



**STATUS GIZI, AKTIVITAS FISIK, DAN KUALITAS HIDUP LANSIA
YANG TINGGAL BERSAMA KELUARGA DAN UPT PELAYANAN
SOSIAL TRESNA WERDHA
(Studi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorejo dan UPT
Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember)**

SKRIPSI

Oleh

**Giovanda Wahyu Andika
NIM 152110101254**

**PEMINATAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**STATUS GIZI, AKTIVITAS FISIK, DAN KUALITAS HIDUP LANSIA
YANG TINGGAL BERSAMA KELUARGA DAN UPT PELAYANAN
SOSIAL TRESNA WERDHA
(Studi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorejo dan UPT
Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember)**

SKRIPSI

diajukan guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Giovanda Wahyu Andika
NIM 152110101254**

**PEMINATAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

PERSEMBAHAN

Skripsi saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya, Bapak Zainal Achriyanto dan Ibu Wahyuningsih, kakak saya Dhevan Wahyu Pratama, serta keluarga yang telah memberikan dukungan moril dan materiil yang tak ternilai sejak saya dilahirkan hingga saat ini, sehingga saya bisa mencapai tahap ini.
2. Bapak dan Ibu Guru di TK At-Taqwa, MI At-Taqwa, SMPN 1 Bondowoso, dan SMAN 2 Bondowoso, serta Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan saya banyak ilmu, bimbingan, dan pengalaman yang tak terhingga.
3. Kampus dan almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“Dan Tuhanmu telah memerintahkan supaya kamu jangan menyembah selain Dia dan hendaklah kamu berbuat baik pada ibu bapakmu dengan sebaik-baiknya. Jika salah seorang di antara keduanya atau kedua-duanya sampai berumur lanjut dalam pemeliharaanmu, maka sekali-kali janganlah kamu mengatakan kepada keduanya perkataan "ah" dan janganlah kamu membentak mereka dan ucapkanlah kepada mereka perkataan yang mulia.”

(Terjemahan Q.S. *Al-Isra*': 23)¹

“Dan rendahkanlah dirimu terhadap keduanya dengan penuh kasih sayang dan ucapkanlah, “Wahai Tuhanku! Sayangilah keduanya sebagaimana mereka berdua telah mendidik aku pada waktu kecil.”

(Terjemahan Q.S. *Al-Isra*': 24)²

¹), ²) Departemen Agama Republik Indonesia. 1996. *Al-Qur'an Al Karim dan terjemahannya*. Semarang: CV. Toha

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Giovanda Wahyu Andika

NIM : 152110101254

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *“Status Gizi, Aktivitas Fisik, dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha (Studi Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorejo dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember)”* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika terdapat kutipan dari substansi yang telah disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun, serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 15 Oktober 2020

Yang menyatakan,

Giovanda Wahyu Andika

152110101254

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**STATUS GIZI, AKTIVITAS FISIK, DAN KUALITAS HIDUP LANSIA
YANG TINGGAL BERSAMA KELUARGA DAN UPT PELAYANAN
SOSIAL TRESNA WERDHA
(Studi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorejo dan UPT
Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember)**

Oleh

Giovanda Wahyu Andika

152110101254

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Sulistiyani, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “*Status Gizi, Aktivitas Fisik, dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha (Studi Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorejo dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember)*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Selasa
Tanggal : 20 Oktober 2020
Tempat : Bondowoso

Pembimbing		Tanda Tangan
1. DPU	: Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes. NIP. 19801009 200501 2 002	(.....)
2. DPA	: Sulistiyani, S.KM., M.Kes. NIP. 19760615 200212 2 002	(.....)
Penguji		
3. Ketua	: Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH. NIP. 19840605 200812 2 001	(.....)
4. Sekretaris	: Mury Ririanty, S.KM., M.Kes. NIP. 19831027 201012 2 003	(.....)
5. Anggota	: Enang Hariono, S.Sos. NIP. 19630624 198910 1 001	(.....)

Mengesahkan,
Dekan

Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes.
NIP. 19801009 200501 2 002

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul “*Status Gizi, Aktivitas Fisik, dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha (Studi Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorejo dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember)*”. Proposal skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat akademis dalam menyelesaikan studi di Program Pendidikan Strata Satu (S1) Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyusunan proposal skripsi ini tidak lepas dari dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, maka penulis mengucapkan terima kasih yang sebanyak-banyaknya kepada Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Utama sekaligus Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan Sulistiyani, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan waktu dan tenaganya dalam membimbing penulis dalam penyusunan proposal skripsi. Penulis juga menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Christyana Sandra, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH., selaku Ketua Penguji dan Mury Ririanty, S.KM., M.Kes., selaku Sekretaris Penguji yang telah memberikan pengetahuan, saran, dan masukan demi terselesaikannya skripsi ini.
3. Dra. Parni Rahayu dan Enang Hariono S. Sos, sebagai Kasie Bimbingan Sosial dan Pekerja Sosial yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini, serta seluruh petugas yang ada di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha.
4. Kedua orang tua saya, Zainal Achriyanto dan Wahyuningsih, serta kakak saya, Dhevan Wahyu Pratama, yang telah memberikan dukungan dan do’a yang tak terhingga sejak saya kecil hingga saat ini.
5. Teman-teman Kelompok PBL 16 Desa Cangkring (Nurul, Intan, Dian, Nadya, April, Lina, Sofiah, Avis, Nanda, Jannis, Luluk, Femi, dan Ambar), teman-

teman angkatan 2015, IKAPI 2015, dan peminatan Gizi Masyarakat 2015, yang telah mengisi hari-hari saya selama berkuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat.

6. UKM PSM Gita Pusaka, yang telah menjadi wadah dan memberi kesempatan untuk saya berkembang menjadi pribadi yang lebih baik lagi.
7. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Penulis telah berusaha secara optimal dalam penyusunan proposal skripsi ini. Namun, apabila terdapat kekurangan pada proposal skripsi ini penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi tercapainya penyusunan yang baik.

Jember, 30 Juni 2020

Penulis

RINGKASAN

Status Gizi, Aktivitas Fisik, dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha (Studi Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorejo dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember); Giovanda Wahyu Andika; 152110101254; 97 halaman; Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat; Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Populasi dunia saat ini berada pada era penduduk menua dengan jumlah penduduk yang berusia 60 tahun ke atas melebihi 7% populasi. Diperkirakan jumlah lansia akan terus meningkat setiap tahunnya. Pertumbuhan populasi lansia yang sangat pesat ini tentunya akan memberikan dampak bagi pembangunan sebuah negara. Dampak yang paling nyata dirasakan adalah meningkatnya angka prevalensi penyakit degeneratif, karena data menunjukkan dengan bertambahnya usia seseorang maka angka prevalensi tersebut cenderung meningkat. Selain itu, meningkatnya jumlah lansia juga mengakibatkan banyaknya mereka yang hidup terlantar dan tidak diperhatikan oleh anak dan keluarganya sendiri. Pada kondisi seperti ini, para lansia akhirnya ‘terpaksa’ tinggal di tempat yang bisa menampung di masa tuanya, yaitu UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha. Namun, ada juga lansia yang tetap tinggal bersama keluarga di rumah. Hal ini yang menjadi poin penting dalam penelitian ini, yaitu bertujuan untuk mengetahui perbedaan status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.

Penelitian ini dilakukan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha dan di 4 kecamatan yang berada di bawah lingkup kerja Puskesmas Sukorejo yaitu Karangsono, Sukorejo, Gambirono, dan Curahkalong, dimulai pada bulan Januari – Maret 2020. Metode penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian yaitu lansia yang tinggal bersama keluarga di rumah di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo dan

UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember, dengan masing-masing tempat 50 sampel. Teknik pengambilan sampel menggunakan *proportional random sampling*. Variabel bebas pada penelitian ini adalah karakteristik demografi lansia (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan), dan tempat tinggal lansia, sedangkan variabel terikat adalah status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup. Teknik pengumpulan data menggunakan teknik wawancara dengan kuesioner dan pengukuran antropometri. Instrumen yang digunakan adalah form MMSE, form PAL, kuesioner WHOQOL-BREF, *bathroomscale* dan pita *medline* untuk pengukuran antropometri. Penelitian ini menggunakan analisis univariabel dan bivariabel.

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa mayoritas lansia berusia 60-74 tahun (*elderly*), lebih banyak lansia yang berjenis kelamin perempuan daripada lansia yang berjenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan terakhirnya sebagian besar tidak pernah bersekolah dan tidak lulus ketika bersekolah di sekolah dasar, dan mayoritas lansia yang tinggal di rumah masih berstatus kawin, sementara lansia yang tinggal di panti berstatus cerai. Terdapat perbedaan yang signifikan pada status gizi, lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha memiliki status gizi yang lebih baik daripada lansia yang tinggal di rumah. Terdapat perbedaan yang signifikan pada aktivitas fisik, beberapa lansia yang tinggal di rumah memiliki aktivitas fisik yang lebih berat (petani). Tidak terdapat perbedaan pada kualitas hidup domain fisik, psikologis, dan lingkungan, sementara pada domain sosial terdapat perbedaan, dikarenakan beberapa lansia yang tinggal di panti sering bertengkar dengan temannya.

Saran yang diberikan bagi lansia yaitu meningkatkan intensitas hubungan sosial yang baik antar sesama lansia dan meningkatkan kegiatan positif yang dapat menghibur diri. Saran bagi UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha diharapkan untuk lebih meningkatkan hubungan antara petugas dengan lansia. Saran bagi Puskesmas Sukorejo perlu adanya pengadaan program serta kegiatan yang lebih memfokuskan pada pentingnya kebutuhan status gizi serta aktivitas fisik lansia seperti posyandu lansia.

