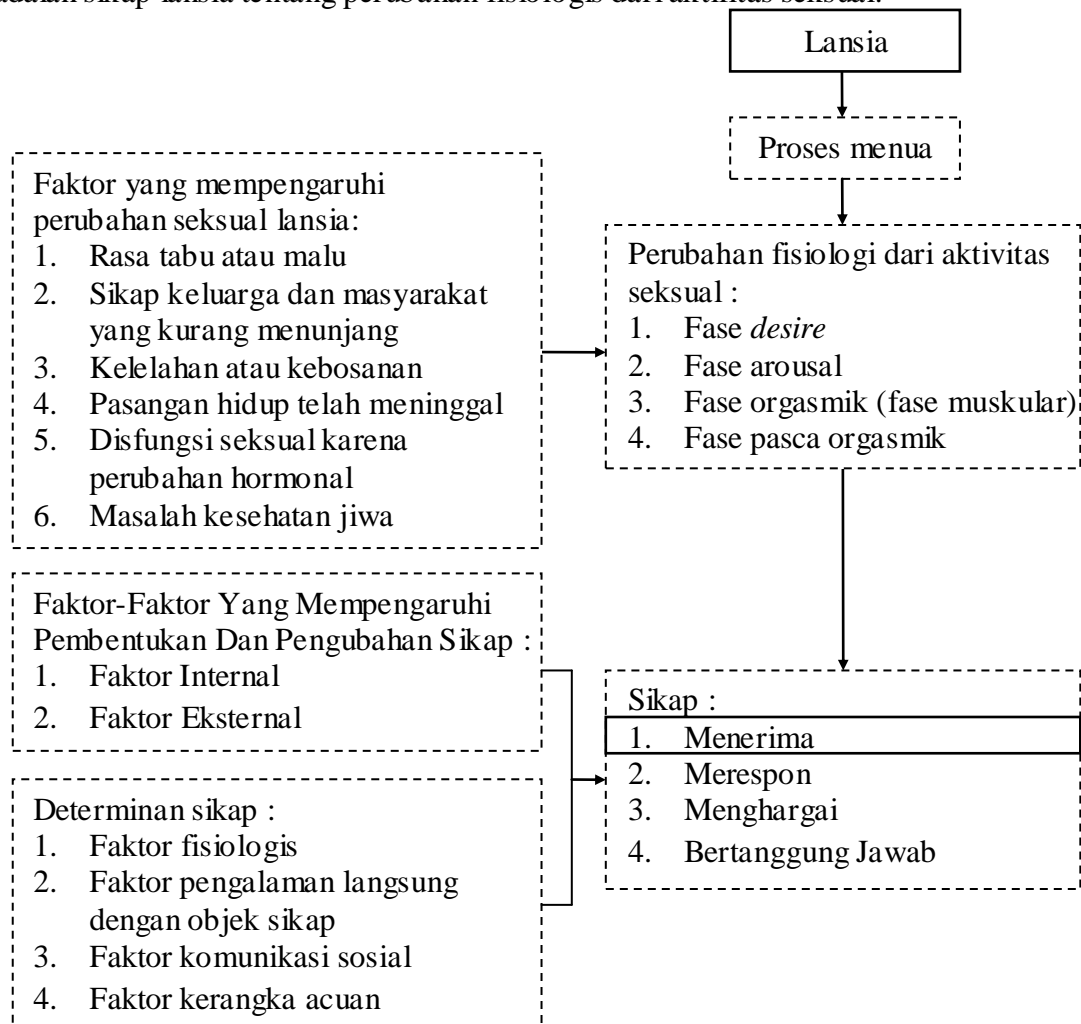
- 7) Ciptakan suasana yang romantis (lampu, pakaian, bunga, lokasi, musik, perjalanan, dan pujian)
 - 8) Perhatikan kebersihan diri (mandi, mencukur rambut, kuku, kumis, dll) dan penampilan diri agar pasangan tertarik.
- (Aufalia, 2008).

C. METODE PENELITIAN

1. Desain Penelitian, Variabel Dan Definisi Operasional.

Jenis desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi deskriptif, yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Pada penelitian ini, peneliti akan menggambarkan mengenai Sikap Lansia Tentang Perubahan Fisiologis Dari Aktifitas Seksual di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo.