SUMMARY

Nutritional Status, Physical Activity, and Quality of Life of Elderly People Who's Lived with Family and Tresna Werdha Social Service Jember; Giovanda Wahyu Andika; 152110101254; 97 page; Public Health Nutrition Studies; Undergraduate Program of Public Health, Faculty of Public Health, University of Jember.

Elderly is someone who reaches the age of 60 years and over. The world's population is currently in the era of aging population with a population aged 60 years and over exceeding 7% of the population. It is estimated that the number of elderly will continue to increase each year. The rapid growth of the elderly population will certainly have an impact on the development of a country. The most noticeable impact is the increase in the prevalence of degenerative diseases, because the data shows that as a person ages, the prevalence rate tends to increase. In addition, the increasing number of elderly people also results in the number of those living in neglect and being ignored by their own children and families. In this condition, the elderly are finally "forced" to live in a place that can accommodate in their old age, named Tresna Werdha Social Services.

This research was conducted at the Tresna Werdha Social Services and in 4 sub-districts under the scope of work of the Puskesmas Sukorejo, that is Karangsono, Sukorejo, Gambirono, and Curahkalong, started at January until March 2020. The method that use in this research is observational analytic using a cross sectional approach. The study population is the elderly who live with families at home in the working area of the Puskesmas Sukorejo and Tresna Werdha Social Services Jember Regency, with 50 sample in each places. The sampling technique uses proportional random sampling. The independent variables in this study are the demographic characteristics of the elderly (age, sex, level of education, marital status), and residence of the elderly, while the dependent variables are nutritional status, physical activity, and quality of life. Data collection techniques using interview techniques with questionnaires and

anthropometric measurements. The instruments used were the MMSE form, PAL form, WHOQOL-BREF questionnaire, bathroom scale and medline tape for anthropometric measurements. This research uses univariable and bivariable analysis.

The results of the research analysis show that the majority of the elderly are aged 60-74 years (elderly), more elderly people are female than elderly men, the most recent level of education has never been to school and didn't graduate when attending school primary schools, and the majority of elderly people who live at home are still married, while the elderly who live in institutions are divorced. There are significant difference in the nutritional status, the elderly who live at the Tresna Werdha Social Services have a better nutritional status than the elderly who live at home. There are significant differences in physical activity, some elderly people living at home have heavier physical activity (farmers). There is no difference in the quality of life in the physical, psychological, and environmental domains, while in the social domain there are differences, because some elderly people living in UPT PSTW often had a fight with their friends.

The advice given for the elderly is to increase the intensity of good social relations among the elderly and increase positive activities that can entertain themselves. Advice for Social Services Tresna Werdha are to further improve relations between officers and the elderly. Advice for Puskesmas Sukorejo need to be the provision of programs and activities that are more focused on the importance of nutritional status needs and physical activity of the elderly, like Posyandu for elderly.

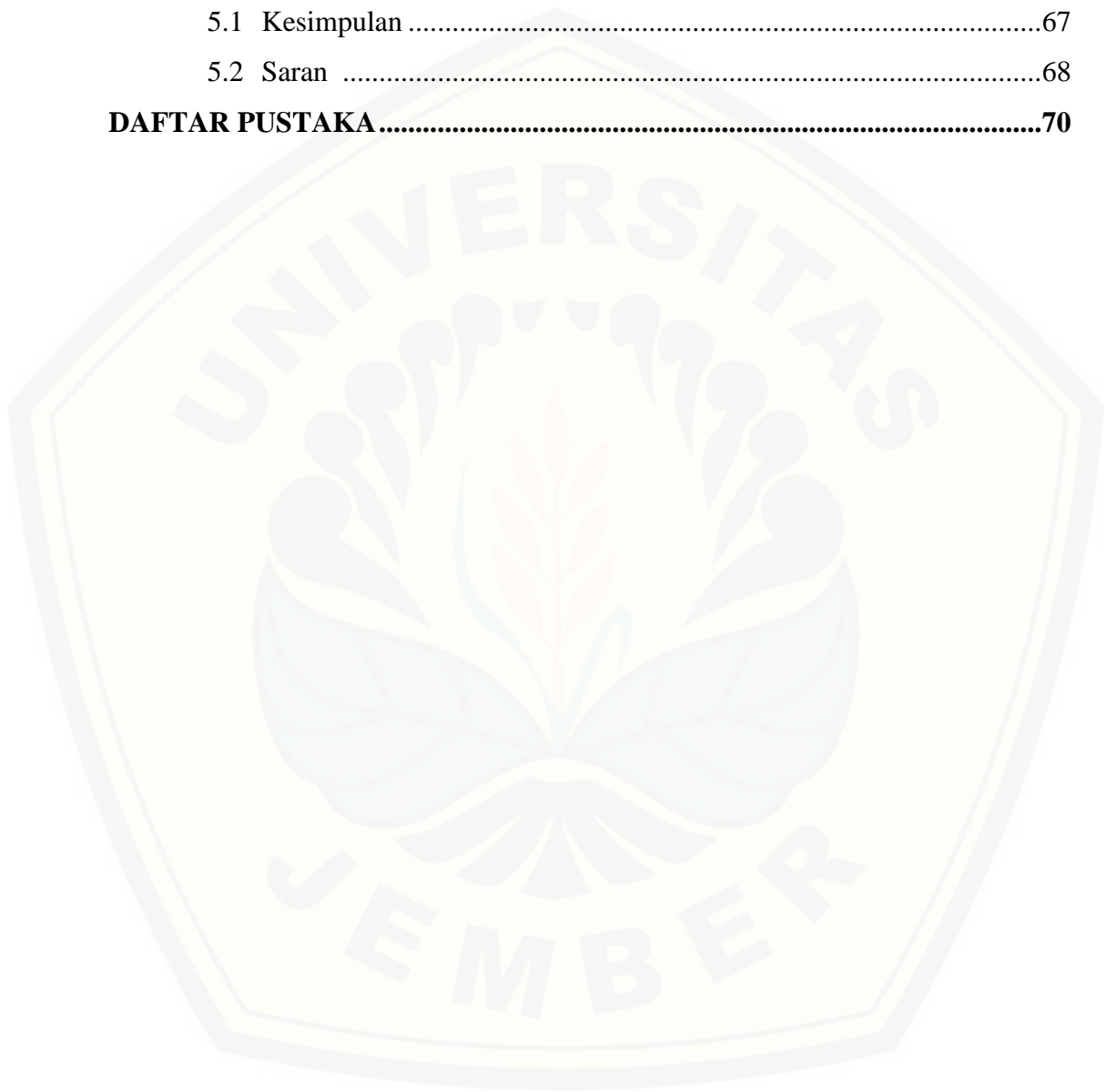
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
PEMBIMBINGAN	vi
PENGESAHAN	vii
PRAKATA	viii
RINGKASAN	x
SUMMARY	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Status Gizi Lansia	8
2.1.1 Definisi Status Gizi Lansia.....	8
2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Lansia	8

2.1.3	Penilaian Status Gizi Pada Lansia	11
2.1.4	Pengukuran Panjang Depa sebagai Pengganti Tinggi Badan	13
2.2	Aktivitas Fisik Lansia	14
2.2.1	Manfaat Aktivitas Fisik Lansia	16
2.2.2	Faktor yang Berhubungan dengan Aktivitas Fisik Lansia	17
2.3	Kualitas Hidup Lansia.....	18
2.3.1	Definisi Kualitas Hidup Lansia	18
2.3.2	Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	18
2.3.3	Pengukuran Kualitas Hidup Pada Lansia	19
2.4	Lanjut Usia.....	20
2.4.1	Definisi Lanjut Usia	20
2.4.2	Perubahan Pada Lansia.....	21
2.4.3	Gangguan Fungsi Kognitif Lansia dan MMSE (<i>Mini Mental State Examination</i>)	24
2.5	Pelayanan Sosial Bagi Lansia	26
2.5.1	Lanjut Usia Melalui Perawatan di Rumah (<i>Home Care</i>)	27
2.5.2	UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	28
2.6	Kerangka Teori	32
2.7	Kerangka Konseptual.....	33
2.8	Hipotesis Penelitian	35
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	36
3.1	Jenis Penelitian.....	36
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	36
3.2.1	Tempat Penelitian.....	36
3.2.2	Waktu Penelitian	37
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian	37
3.3.1	Populasi Penelitian	37
3.3.2	Sampel Penelitian	38
3.3.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	40
3.4	Variabel dan Definisi Operasional	40
3.4.1	Variabel Penelitian	40

3.4.2	Definisi Operasional.....	41
3.5	Data dan Sumber Data	43
3.5.1	Data Primer.....	43
3.5.2	Data Sekunder	44
3.6	Teknik dan Instrumen Pengambilan Data.....	44
3.6.1	Teknik Pengambilan Data	44
3.6.2	Instrumen dan Prosedur Pengumpulan Data	45
3.7	Uji Validitas	48
3.8	Uji Reliabilitas	49
3.9	Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data	49
3.9.1	Teknik Pengolahan Data.....	49
3.9.2	Teknik Penyajian Data	51
3.9.3	Analisis Data	51
3.10	Alur Penelitian	53
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	54
4.1	Hasil Penelitian	54
4.1.1	Karakteristik Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	54
4.1.2	Status Gizi Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	55
4.1.3	Aktivitas Fisik Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	56
4.1.4	Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	57
4.2	Pembahasan.....	58
4.2.1	Karakteristik Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	58
4.2.2	Status Gizi Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	59
4.2.3	Aktivitas Fisik Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	61

4.2.4 Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	63
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	66
BAB 5. PENUTUP	67
5.1 Kesimpulan	67
5.2 Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	70

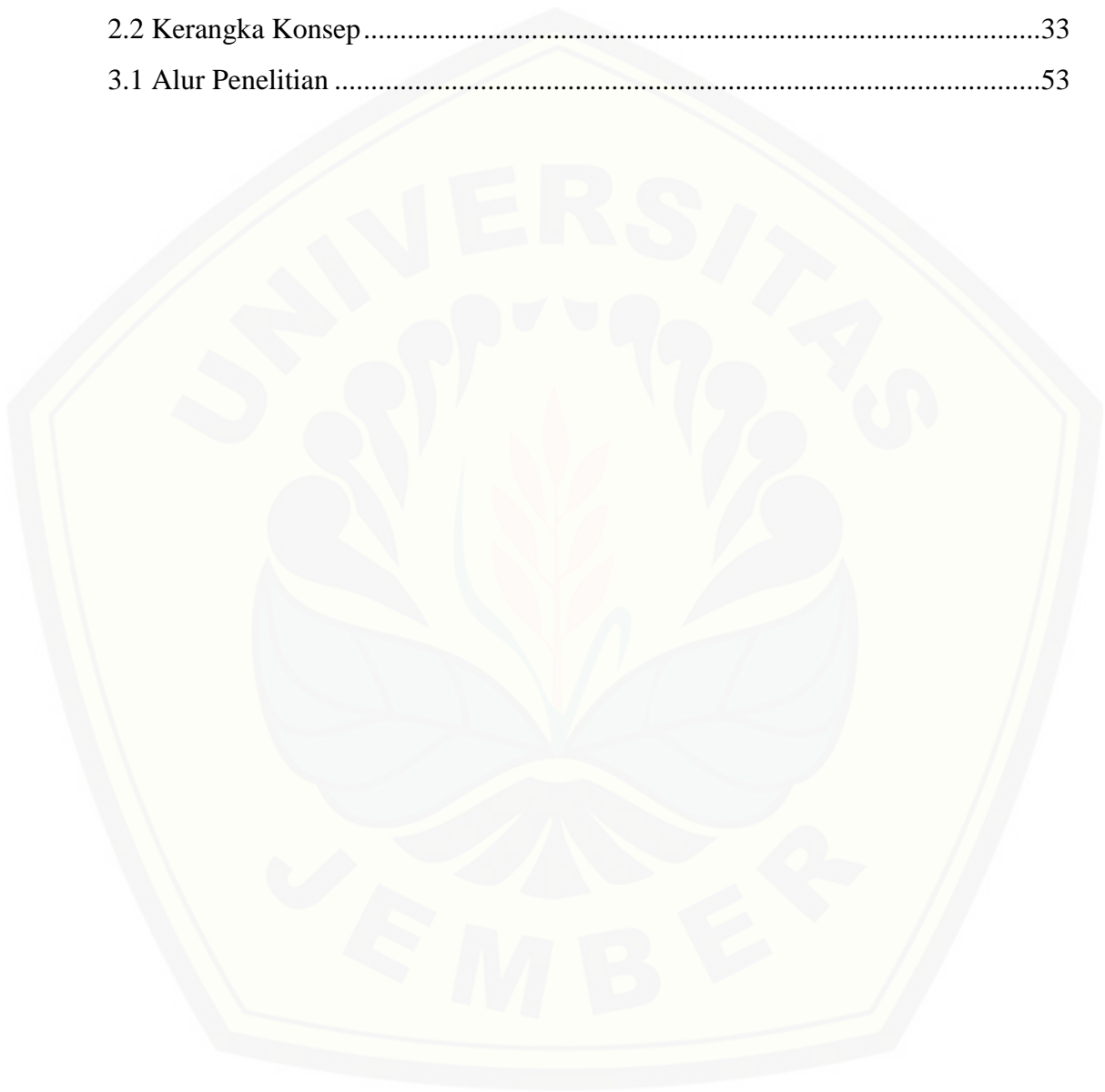


DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Kategori Aktivitas Fisik berdasarkan nilai PAL.....	16
2.2 Derajat Gangguan Kognisi berdasarkan MMSE.....	26
3.3 Variabel, Definisi Operasional, Kriteria Penilaian, dan Skala Data	41
3.4 Data Sekunder dan Sumber Data	44
4.1 Distribusi Karakteristik Responden Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.....	54
4.2 Gambaran Status Gizi Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	55
4.3 Gambaran Aktivitas Fisik Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	56
4.4 Gambaran Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember	57

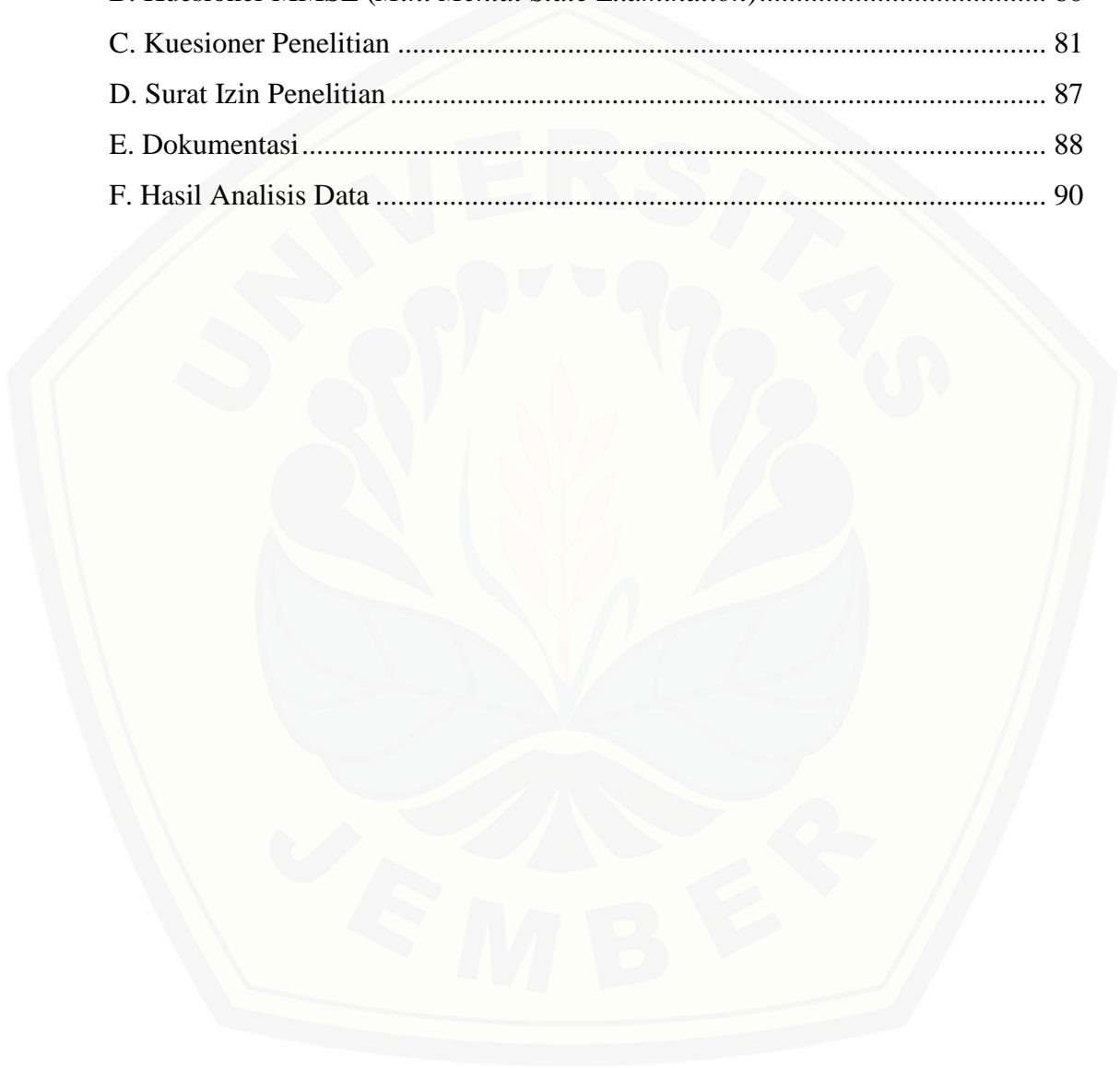
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	32
2.2 Kerangka Konsep	33
3.1 Alur Penelitian	53



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	79
B. Kuesioner MMSE (<i>Mini Mental State Examination</i>).....	80
C. Kuesioner Penelitian	81
D. Surat Izin Penelitian	87
E. Dokumentasi.....	88
F. Hasil Analisis Data	90



DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Arti Lambang

%	= Persentase
>	= Lebih dari
<	= Kurang dari
≥	= Lebih dari sama dengan
α	= Alpha

Daftar Arti Singkatan

AKS	= Aktivitas Kehidupan Sehari-hari
BB	= Berat Badan
BMA	= <i>Body Mass Armspan</i>
BPS	= Badan Pusat Statistik
FAO	= <i>Food and Agriculture Organization</i>
MMSE	= <i>Mini Mental State Examination</i>
MNA	= <i>Mini Nutritional Assesment</i>
PAL	= <i>Physical Activity Level</i>
PD	= Panjang Depa
PTM	= Penyakit Tidak Menular
Risikesdas	= Riset Kesehatan Dasar
Susenas	= Survei Sosial Ekonomi Nasional
TB	= Tinggi Badan
UHH	= Usia Harapan Hidup
UPT PSTW	= Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Tresna Werdha
WHO	= World Health Organization
WHOQOL	= World Health Organization Quality of Life

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sebagai suatu negeri kepulauan dengan jumlah populasi keempat terbanyak di dunia, pertumbuhan penduduk Indonesia sangat mempengaruhi komposisi penduduk dunia. Sebuah catatan memperkirakan bahwa sejak tahun 2017 hingga 2050 separuh dari pertumbuhan penduduk dunia akan terkonsentrasi pada sembilan negara saja, salah satunya adalah Indonesia. Populasi dunia pada era ini berada pada era penduduk menua (*ageing population*) dengan jumlah penduduk yang berusia 60 tahun ke atas melebihi 7% populasi (BPS, 2018:5). Berdasarkan data dari Susenas 2018, pada tahun 2018 Indonesia mempunyai sekitar 24,79 juta lansia atau sekitar 9,27% yang artinya angka ini meningkat sekitar 1 juta lansia dari tahun 2017 yang berjumlah sekitar 23,4 juta lansia. Hal ini seiring dengan pertumbuhan populasi lansia di seluruh dunia, dimana pada tahun 2017 jumlah populasi lansia mencapai 962 juta dan angka tersebut sudah melebihi dua kali lipat jumlah populasi lansia pada tahun 1980 yaitu populasi lansia sekitar 382 juta. Peningkatan jumlah lansia ini memerlukan perhatian untuk mengantisipasi masalah yang akan terjadi berkaitan dengan penuaan usia penduduk. Aspek ekonomi, sosial, dan tentunya kesehatan adalah hal-hal yang dipengaruhi dari penuaan usia penduduk ini (Tanaya dan Yasa, 2015:8).