Dalam penelitian ini terdapat satu variabel, yaitu variabel independen (bebas) adalah sikap lansia tentang perubahan fisiologis dari aktifitas seksual.



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 3. Kerangka Konseptual Sikap Lansia Tentang Perubahan Fisiologis Dari Aktifitas Seksual.

Tabel 9. Definisi Operasional Sikap Lansia Tentang Perubahan Fisiologis Dari Aktifitas Seksual.

Variabel	Definisi Operasional	Kriteria	Skala
Sikap lansia tentang perubahan fisiologis dari aktifitas seksual	Reaksi atau respon yang masih tertutup dari orang yang berusia lebih dari 60 tahun, yang dapat diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang di berikan obyek terhadap perubahan fisiologik yang terjadi pada aktifitas seksual pada lansia biasanya berlangsung secara bertahap dan menunjukkan status dasar dari aspek vascular, hormonal dan neurologiknya, dengan parameter : 1. Fase <i>desire</i> 2. Fase aurosol 3. Fase orgasmik 4. Fase pasca orgasmik	T > 50 = Positif T < 50 = Negatif (Azwar, 2005)	Nominal

2. Populasi, Sampel, Teknik dan Instrumen Penelitian.

Pada penelitian ini, populasinya adalah semua lansia yang tinggal di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo yang berjumlah 46 orang. Sampel yang digunakan adalah lansia yang tinggal di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo yang memenuhi kriteria inklusi.

a. Kriteria inklusi

- 1) Lansia yang berusia antara 60 – 70 tahun (*Elderly*).
- 2) Lansia yang mempunyai pasangan.

b. Kriteria eksklusi.

- 1) Lansia yang tuna wicara dan tuna rungu.
- 2) Lansia yang mengalami gangguan jiwa.
- 3) Lansia yang tidak berada ditempat saat dilakukan penelitian.
- 4) Lansia yang sakit.

Penentuan besar sampling dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar populasi

D = Tingkat signifikan $\alpha = 0,05$ (derajat kebebasan) (Nursalam, 2008)

Sehinga diperoleh jumlah 41 responden yang akan diteliti, dan untuk menentukan besar sampel tiap RW maka dimasukkan dalam persemaan sebagai berikut :

$$n_i = \frac{N_i}{N} n$$

Keterangan :

n_i = Ukuran sampel pada strata ke I

N = Ukuran populasi

n = Ukuran sampel keseluruhan (Sumantri, 2006)

Dari populasi :

$$\text{RW I terdiri atas} : \frac{12}{46} \times 41 = 11$$

$$\text{RW II terdiri atas} : \frac{16}{46} \times 41 = 14$$

$$\text{RW III terdiri atas} : \frac{18}{46} \times 41 = 16$$

Penelitian ini menggunakan *probability sampling* tipe *cluster random sampling*, yaitu teknik yang digunakan apabila ukuran populasinya tidak diketahui dengan pasti, sehingga tidak memungkinkan untuk dibuat kerangka samplingnya, dan keberadaannya tersebar secara geografis atau terhimpun dalam klaster-klaster yang berbeda-beda. Teknik dan langkah pengambilan sampel :

- Mendata semua lansia yang tinggal di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo.
- Lansia yang sudah di data dipilih sesuai dengan kriteria inklusi.
- Sampel yang memenuhi kriteria inklusi kemudian diambil secara acak untuk menjadi sampel terpilih.

Dari jumlah populasi yang ada di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo (heterogen), akan disaring kembali menurut kriteria inklusi sehingga didapatkan sub populasi (homogen). Dari sub populasi tersebut, kemudian diambil sampel untuk mewakili populasi dalam penelitian, yaitu dengan cara *cluster random sampling*. Pengambilan sampel ini bisa berupa pencatatan nama-nama lansia di tiap-tiap RW yang termasuk sub populasi pada secarik kertas, kemudian diletakkan pada kotak, diaduk dan diambil secara acak pada masing-masing RW, sampai tercapai jumlah sampel yang dikehendaki oleh peneliti.