Pertumbuhan populasi lansia yang sangat pesat ini tentunya akan memberikan dampak positif dan negatif bagi pembangunan sebuah negara (BPS, 2018:3). Dampak positif dari pertumbuhan populasi lansia yaitu meningkatnya Usia Harapan Hidup (UHH) sebuah negara, dimana UHH merupakan salah satu dari sekian indikator keberhasilan pembangunan negara khususnya bidang kesehatan. UHH di Indonesia diperkirakan akan terus melaju dari 69,8 pada tahun 2010 menjadi 72,4 pada tahun 2035. Namun, di sisi lain kondisi fisiologis seseorang akan mengalami proses degeneratif apabila ia mencapai usia lansia sehingga dapat mempengaruhi masalah kesehatannya (Kemenkes RI, 2018:123). Riskesdas 2018 menyebutkan jumlah

PTM pada usia 15 tahun ke atas mempunyai angka yang cukup tinggi khususnya untuk populasi lansia. Pada kategori usia 64-75 tahun angka hipertensi sebesar 63,2%, stroke sebesar 45,3%, dan diabetes mellitus sebesar 6,0%. Sementara untuk kategori usia 75 tahun ke atas angka hipertensi sebesar 69,5%, stroke sebesar 50,2%, dan diabetes mellitus sebesar 3,3% (Kemenkes RI, 2018). Apabila dilihat dari semua kategori usia, grafik angka prevalensi beberapa penyakit tersebut semakin menanjak seiring dengan bertambahnya usia seseorang dan angka tersebut juga meningkat dari hasil Riskesdas 2013. Hal tersebut menjadi sebuah pertanda bahwa semakin tinggi populasi lansia di sebuah negara, maka kecenderungan angka prevalensi penyakit tidak menular juga akan semakin tinggi.

Salah satu langkah yang telah dilakukan pemerintah telah tertulis pada Permenkes RI No. 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019, dimana aksi tersebut mempunyai visi yaitu terwujudnya lansia yang sehat dan produktif tahun 2019, dan diperkuat dengan misinya yaitu mewujudkan upaya pelayanan kesehatan santun lanjut usia dengan pendekatan siklus hidup, holistik, komprehensif dan terpadu, mulai dari keluarga, masyarakat, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan; dan meningkatkan pemberdayaan lanjut usia, keluarga, dan masyarakat untuk mewujudkan lanjut usia yang sehat, mandiri, aktif dan produktif selama mungkin. Salah satu misinya yaitu mewujudkan upaya pelayanan kesehatan santun lansia diperkuat oleh pemerintah dengan melalui Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan terkait pelayanan sosial dan perawatan pada lansia. Dinas Sosial sebagai lembaga rehabilitasi sosial memiliki tugas yaitu merumuskan kebijakan teknis, pedoman penyelenggaraan pelayanan, bimbingan teknis penyelenggaraan pelayanan, pengawasan penyelenggaraan dan rehabilitasi bagi anak, lanjut usia, tuna sosial dan disabilitas (Dinsos Jatim, 2018). Salah satu bentuk pelayanan yang dimiliki oleh Dinsos adalah UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha, yang bertugas untuk sarana pelayanan sosial dan rehabilitasi bagi lansia.

Semakin bertambahnya jumlah lansia, muncul fenomena bahwa saat ini banyak anak yang menitipkan orang tuanya di panti sosial dengan berbagai alasan. Salah satunya adalah karena kesibukan pekerjaan sehingga tidak mampu merawat orang tua di rumah. Namun, ada beberapa lansia yang memang sudah tidak memiliki keluarga lagi sehingga memang harus tinggal di panti sosial. Beberapa hal tersebut yang membuat lansia terpaksa hidup di panti sosial karena mereka membutuhkan perawatan untuk memelihara kesehatan dan kebutuhan sehari-harinya (Muizulhafiidh, 2019:2). Beberapa penyebab anak menitipkan orang tuanya di panti sosial didasari dengan alasan kesibukan bekerja, konflik dengan menantu, anak yang merasa direpotkan karena perilaku orang tua di usia senja, dan disebabkan alasan finansial. Penelitian yang dilakukan oleh Windy (2017) menyebutkan beberapa kondisi anak yang menitipkan orang tuanya di Panti Werdha dengan alasan masalah keluarga yang terlilit hutang sehingga tidak ingin orang tuanya ikut memikirkan masalah hutang tersebut, alasan cekcok dengan istrinya, dan juga alasan karena anak tinggal beda wilayah dengan orang tua.

Status gizi pada lansia perlu mendapat perhatian lebih agar dapat mengurangi angka kesakitan pada lansia. Status gizi lansia dipengaruhi oleh berbagai macam aspek yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi, pekerjaan, kebiasaan merokok, status perkawinan, aktivitas fisik, aktivitas sosial, pola tempat tinggal, gangguan suasana hati, riwayat sakit, dan konsumsi makanan (Depkes RI, 2015). Status gizi lansia berhubungan positif terhadap kualitas hidup terutama pada domain fisik (Burhan *et al*, 2013: 272). Penelitian yang dilakukan oleh Lailiyah (2018:80) terkait dengan perbedaan status gizi dan kualitas hidup yang tinggal di UPT PSTW Bondowoso dan yang tinggal bersama keluarga, dimana lansia yang tinggal bersama dengan UPT PSTW Bondowoso memiliki status gizi lebih baik daripada yang tinggal bersama keluarga. Dari segi kualitas hidup menurut domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, serta kualitas hidup secara keseluruhan pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di Pelayanan Sosial Tresna Werdha

Bondowoso. Putri (2014:4-5) pada penelitiannya menunjukkan bahwa kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga di rumah lebih baik dari yang tinggal di panti dari semua domain. Hal ini bisa disebabkan karena lansia yang tinggal di komunitas memiliki kedekatan dengan keluarga dimana keluarga merupakan sumber dukungan emosional. Dukungan sosial yang diterima dari berbagai pihak tersebut akan berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia.

Ermawati (2016:50) melakukan penilaian status gizi lansia berdasarkan MNA (*Mini Nutritional Assesment*) yang tinggal dengan keluarga dan di panti jompo Kabupaten Gayo Lues dan mendapatkan hasil bahwa lansia yang tinggal di panti lebih banyak berisiko malnutrisi daripada lansia yang tinggal bersama keluarga. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Apriliana (2017:63) yang mengamati perbedaan tingkat konsumsi dan aktivitas fisik, didapatkan hasil bahwa lansia yang tinggal di UPT PSTW Bondowoso memiliki tingkat aktivitas fisik yang lebih baik. Hal ini dikarenakan setiap pelayanan sosial yang dimiliki oleh kabupaten/kota diharuskan memberikan pelayanan dan fasilitas yang dibutuhkan oleh lansia. Sementara menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan Jannah (2015:6) pada lansia anggota dan bukan anggota Karang Werda, terdapat perbedaan antara tingkat konsumsi dan tingkat aktivitas fisik. Tetapi tidak terdapat perbedaan status gizi antar lansia anggota dan bukan anggota Karang Werda.

Indonesia termasuk ke dalam salah satu negara yang jumlah lansianya tinggi. Jumlah lansia di Jawa Timur berada di peringkat ketiga (12,25%) di bawah DI Yogyakarta (13,81%) dan Jawa Tengah (12,59%). Provinsi Jawa Timur memiliki lokasi UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia yang dimiliki pemerintah paling banyak dibandingkan dengan Yogyakarta dan Jawa Tengah yaitu berjumlah 7 UPT Pelayanan Sosial Lansia yang terdapat di Kabupaten Pasuruan, Banyuwangi, Blitar, Bondowoso, Jember, Jombang dan Magetan (Dinsos Jatim, 2017). Di Kabupaten Jember memiliki UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha dengan jumlah kelompok lansia terbesar (140 lansia) dibandingkan UPT PSTW di Pasuruan, Blitar, Jombang, Magetan,

Banyuwangi dan Bondowoso. UPT PSTW Jember merupakan suatu lembaga yang menangani pelayanan sosial lanjut usia terlantar sosial ekonominya. Lansia yang tinggal disana mendapatkan pelayanan seperti bimbingan fisik dan kesehatan, bimbingan mental dan spiritual, bimbingan sosial, dan bimbingan ketrampilan. Sehingga para lansia bisa memanfaatkan waktu mereka dengan banyak kegiatan seperti senam pagi, kerja bakti, mengikuti ceramah dan bimbingan spiritual, serta membuat berbagai macam kerajinan.

Sedangkan berdasarkan data proyeksi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2018, jumlah lansia yang ada di Kabupaten Jember yaitu 326.683 jiwa dari 2.430.185 jiwa (13,44%). Menurut data Laporan Kasus Penyakit Tidak Menular Tahun 2018, Puskesmas Sukorejo memiliki jumlah kasus PTM tertinggi pada usia ≥ 60 tahun dengan jumlah sebesar 6.095 kasus, sehingga peneliti memilih wilayah kerja Puskesmas Sukorejo untuk tempat penelitian. Belum terdapat penelitian yang meneliti tentang perbedaan status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dan Wilayah kerja Puskesmas Sukorejo, sehingga peneliti tertarik untuk mengangkat topik ini untuk penyelesaian mata kuliah skripsi.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat perbedaan status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis perbedaan status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan karakteristik lansia (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan) yang tinggal bersama keluarga dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.
- b. Menganalisis perbedaan status gizi lansia yang tinggal bersama keluarga dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.
- c. Menganalisis perbedaan aktivitas fisik lansia yang tinggal bersama keluarga dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.
- d. Menganalisis kualitas hidup yang tinggal bersama keluarga dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan dan meningkatkan ilmu kesehatan masyarakat di bidang gizi kesehatan masyarakat terkait dengan peningkatan perilaku lansia, keluarga lansia, dan petugas di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dalam pemberian asupan gizi yang cukup, melakukan beberapa aktivitas fisik untuk menjaga kebugaran, dan pemeriksaan kesehatan secara rutin guna meningkatkan status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Mengembangkan kemampuan peneliti dalam penyusunan karya ilmiah serta menerapkan teori dan ilmu yang didapatkan selama perkuliahan.

b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi sehingga dapat dijadikan masukan untuk perencanaan kegiatan selanjutnya khususnya di program pelayanan bagi lansia.

c. Bagi UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi sehingga dapat dijadikan masukan dalam upaya perbaikan layanan dan perencanaan kegiatan selanjutnya di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.

d. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan sebagai bahan rujukan bagi penelitian atau kegiatan pemberian edukasi terhadap lansia.

e. Bagi Masyarakat

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan bagi masyarakat khususnya yang terdapat lansia dalam keluarganya sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup lansia.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi Lansia

2.1.1 Definisi Status Gizi Lansia

Status gizi merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara makanan yang masuk ke dalam tubuh (*nutrient input*) dengan kebutuhan tubuh (*nutrient output*) akan zat gizi tersebut. Kebutuhan akan zat gizi ditentukan oleh banyak faktor seperti tingkat metabolisme basal, tingkat pertumbuhan, aktifitas fisik dan faktor yang bersifat relatif yaitu gangguan pencernaan (*ingestion*), perbedaan daya serap (*absorption*), tingkat penggunaan (*utilization*) dan perbedaan pengeluaran dan penghancuran (*excretion* dan *destruction* dari zat gizi tersebut dalam tubuh) (Supriasa, 2012). Status gizi seseorang dapat dinilai dengan dua cara yaitu secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri, klinis, biokimia dan biofisik. Sedangkan secara tidak langsung dapat menggunakan metode survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi (Ningtyias, 2010:10-14). Penilaian status gizi berdasarkan pemeriksaan terhadap lansia seperti antropometri, biokimia serta uji kekebalan telah dimengerti oleh sebagian kalangan medis. Namun cara penilaian dan nilai baku ini hanya digunakan bagi mereka yang berusia 55 tahun ke bawah. Sebagian besar indikator menjadi tidak sensitif dan tidak tepat karena seluruh aspek fisik dan mental lansia ikut turun karena usia (Arisman, 2010:108).

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Lansia

a. Usia

Pada lanjut usia kebutuhan energi dan lemak menjadi menurun. Setelah usia 50 tahun, kebutuhan energi berkurang sebesar 5% untuk setiap 10 tahun. Kebutuhan protein, vitamin dan mineral tetap yang berfungsi sebagai regenerasi sel dan antioksidan untuk melindungi sel-sel tubuh dari radikal bebas yang dapat merusak sel (Kemenkes RI, 2012:7). Berdasarkan penelitian

Simanjuntak (2010:51), menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan status gizi pada lansia (hasil signifikansi $p < 0,05$).

b. Jenis Kelamin

Umumnya laki-laki memerlukan zat gizi lebih banyak (terutama energi, protein dan lemak) dibandingkan pada wanita, karena postur, otot dan luas permukaan tubuh laki-laki lebih luas dari wanita. Namun kebutuhan zat besi (Fe) pada wanita cenderung lebih tinggi, karena wanita mengalami menstruasi. Pada wanita yang sudah menopause kebutuhan zat besi (Fe) turun kembali (Kemenkes RI, 2012:7).

c. Aktivitas Fisik dan Pekerjaan

Lanjut usia mengalami penurunan kemampuan fisik yang berdampak pada berkurangnya aktivitas fisik sehingga kebutuhan energinya juga berkurang. Kecukupan zat gizi seseorang juga sangat bergantung dari pekerjaan sehari-hari : ringan, sedang, berat. Makin berat pekerjaan seseorang, maka semakin besar zat gizi yang dibutuhkan. Lanjut usia dengan pekerjaan fisik yang berat memerlukan zat gizi yang lebih banyak (Kemenkes RI, 2012:8).

d. Kondisi Kesehatan

Kebutuhan gizi setiap individu tidak selalu tetap, tetapi bervariasi sesuai dengan kondisi kesehatan seseorang pada waktu tertentu. Pada lansia masa rehabilitasi sesudah sakit memerlukan penyesuaian kebutuhan gizi. (Kemenkes RI, 2012:8). Berdasarkan penelitian Subekti (2013), menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status kesehatan dengan status gizi lansia ($p \leq 0,05$).

e. Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Gizi

Tingkat pendidikan mencerminkan tingkat kecerdasan dan ketrampilan seseorang. Pendidikan yang memadai mempunyai andil yang besar terhadap kemajuan ekonomi. Dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan berpengaruh terhadap pekerjaan dan pendapatan dan pengetahuan untuk mendapatkan informasi makanan yang mengandung gizi yang diperlukan dalam tubuh dan untuk kesehatan. Pengetahuan gizi dan kesehatan merupakan salah satu jenis

pengetahuan yang dapat diperoleh melalui pendidikan. Pengetahuan gizi dan kesehatan akan berpengaruh terhadap pola konsumsi pangan. Semakin banyak pengetahuan tentang gizi dan kesehatan, maka semakin beragam pula jenis makanan yang dikonsumsi sehingga dapat memenuhi kecukupan gizi dan mempertahankan kesehatan individu. Hasil uji statistik pada penelitian Simanjuntak (2010:55) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan status gizi ($p < 0,05$), artinya lansia dengan pendidikan rendah berisiko status gizi kurang dibandingkan dengan lansia dengan pendidikan tinggi.

f. Status Perkawinan

Berdasarkan penelitian Simanjuntak (2010:51), status gizi normal lebih banyak pada lansia yang punya pasangan yaitu sebesar 65% dibandingkan dengan lansia yang tidak punya pasangan yaitu sebesar 45,6%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara status kawin dengan status gizi ($p < 0,05$). Lansia yang memiliki pasangan hidup tidak merasa kesepian dan sendiri di masa tuanya sedangkan yang sendiri akan merasa terisolasi dan mengalami depresi. Akibatnya lansia kehilangan nafsu makan yang berdampak pada penurunan status gizi.

g. Status Tinggal

Lingkungan tempat tinggal yang berbeda mengakibatkan perubahan peran lansia dalam keluarga, sosial ekonomi, dan sosial masyarakat tersebut mengakibatkan kemunduran dalam beradaptasi dengan lingkungan baru dan berinteraksi dengan lingkungan sosialnya. Berbeda dengan lansia yang tinggal bersama keluarga, lansia yang tinggal di panti werdha akan mengalami paparan terhadap lingkungan dan teman baru yang mengharuskan lansia beradaptasi secara positif ataupun negatif. Perbedaan tempat tinggal dapat menyebabkan munculnya perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologi dan spiritual religius lansia yang dapat berpengaruh terhadap status kesehatan penduduk lansia yang tinggal di dalamnya (Ekawati, 2014). Berdasarkan penelitian dari Mendoko *et al* (2017), lansia yang tinggal di panti

werdha mempunyai peluang 0,086 kali lebih besar mengalami stress psikososial daripada lansia yang tinggal bersama keluarga.

h. Perubahan Fungsi Fisiologis

Perubahan fungsi fisiologis pada lansia dapat menyebabkan penurunan asupan makanan yang berakibat pada penurunan status gizi. Penurunan fungsi fisiologis pada lansia yang memiliki kaitan yang erat dengan penurunan status gizi adalah menurunnya kemampuan mengunyah makanan dan berkurangnya sekresi enzim pencernaan (Fatmah, 2010:33).