Penelitian dilaksanakan di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo pada tanggal 14 – 20 Februari 2011.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini berupa kuesioner melalui teknik wawancara terstruktur (*structured*). Dilakukan wawancara tertutup, di dalam ruang terpisah dari pasangannya. Instrumen ini dipakai oleh peneliti karena subjek dalam penelitian ini adalah orang lanjut usia. Pada jenis pengukuran kuesioner ini, peneliti mengumpulkan data secara formal, melalui subjek yang diberi pertanyaan yang akan dijawab secara terstruktur. Jadi, pertanyaan diajukan secara langsung kepada subjek atau disampaikan secara lisan oleh peneliti dari pertanyaan yang sudah tertulis. Instrumen belum dilakukan uji validitas dan reabilitas sehingga hasilnya belum bisa di generalisasikan.

Untuk pengukuran sikap, peneliti memakai Skala Likert (Hidayat, 2007), yaitu dengan kategori jawaban sebagai berikut:

Pernyataan Positif	Nilai	Pernyataan Negatif	Nilai
Sangat Setuju	4	Sangat setuju	0
Setuju	3	Setuju	1
Ragu - Ragu	2	Ragu - Ragu	2
Tidak Setuju	1	Tidak Setuju	3
Sangat Tidak Setuju	0	Sangat Tidak Setuju	4

Penghitungan nilai sikap dilakukan dengan rumus menurut Azwar (2005) :

$$\text{Skor T} = 50 + 10 \left[\frac{x - \bar{x}}{s} \right]$$

Keterangan :

x = skor yang didapat responden

\bar{x} = mean skor

s = deviasi standar skor kelompok

Dari skala tersebut dapat dirumuskan bahwa jika skor T responden. $>$ Mean T maka sikap = positif terhadap perubahan aktifitas seksual dan jika skor T responden \leq Mean T, maka sikap = negatif terhadap perubahan aktifitas seksual.

3. Analisis Data.

yang sudah di dapat dari jawaban pertanyaan yang sudah di ajukan melalui kuisioner di ringkas dalam bentuk tabel. Yaitu melalui beberapa proses atau tahap yaitu :

- Editing*. Langkah awal adalah *editing*, bertujuan untuk meneliti kembali data dan diperbaiki jika masih terdapat hal-hal yang salah atau meragukan. Pada penelitian ini ada 4 lansia atau responden yang dilakukan wawancara ulang etelah proses editing.
- Coding*. Kemudian dilakukan *coding*, yaitu membandingkan hasil wawancara dengan karakteristik kode, Dalam penelitian ini yang di beri kode hanya pada nama responden di ganti dengan nomor. Hal ini dimaksudkan untuk mempermudah dalam melakukan tabulasi dan analisa data.
- Scoring*. Setelah itu, dilakukan skoring dengan cara pemberian skor pada setiap jawaban yang menunjukkan sikap sangat setuju (4), setuju (3), ragu-ragu (2) tidak setuju (1), dan sangat tidak setuju (0). Setelah itu di jumlah dan di masukkan dalam rumus skor T.
- Tabulating*. Bila data sudah jelas, akan dilakukan *tabulating*, dengan cara memasukkan hasil skoring kedalam tabel untuk menentukan hasil dari sikap lansia tersebut positif atau negatif, yaitu dengan menggunakan rumus skor T. Untuk hasil tabulasinya terdapat pada lampiran tabulasi data.

D. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.

Desa Wonokalang merupakan bagian dari kecamatan Wonoayu yang terdiri dari 5 dusun yaitu Dusun Karang Kletak, Dusun Nyamplung, Dusun Wantil, Dusun Cere dan Dusun Plombokan. Batas- batas wilayah Desa Wonokalang adalah sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Persawahan Desa Wonokalang.
- Sebelah Timur : Desa Pager Ngumbuk, Wonoayu.
- Sebelah Selatan : Persawahan Desa Semambung Wonoayu.
- Sebelah Barat : Desa Kalongan Jeruk Gamping.