2.1.3 Penilaian Status Gizi Pada Lansia

Dalam melakukan penilaian status gizi terbagi menjadi dua, yaitu secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu antropometri, metode klinis (*clinical methods*), biokimia, dan biofisik. Sedangkan untuk penilaian status gizi secara tidak langsung terbagi menjadi tiga, yaitu survei konsumsi makanan (*dietary methods*), statistik vital dan faktor ekologi (Ningtyias, 2010:10-14).

a. Pengukuran Antropometri

Antropometri berasal dari bahasa Yunani yaitu *anthropos* (tubuh) dan *metros* (ukuran), jadi antropometri dapat diartikan sebagai ukuran tubuh. Antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat usia dan tingkat gizi. Antropometri ini sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan protein dan energi. Gangguan ini biasanya terlihat dari pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh, seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa *et al*, 2012:36). Pengukuran antropometri pada lansia pada dasarnya sama dengan usia lainnya, hanya saja karena kondisi lansia, terkadang harus dilakukan cara berbeda untuk memberikan hasil yang lebih tepat (Fatmah, 2010:37). Jenis pengukuran antropometri antara lain :

- 1) Berat dan tinggi badan terhadap usia

- 2) Lingkar kepala, lingkar lengan, lingkar dada diukur dengan pita pengukur
- 3) Tebal kulit

Menurut Supriasa *et al* (2012:36), syarat yang mendasar dalam penggunaan antropometri adalah :

- 1) Alatnya mudah didapat dan digunakan.
- 2) Pengukuran dapat dilakukan berulang-ulang dengan mudah dan objektif.
- 3) Pengukuran bukan hanya dilakukan dengan tenaga khusus profesional, juga dapat dilakukan oleh tenaga lain setelah mendapatkan pelatihan.
- 4) Biaya relatif murah.
- 5) Hasilnya mudah disimpulkan, karena mempunyai ambang batas (*cut off points*) dan baku rujukan yang sudah pasti.
- 6) Secara ilmiah diakui kebenarannya.

Memperhatikan faktor diatas, maka dibawah ini diuraikan keunggulan antropometri gizi sebagai berikut :

- 1) Prosedurnya sederhana, aman, dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar.
- 2) Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli.
- 3) Alatnya murah, mudah dibawa, tahan lama, dapat dipesan dan dibuat di daerah setempat.
- 4) Metode ini tepat dan akurat, karena dapat dibakukan.
- 5) Dapat mendeteksi atau menggambarkan riwayat gizi di masa lampau.
- 6) Umumnya dapat mengidentifikasi status gizi sedang, kurang, dan gizi buruk, karena sudah ada ambang batas yang jelas.
- 7) Metode antropometri dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu, atau dari satu generasi ke generasi berikutnya.
- 8) Metode antropometri gizi dapat digunakan untuk penapisan kelompok yang rawan terhadap gizi.

Sedangkan untuk kelemahan penggunaan metode antropometri menurut Supriasa *et al* (2012:37) adalah :

- 1) Tidak sensitif. Metode ini tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu singkat. Disamping itu tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu seperti Zinc dan Fe.
- 2) Faktor di luar gizi (penyakit genetik dan penurunan penggunaan energi) dapat menurunkan spesifisitas dan sensitifitas pengukuran antropometri.
- 3) Kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi dan validitas pengukuran antropometri gizi.
- 4) Kesalahan ini terjadi karena pengukuran, perubahan hasil pengukuran baik fisik maupun komposisi jaringan, analisis dan asumsi yang keliru.
- 5) Sumber kesalahan, biasanya berhubungan dengan latihan petugas yang tidak cukup, kesalahan alat atau alat tidak ditera, dan kesulitan pengukuran.

2.1.4 Pengukuran Panjang Depa sebagai Pengganti Tinggi Badan

Salah satu prediktor tinggi badan lansia dan dianggap sebagai pengganti tinggi badan (TB) pada lansia yaitu panjang depa. Panjang depa dianggap sebagai pengganti ukuran tinggi badan lansia karena usia berkaitan dengan tinggi badan sedangkan panjang depa relatif kurang dipengaruhi oleh pertumbuhan usia, sehingga direkomendasikan sebagai parameter prediksi tinggi badan. Selain itu penurunan nilai panjang depa lebih lambat dibandingkan dengan penurunan tinggi badan lansia. Pengukuran panjang depa tidaklah mahal dan teknik prosedurnya sederhana sehingga mudah untuk dilakukan di lapangan. (Fatmah, 2010:41). Menurut hasil penelitian Fatmah (2010:61-62) menunjukkan bahwa panjang depa memiliki nilai korelasi tertinggi pada lansia pria dan wanita dibandingkan tinggi lutut dan tinggi duduk karena memiliki korelasi paling kuat dengan tinggi badan yang sebenarnya.

Pengukuran panjang depa atau rentang lengan dilakukan jika lansia yang diukur memiliki kedua tangan yang dapat direntangkan sepanjang mungkin dalam posisi lurus mendatar horisontal dan tidak dikepal. Jika salah satu tangan tidak dapat diluruskan karena sakit atau sebab lainnya maka

pengukuran ini tidak dapat dilakukan. Panjang depa tidak dianjurkan diukur dalam posisi berbaring atau terlentang karena dapat mengurangi tingkat ketelitian hasil pengukuran sehingga hasilnya kurang tepat. Alat ukur panjang depa (PD) menggunakan mistar kayu atau pita *medline* sepanjang 2 m (Kemenkes RI, 2012:15-16). Adapun cara pengukurannya dilakukan sebagai berikut :

- a. Lansia berdiri dengan kaki dan bahu menempel membelakangi tembok sepanjang pita pengukuran yang ditempel di tembok.
- b. Bagian atas kedua lengan hingga ujung telapak tangan menempel erat di dinding sepanjang mungkin
- c. Pembacaan dilakukan dengan ketelitian 0,1 cm mulai dari bagian ujung jari tengah tangan kanan hingga ujung jari tengah tangan kiri.

Status gizi lansia akan dihitung dengan menggunakan *body mass armspan* (BMA) yaitu dengan rumus berat badan aktual (kg)/panjang depa (m^2) (Rabe dalam Rohmawati *et al*, 2015:65). BMA merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang lansia khususnya berhubungan dengan kelebihan dan kekurangan berat badan, dengan pengkategorian sebagai berikut:

- a. Status gizi kurang, jika perempuan BMA $<18,7$; laki-laki $<20,1$
- b. Status gizi baik, jika perempuan BMA $18,7 - 22,8$; laki-laki $20,1 - 25$
- c. Status gizi lebih, jika perempuan BMA $>22,8$; laki-laki $>25,1$ (Rabe dalam Rohmawati *et al*, 2015:65)

2.2 Aktivitas Fisik Lansia

Lanjut usia sering dikaitkan dengan usia yang sudah tidak produktif, bahkan diasumsikan menjadi beban bagi yang berusia produktif. Hal ini terjadi karena pada lansia secara fisiologis terjadi kemunduran fungsi-fungsi dalam tubuh yang menyebabkan lansia rentan terkena gangguan kesehatan. Namun demikian, masih banyak lansia yang kurang aktif secara fisik (Ambardini, 2013:1). Aktivitas fisik adalah pergerakan anggota tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga yang sangat penting bagi pemeliharaan

kesehatan fisik dan mental, serta mempertahankan kualitas hidup agar tetap sehat dan bugar sepanjang hari (Fatmah, 2010:166). Penurunan aktivitas fisik pada lansia harus diimbangi dengan penurunan asupan energi, hal ini mencegah terjadinya obesitas. Jika asupan energi tidak diimbangi dengan penurunan kalori maka akan mengakibatkan keseimbangan kalori positif (kelebihan kalori) sehingga akan meningkatkan resiko terjadinya serangan beberapa penyakit degeneratif (Wirakusumah, 2002:121).

Latihan fisik yang teratur akan dapat meningkatkan daya tahan terhadap penyakit dan menghilangkan perasaan depresi dan kecemasan (Swarth, 2004:26). Salah satu faktor yang dapat digunakan untuk menjaga kesehatan dan kebugaran lansia adalah dengan berolahraga (Kurnianto, 2015:20-21). Sebaiknya olahraga dilakukan dengan seimbang, baik dari lamanya berolahraga, intensitas akan semakin meningkat seiring dengan semakin meningkatnya kekuatan tubuh, sedangkan lama dan seringnya berolahraga sebaiknya dijaga selalu konstan ketika tingkat yang baik sudah tercapai (Fatmah, 2010:175).

Aktivitas fisik yang rendah dapat menyebabkan kematian lebih awal (*pre mature*). Hal ini disebutkan dalam publikasi *Journal American Medical Association* yang menunjukkan bahwa seseorang yang mempunyai aktivitas fisik rendah memiliki resiko yang lebih tinggi menghadapi kematian lebih awal. Latihan fisik yang rendah memiliki hubungan dengan penyakit jantung, kolesterol, *diabetes mellitus*, *osteoporosis*, artritis dan kanker (Wirakusumah, 2002:121).

Metode yang sering digunakan untuk mengukur aktivitas fisik seseorang dalam suatu penelitian instrumen adalah *recall* dan pemberian kuesioner. Metode tersebut sering digunakan karena murah dan lebih cepat. Namun, dalam metode tersebut dapat terjadi bias data karena kadang seseorang cenderung melebihkan tingkat aktivitas fisiknya (Borodulin, 2006:18). Menurut FAO/WHO/UNU (2001) besarnya aktivitas fisik yang dilakukan seseorang dalam 24 jam dinyatakan dalam *Physical Activity Level*

(PAL) atau tingkat aktivitas fisik. PAL dapat ditentukan dengan rumus sebagai berikut:

$$PAL = \frac{\sum (\text{Lama melakukan aktivitas} \times \text{Physical Activity Ratio})}{24 \text{ jam}}$$

Tabel 2.1 Kategori Aktivitas Fisik berdasarkan nilai *Physical Activity Level* (PAL)

Kategori Aktivitas Fisik	Nilai PAL
Ringan (<i>sedentary lifestyle</i>)	1.40 – 1.69
Sedang (<i>active or moderately active lifestyle</i>)	1.70 – 1.99
Berat (<i>virgous or virgous active lifestyle</i>)	2.00 – 2.40

Sumber : FAO/WHO/UNU (2001:38)

2.2.1 Manfaat Aktivitas Fisik Lansia

Pada kelompok lansia diharapkan untuk tetap aktif. Artinya diharapkan lansia hidup sederhana, santai, aktif dalam berorganisasi, aktif dalam kegiatan sosial, berkarya, selalu mengembangkan hobi dan berolahraga, dalam melaksanakan aktivitas harus disesuaikan dengan kemampuan, serta bergerak secara teratur atau kontinu karena bila otot tidak digerakkan akan terjadi kehilangan kekuatan 10-15% (Nahariani *et al.*, 2013:37).

Olahraga merupakan aktivitas yang baik bagi lansia dimana olahraga adalah sebuah aktivitas manusia yang bertujuan untuk mencapai kesejahteraan jasmani dan rohani (Fatmah, 2010:170). Olahraga lebih murah biayanya bila dibandingkan dengan biaya pengobatan lansia. Lanjut usia sering dikaitkan dengan usia yang sudah tidak produktif, bahkan diasumsikan menjadi beban bagi yang berusia produktif. Hal ini terjadi karena pada lansia secara fisiologis terjadi kemunduran fungsi-fungsi dalam tubuh yang menyebabkan lansia rentan terkena gangguan kesehatan. Namun demikian, masih banyak lansia yang kurang aktif secara fisik. Beberapa hal yang diduga menjadi penyebabnya adalah kurangnya pengetahuan tentang manfaat aktivitas fisik, seberapa banyak dan apa jenis aktivitas fisik yang harus dilakukan, terlalu sibuk sehingga tidak mempunyai waktu untuk melakukan olahraga, serta kurangnya dukungan dari lingkungan sosial (Kurnianto, 2015:20).

Lansia yang mempunyai aktivitas fisik rendah mempunyai risiko terhadap kematian prematur dua kali lebih tinggi dibanding orang yang mempunyai tingkat aktivitas fisik lebih tinggi. Aktivitas fisik yang ringan seperti berjalan kaki 30-60 menit setiap hari sudah cukup untuk meningkatkan kesehatan (Wirakusumah, 2002:121). Menurut penelitian yang dilakukan Kurnianto (2015:28-29), olahraga dikatakan juga dapat menurunkan risiko penyakit diabetes melitus, hipertensi, dan penyakit jantung. Secara umum dikatakan bahwa olahraga pada lansia dapat menunjang kesehatan, yaitu dengan meningkatkan nafsu makan, membuat kualitas tidur lebih baik, dan mengurangi kebutuhan terhadap obat-obatan. Selain itu, olahraga atau aktivitas fisik bermanfaat secara fisiologis, psikologis, maupun sosial.

2.2.2 Faktor yang Berhubungan dengan Aktivitas Fisik Lansia

Salah satu upaya dalam meningkatkan kesejahteraan lansia adalah dengan mendorong lansia agar mau dan mampu melakukan aktivitas fisik. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Laelasari, *et al.*, (2015:10), terdapat hubungan antara faktor usia, fungsi psikologis, tingkat stres dengan aktifitas fisik lansia (p value = 0,004). Tetapi tidak terdapat hubungan antara fungsi kognitif dengan aktifitas fisik lansia (p value = 0,535).

Seseorang yang pada usia mudanya memiliki kebiasaan baik dalam menjaga kesehatan, misalnya mengkonsumsi makanan serta rutin berolahraga, dan banyak melakukan aktivitas fisik, maka pada masa tuanya tentu akan lebih baik dan bisa tetap produktif. Beraktivitas fisik yang baik dan teratur akan membantu keadaan tubuh tetap terjaga dengan baik, baik itu aktivitas yang bersifat aerobik maupun aktivitas yang anaerobik. Tetapi untuk usia lanjut aktivitas yang baik itu yang bersifat aerobik (Laelasari *et al.*, 2015:3-4).

Latihan fisik pada lansia perlu memperhitungkan kemampuan fisik, dengan pertimbangan seperti usia, jenis kelamin, kesehatan, psikologi, gaya hidup, dan lingkungan. Latihan fisik yang dilakukan juga perlu menghindari beban yang berlebihan, dengan memperhatikan kemampuan awal dan peningkatan proporsi latihan secara bertahap, teratur dan sistematis (harus

progresif, tetapi kenaikannya secara perlahan-lahan) supaya badan dapat melakukan penyesuaian dan akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup usia lanjut (Wirakusumah, 2002:125).

2.3 Kualitas Hidup Lansia

2.3.1 Definisi Kualitas Hidup Lansia

Menurut WHO, kualitas hidup adalah pandangan seseorang di dalam konsep budaya dan norma sesuai dengan tempat tinggal seseorang tersebut yang berhubungan dengan tujuan, harapan, standar, dan kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup juga merupakan sebuah konsep multidimensional luas yang di dalamnya ada domain fungsi setiap hari dan pengalaman subyektif, seperti fungsi fisik, sensasi somatik, pemahaman terhadap kesehatan, fungsi sosial dan peran, serta kesejahteraan subyektif. Aspek sosial dan lingkungan yang berhubungan dengan tempat tinggal lansia merupakan hal yang mempengaruhi kualitas hidup lansia tersebut. Dewasa ini banyak anak yang menitipkan orang tuanya di panti sosial lansia sehingga hal tersebut juga menjadi faktor dalam kualitas hidup lansia.

2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan dan status menikah (Hong *et al*, 2015:10). Hasil penelitian dari Utami *et al* (2014), menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara umur dan status pernikahan dengan kualitas hidup. Mayoritas responden yang mempunyai pasangan memiliki kualitas hidup yang tinggi. Hal tersebut disebabkan karena responden mendapatkan dukungan dari pasangannya.

Perbedaan tempat tinggal pada lansia juga dapat menyebabkan munculnya perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologi dan spiritual religius lansia yang dapat berpengaruh terhadap status kesehatan penduduk lansia yang tinggal di dalamnya (Ekawati, 2014).

Sedangkan menurut Surbakti (2013), menjelaskan bahwa kualitas hidup lanjut usia seseorang dipengaruhi oleh faktor - faktor dibawah ini, yaitu:

- a. Hubungan sosial yang baik dengan keluarga, teman dan tetangga
- b. Standar harapan dalam hidup
- c. Keterlibatan dalam kegiatan sosial dan kegiatan amal
- d. Kegiatan hobi dan kesukaan
- e. Kesehatan yang baik dan kemampuan fungsional
- f. Rumah dan lingkungan yang baik serta perasaan aman
- g. Kepercayaan atau nilai diri positif
- h. Kesejahteraan psikologis dan emosional
- i. Pendapatan yang cukup
- j. Akses yang mudah dalam transportasi dan pelayanan sosial
- k. Perasaan dihargai dan dihormati oleh orang lain

2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup Pada Lansia

Meningkatnya gangguan penyakit pada lansia dapat menyebabkan perubahan pada kualitas hidup mereka. Kualitas hidup seseorang merupakan fenomena yang multidimensional. Betapa pentingnya berbagai dimensi tersebut tanpa melakukan evaluasi sulit menentukan dimensi mana yang penting dari kualitas hidup seseorang. Seseorang sering kali berpendapat semua aspek dari kualitas hidup sama pentingnya (Yuliati, 2013).

Kualitas hidup dapat diukur menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Suatu instrumen pengukuran kualitas hidup yang baik harus memiliki konsep, cakupan, validitas, reliabilitas, dan sensitivitas yang baik pula. Salah satu alat ukur yang memenuhi syarat tersebut adalah WHOQOL-BREF. Alat ukur kualitas hidup WHOQOL-BREF merupakan hasil pengembangan dari WHOQOL. Alat ukur ini mempunyai item pertanyaan yang lebih sedikit dibandingkan dengan WHOQOL, yaitu sebanyak 26 item. Menurut Sekarwiri (2008) dalam Yuliati (2013) alat ukur ini hanya memiliki empat buah dimensi yaitu :

- a. Domain kesehatan fisik : penilaian individu terhadap keadaan fisiknya seperti rasa sakit, rasa tidak nyaman, kegiatan sehari-hari, dan kemampuan melakukan pekerjaan.
- b. Domain psikologis : penilaian individu terhadap dirinya sendiri secara psikologis seperti proses berfikir, gangguan perasaan, dan muncul stress.
- c. Domain hubungan sosial : penilaian individu terhadap hubungannya dengan orang lain seperti hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.
- d. Domain lingkungan : penilaian individu terhadap lingkungan tempat tinggal dan sarana prasarana yang dimilikinya seperti keamanan, lingkungan rumah, kesehatan dan kepedulian sosial.

WHOQOL-BREF terdiri dari 26 pertanyaan yang mencakup empat domain dan terbukti dapat digunakan untuk mengatur kualitas hidup seseorang. Dari masing-masing domain tersebut terkandung beberapa pertanyaan untuk setiap domain yakni, kesehatan fisik (*physical health*) terdiri dari 7 pertanyaan, psikologik (*psychological*) 6 pertanyaan, hubungan sosial (*social relationship*) 3 pertanyaan dan lingkungan (*enviroment*) 8 pertanyaan (WHO, 1996:7).

2.4 Lanjut Usia

2.4.1 Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas (Permenkes RI No 25 Tahun 2016). Menurut Istiany dan Rusilanti (2014:199-201), pada lansia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan, sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi. WHO membagi usia tua sebagai berikut :

- a. Usia 60-74 tahun disebut lansia (*elderly*);
- b. Usia 75-90 tahun disebut usia tua (*old*);
- c. Usia di atas 90 tahun disebut usia sangat tua (*very old*).