Jumlah penduduk Desa Wonokalang pada tahun 2010 berjumlah 3945 jiwa dengan proporsi laki-laki berjumlah 1984 orang (50,3%) dan perempuan 1961 orang (49,7%)

Desa Wonokalang mempunyai luas wilayah 201.635 Ha yang terletak dengan ketinggian 60 m dari permukaan laut. Banyaknya curah hujan yang ada di Desa

Wonokalang yaitu 558 mm/th dengan jenis topografinya merupakan dataran rendah dengan suhu rata-rata 31-32⁰ C.

Fasilitas Pendidikan yang terdapat di Desa Wonokalang yaitu: satu TK, SD/MI 1:1, sedangkan fasilitas Kesehatan yang ada di Desa Wonokalang yaitu; 1 Bidan Desa dan 1 Perawat Poskesdes, namun tidak terdapat posyandu lansia.

2. Data Umum.

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.

Dalam penelitian ini responden yang memenuhi kriteria inklusi yaitu responden yang berusia 60 – 74 tahun (*Elderly*) menurut Organisasi Kesehatan (WHO), yaitu berjumlah 41 responden.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan.

Tabel 10. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo pada tanggal 14-20 Februari 2011.

No.	Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tidak Sekolah	16	39
2.	SD/Sederajat	25	61
3.	SMP/Sederajat	0	0
4.	SMA/Sederajat	0	0
5.	Akademi/PT	0	0
Jumlah		41	100

Tabel 10 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden berpendidikan SD/Sederajat yaitu sebanyak 25 responden (61%).

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan.

Tabel 11. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo pada tanggal 14-20 Februari 2011.

No.	Pekerjaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tidak Bekerja	10	24,4
2.	Swasta	4	9,7
3.	Wiraswasta	3	7,3
4.	Petani	24	58,6
Jumlah		41	100

Tabel 11 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden adalah bekerja sebagai petani yaitu sebanyak 24 responden (58,6%).

3. Data Khusus.

Dalam penelitian ini, didapatkan data mengenai sikap lansia terhadap perubahan fisiologis dari aktifitas seksual, yang terdapat dalam tabel berikut :

Tabel 12. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Lansia Terhadap Perubahan Fisiologis Dari Aktifitas Seksual di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo pada tanggal 14-20 Februari 2011.

No.	Sikap Lansia Terhadap Perubahan Fisiologis Dari Aktifitas Seksual	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Positif	20	48,8
2.	Negatif	21	51,2
Jumlah		41	100

Tabel 12 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden bersikap Negatif terhadap perubahan fisiologis dari aktifitas seksual yaitu sebanyak 21 responden (51,2%).

E. PEMBAHASAN

Hasil penelitian tentang sikap lansia dalam menghadapi perubahan fisiologis dari aktifitas seksual di Desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo pada bulan Februari 2011 didapatkan lebih dari 50 % responden cenderung bersikap negatif atau tidak mendukung terhadap perubahan fisiologis dari aktifitas seksual, yaitu sebanyak 21 responden (51,2%). Hal ini sesuai dengan pendapat Sijabat (2008) tentang perubahan seksual pada lansia, meskipun potensi seksual telah berkurang tetapi tidak berarti bahwa keinginan/hasrat seksualnya menurun.

Lansia lebih bersikap bahwa hasrat dan penggairahan mereka masih bisa tercapai atau dengan kata lain, tidak terdapat perubahan fisiologis pada hasrat dan penggairahan mereka. Hal ini bisa dibuktikan dengan pengelompokan data menurut fase atau tahapan seksual, yaitu fase desire dan fase arousal. Pada fase desire, ada 25 responden dari 41 responden (61%) yang bersikap tidak mendukung terhadap perubahan fisiologis pada aktifitas seksual mereka. Sedangkan pada fase arousal, didapatkan 23 responden dari 41 responden (56%) yang bersikap tidak mendukung.

Dalam kaitannya dengan hal itu, sikap adalah reaksi atau respon dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek, Notoatmodjo S (1997) dalam Sunaryo (2004). Ada juga yang mengartikan bahwa sikap adalah kesiapan merespons yang sifatnya positif atau negatif terhadap suatu objek atau situasi secara konsisten. Ahmadi (1999) dalam sunaryo (2004). Pada masa lanjut usia, terdapat perubahan yang terjadi secara fisiologis pada aktifitas seksual lansia. Menurut Sijabat (2008), masa berhentinya reproduksi (klimakterik) pada pria datang belakangan dibanding masa menopause pada wanita, dan memerlukan masa yang lebih lama. Dan pada umumnya, penurunan potensi seksual pada usia enam puluhan, kemudian berlanjut sesuai dengan bertambahnya usia. Seperti masa menopause, masa klimakterik disertai menurunnya fungsi gonadal karena gonadal adalah yang bertanggung jawab terhadap berbagai perubahan yang terjadi selama masa klimakterik. Menurut Montessori (2009) Perubahan fisiologik yang terjadi pada aktifitas seksual pada usia lanjut biasanya berlangsung secara bertahap dan menunjukkan status dasar dari aspek vaskuler, hormonal dan neurologiknya.

Hasil penelitian ini bisa ditelaah kembali berdasarkan teori mengenai tahapan seksual menurut Montessori (2009), yaitu : Fase *Desire*, fase Arousal, Fase Orgasmik, Fase pasca Orgasmik. Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan data bahwa lebih dari 50% responden bersikap Negatif atau tidak mendukung mengenai perubahan pada fase desire yaitu sebanyak 61% (25 responden). Hal ini menunjukkan bahwa hasrat lansia tentang seksualitas masih ada dan tidak mengalami perubahan. Pada teori dikatakan bahwa pada lansia pria maupun wanita akan mengalami perubahan fisiologis dari aktifitas seksual mereka, yang bisa dipengaruhi oleh keadaan penyakit, kecemasan akan kemampuan seks, penurunan libido, masalah harga diri, ataupun masalah hubungan antar pasangan. Selama lansia tidak dipengaruhi akan faktor-faktor tersebut diatas, maka fase ini pun akan berjalan dengan semestinya tanpa mengalami perubahan, mengingat tidaklah semua dari individu akan mengalami perubahan yang sama. Sedangkan pada Fase Arousal berdasarkan hasil penelitian, didapatkan data bahwa lebih dari 50 % responden bersikap negatif atau tidak mendukung mengenai perubahan pada fase arousal yaitu sebanyak 56% (23 responden). Hal ini menunjukkan bahwa sistem vaskuler atau penggairahan pada lansia tidak terlalu mengalami perubahan. Menurut Kaplan Dalam Montessori (2009), perubahan pada fase arousal ini dapat berupa pembesaran payudara yang berkurang, elastisitas dinding vagina menurun, iritasi uretra dan kandung kemih meningkat pada lansia wanita. Sedangkan pada lansia pria, akan membutuhkan waktu lebih lama untuk ereksi, dan ereksi kurang begitu kuat, testosteron menurun, produksi sperma menurun bertahap mulai usia 40 th, serta elevasi testis ke perinium lebih lambat dan sedikit.

Perubahan-perubahan fisiologis yang kemungkinan bisa terjadi pada organ-organ seksual tiap individu tidaklah sama antara lansia satu dengan yang lainnya. Jadi, besar kemungkinan juga pada lansia yang bugar, yang pandai menjaga kondisi tubuhnya tidak mengalami sebagian besar dari perubahan pada organ-organ seksualnya.

Pada Fase Orgasmik berdasarkan hasil penelitian, didapatkan data bahwa lebih dari 50 % responden bersikap positif atau mendukung mengenai perubahan pada fase orgasmik yaitu sebanyak 63 % (26 responden). Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan atau tanggapan orgasmik pada lansia memang mengalami perubahan. Dalam teori Kaplan dijelaskan bahwa pada fase ini, baik lansia pria maupun wanita akan mengalami tanggapan orgasmik yang berkurang intensnya dan disertai penurunan kontraksi, ataupun kemampuan untuk mendapatkan orgasme multipel yang berkurang. Proses degeneratif merupakan hal yang sewajarnya terjadi pada lansia. Hal itu pula yang mendasari perubahan fase orgasmik pada aktifitas seksual lansia. Semakin tua seseorang, bisa jadi semakin menurun pula kualitas dari organ-organ tubuhnya.

Pada Fase Pasca Orgasmik berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa lebih dari 50% responden bersikap positif atau mendukung mengenai perubahan pada fase pasca orgasmik yaitu sebanyak 63% (26 responden). Di fase ini, terdapat keterkaitan dengan fase orgasmik. Karena fase ini merupakan kelanjutan dari fase orgasmik.

Menurut Kaplan, pada tahap ini, lansia akan mengalami perubahan pada sistem vaskulernya, seperti sukarnya pembangkitan gairah secara segera, baik pada pria lansia maupun wanita. Sekali lagi, proses degeneratiflah yang berperan dalam hal ini. Bisa jadi karena penurunan hormon dan akan berakibat pada penurunan libido.

Sikap negatif yang di tunjukan oleh lansia terhadap perubahan fisiologis dari aktifitas seksual ini erat kaitannya dengan tidak adanya posyandu lansia di desa Wonokalang Wonoayu Sidoarjo, sehingga lansia tidak mendapatkan informasi tentang perubahan-perubahan yang wajar terjadi pada lansia baik itu perubahan fisik, psikis dan juga perubahan pada aktifitas seksual.

F. PENUTUP

Diharapkan, lansia bisa mengerti tentang perubahan fisiologis yang terjadi pada diri mereka. Namun disamping itu, tidak seharusnya pula lansia patah arang atau berhenti untuk memperdulikan kebutuhan seksual mereka. Karena bisa jadi pada lansia, bukan hubungan seksual yang sesungguhnya yang diharapkan, namun kasih sayang, sikap pengertian, dan saling menghargai pasangan yang akan membuat hidup lansia lebih berarti hingga akhir hayat.

Institusi pendidikan pada saat melakukan praktek keperawatan gerontik supaya lebih di tekankan pengetahuan terhadap mahasiswa tentang perubahan- perubahan yang terjadi pada lansia, Khususnya pada aktifitas seksual, bagaimana solusi dan pendekatan yang harus dilakukan terhadap lansia. Sehingga mahasiswa bisa memberikan pelayanan kesehatan secara tepat terhadap lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. (2006). *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Azwar Saifuddin. (2007). *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya (Edisi 2)*.
- Bandiyah. (2009). *Lanjut Usia Dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta. Nuha Medika
- Beccary. (2008) *Disfungsi Seksual Pada Lansia*. (<http://aufalia.wordpress.com/2008/08/02/disfungsi-seksual-pada-lansia>, diakses 02 Desember 2010).
- Budiarto. (2002). *Biostatistika Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC.
- Darmojo. R.Boedhi, Martono hadi. (2004). *Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut) Edisi 2*. Jakarta : FKUI.

- Ferry Efendi. (2007). "Keperawatan Gerontik" *Be The Best*. (<http://ferryefendi.blogspot.com/2007/11/keperawatan-gerontik.html>, diakses 3 Desember 2010).
- Hidayat, A.A. (2007). *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kaplan & Saddock. (2007). *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat*. Jakarta : EGC.
- Kuntjoro, ZH. (2002). *Masalah Kesehatan Jiwa Lansia*. (<http://www.e-psikologi.com/masalah-kesehatan-jiwa-lansia.html>, diakses 3 Desember 2010).
- Mangoenprasodjo. A.Setiono (2004). *Sehat Di Usia Lanjut*. Penerbit : Think Fresh
- Monks.F.J, Knoers.A.M.P, Haditono.S.R.(2006). *Psikologi Perkembangan*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Nevid, S jerfry. (2005). *Psikologi Abnormal Edisi 5*. Jakarta : PT Gelora Aksara Pratama.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan, Edisi Revisi*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho, Wahjudi. (2000). *Keperawatan Gerontik, Edisi 2*. Jakarta : EGC.
- Nursalam. (2003). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Pudjiastuti. S.R, Utomo Budi. (2003). *Fisioterapi Pada Lansia*. Jakarta : EGC.
- Stanley. M, Beare. P.G. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik (Edisi 2)*. Jakarta : EGC.
- Stuart. Gail.W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa (Edisi 5)*. Jakarta : EGC
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Watson Roger. (2003). *Perawatan Pada Lansia*. Jakarta : EGC.