Patokan usia lebih spesifik dikelompokkan menjadi :

a. Usia Biologis

Usia biologis adalah posisi seseorang dibandingkan dengan angka harapan hidup yang ada. Mereka yang masih memiliki kemampuan sistem organ utama tubuh yang masih berada di atas kondisi rata-rata adalah individu dengan usia biologis terbaik.

b. Usia Psikologis

Usia psikologis merupakan usia yang menunjukkan bagaimana kondisi seseorang berfungsi dalam merespons kebutuhan atau tuntutan lingkungan.

c. Usia Sosial

Usia sosial seseorang ditentukan dengan menilai posisi seseorang di dalam kehidupan dibandingkan dengan berbagai posisi rata-rata yang dapat dicapai seseorang. Posisi ini ditentukan oleh norma dan budaya. Dalam memberikan penilaian dapat dilihat dari cara berpakaian, pola bicara, dan yang lebih menonjol biasanya dalam peranan kepemimpinan.

d. Proses Penuaan

Menua (menjadi tua/*aging*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki atau mengganti diri, serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap *lesion*/luka (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Hal tersebut menyebabkan kehilangan daya tahan terhadap infeksi dan makin banyaknya penumpukan distorsi metabolik dan struktural yang disebut sebagai penyakit degeneratif.

2.4.2 Perubahan Pada Lansia

a. Perubahan Fisiologis Pada Lansia

Perubahan-perubahan secara fisik maupun mental banyak terjadi saat seseorang memasuki usia senja, seperti timbulnya uban, penglihatan berkurang, tanggalnya gigi, pikun, depresi atau merasa dikucilkan (Wirakusumah, 2002:23). Perubahan fisiologis yang berhubungan dengan

aspek gizi pada lansia menurut Krause dan Kathleen (1984, dalam Istiany dan Rusilanti, 2014:202) adalah sebagai berikut :

- 1) Semakin berkurangnya indra penciuman dan perasa sehingga umumnya kurang dapat menikmati makanan yang lebih baik
- 2) Perubahan yang banyak terjadi pada fisiologis *gastrointestinal* yang memengaruhi *bioavailabilitas* adalah *atrophy gastritis*.
- 3) Berkurangnya sekresi saliva yang dapat menimbulkan kesulitan dalam menelan dan dapat mempercepat terjadinya proses kerusakan pada gigi.
- 4) Separuh lansia telah banyak kehilangan gigi. Hal itu mengakibatkan terganggunya kemampuan dalam mengkonsumsi makanan dengan tekstur keras, sedangkan makanan yang memiliki tekstur lunak biasanya kurang mengandung vitamin C, vitamin A, dan serat sehingga menyebabkan mudah mengalami konstipasi.
- 5) Menurunnya sekresi HCl. HCl merupakan faktor ekstrinsik yang membantu penyerapan vitamin B12 dan Kalsium, serta utilisasi protein. Kekurangan HCl dapat menyebabkan lansia mudah terkena *osteoporosis*. Selain itu, menurunnya HCl dapat mengakibatkan terjadinya defisiensi zat besi yang menyebabkan anemia, sehingga oksigen tidak dapat diangkut dengan baik.
- 6) Menurunnya sekresi pepsin dan enzim proteolitik yang mengakibatkan pencernaan protein tidak efisien.
- 7) Terjadinya sekresi garam empedu, sehingga mengganggu proses penyerapan lemak A, D, E, dan K.
- 8) Terjadinya penurunan moralitas usus, sehingga memperpanjang *transit time* dalam saluran *gastrointestinal* yang mengakibatkan pembesaran perut atau konstipasi.

Perubahan – perubahan lain yang juga terjadi pada proses penuaan lansia menurut Istiany dan Rusilanti (2014:202) antara lain :

- 1) Berkurangnya cairan di dalam jaringan.
- 2) Meningkatnya kadar lemak di dalam tubuh.

- 3) Meningkatnya kadar zat kapur dalam jaringan otak dan pembuluh darah, tetapi mengalami penurunan dalam tulang.
- 4) Terjadinya perubahan dalam jaringan ikat.
- 5) Menurunnya laju metabolisme basal per-satuan berat badan.
- 6) Terbentuknya pigmen ketuaan pada otot jantung, sel-sel saraf, kulit dan sebagainya.

b. Perubahan Psikologis Pada Lansia

Menurut Istiany dan Rusilanti (2014:205) secara psikologis pada lansia juga terjadi ketidakmampuan untuk mengadakan penyesuaian terhadap situasi yang dihadapinya, antara lain sindrom lepas jabatan yang mengaibatkan sedih yang berkepanjangan, depresi karena tinggal sendiri atau isolasi diri, dan sebagainya. Beberapa perubahan psikologis yang dialami pada lansia diantaranya adalah sebagai berikut :

- 1) Depresi hampir dialami oleh 12-14% populasi lansia. Perubahan lingkungan sosial kondisi yang terisolasi, kesediaan, berkurangnya aktivitas menjadikan lansia mengalami rasa frustrasi dan berkurangsemangat (depresi dan kondisi mental). Akibatnya selera makan terganggu, dan pada akhirnya dapat mengakibatkan terjadinya penurunan berat badan. Dengan demikian kondisi mental yang tidak sehat secara tidak langsung dapat meniru terjadinya status gizi buruk.
- 2) Berkurangnya, penampilan, persepsi dan keterampilan psikomotor, dan terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan-tekanan dari faktor waktu.
- 3) Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitas dan identitas yang dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun (purna tugas), ia akan mengalami kehilangan – kehilangan antara lain sebagai berikut :
 - a) Kehilangan finansial (*income* berkurang).
 - b) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya).
 - c) Kehilangan teman/kenalan atau relasi.

- d) Kehilangan pekerjaan/kegiatan.
- 4) Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*).
- 5) Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
- 6) Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*).
- 7) Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
- 8) Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- 9) Gangguan saraf dan panca indra, timbul kebutaan dan ketulian.
- 10) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
- 11) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga.
- 12) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri).
- 13) Perkembangan Spiritual :
 - a) Agama atau kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan (Maslow, 1970 dalam Istiany dan Rusilanti, 2014:206)
 - b) Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berpikir dan bertindak dalam sehari-hari (Muray dan Zentner, 1970 dalam Istiany dan Rusilanti, 2014:206)
 - c) Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut Folwer (1978 dalam Istiany dan Rusilanti, 2014:206), *universalizing*, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai keadilan.

2.4.3 Gangguan Fungsi Kognitif Lansia dan MMSE (*Mini Mental State Examination*)

Salah satu gangguan kesehatan yang dapat muncul pada lansia adalah gangguan mental. Gangguan mental yang sering muncul pada masa ini adalah depresi dan gangguan fungsi kognitif. Sejumlah faktor resiko psikososial juga mengakibatkan lansia pada gangguan fungsi kognitif. Faktor resiko tersebut

adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya ekonomi, kematian teman atau sanak saudaranya, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi karena hilangnya interaksi sosial dan penurunan fungsi kognitif. Lansia yang mengalami kesulitan dalam mengingat atau kurangnya pengetahuan penting dilakukan pengkajian fungsi kognitif dengan tujuan dapat memberikan informasi tentang fungsi kognitif lansia. Pengkajian fungsi kognitif pada lansia berfungsi untuk membantu mengidentifikasi lansia yang berisiko mengalami penurunan fungsi kognitif. Kemunduran dan kelemahan yang biasanya diderita oleh lansia adalah *intellectual impairment (dementia)* (Maryam *et al*, 2015:46). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maryam *et al* (2015), usia \geq 65 tahun mempunyai peluang 2,520 kali untuk demensia dibandingkan dengan usia 60-64 tahun dan lansia perempuan mempunyai peluang 1,158 kali untuk demensia dibandingkan dengan lansia laki-laki.

Dewasa ini telah dikembangkan berbagai instrumen praktis pemeriksaan neuropsikologi untuk penapisan (*screening*) terhadap kasus-kasus demensia serta untuk pemantauan perbaikan fungsi kognitif pada penderita demensia. Pemeriksaan neuropsikologi pada demensia diperlukan untuk mendapatkan data dan mengolahnya, dan kemudian dilakukan analisis sehingga dapat untuk memperkuat diagnosis (Setyopranoto, 2002:7). Terdapat beberapa macam pemeriksaan neuropsikologi pada tingkat sekunder atau tersier untuk menilai fungsi kognitif meliputi *Clock Drawing Test (CDT)*, *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* dan *Mini Mental State Examination (MMSE)* (Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia, 2015:27). MMSE telah direkomendasikan karena penerimaan dan penggunaannya yang luas (Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia, 2015:21).

Mini Mental Stase Examination (MMSE) terdiri dari dua bagian yaitu bagian pertama hanya membutuhkan respon-respon verbal saja dan hanya mengkaji orientasi, ingatan serta perhatian. Bagian kedua adalah memeriksa kemampuan untuk menuliskan suatu kalimat, menamai objek, mengikuti perintah verbal dan tertulis, serta menyalin suatu desain poligon yang kompleks. Nilai maksimum untuk pemeriksaan MMSE adalah 30. Tes ini

mudah dikerjakan, membutuhkan waktu yang relatif singkat yaitu antara lima sampai sepuluh menit. Pasien dinilai secara kuantitatif pada fungsi-fungsi tersebut dengan nilai sempurna adalah 30 (Setyopranoto, 2002:5).

Tabel 2.2 Derajat Gangguan Kognisi berdasarkan MMSE

Derajat	Nilai MMSE
Normal	24-60
<i>Probable</i> gangguan kognitif	17-23
<i>Definite</i> gangguan kognitif	0-16

Sumber : Kolegium Psikiatri Indonesia(2008)

2.5 Pelayanan Sosial Bagi Lansia

Pelayanan sosial dapat diartikan sebagai pengadaan fasilitas umum yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan individu, kelompok, dan masyarakat yang mengalami kesulitan. Dalam arti luas, pelayanan sosial dapat diartikan sebagai pelayanan yang mencakup fungsi pengembangan, termasuk pelayanan kesejahteraan sosial dalam pendidikan, kesehatan, perumahan, dan sebagainya. Sedangkan dalam arti sempit pelayanan sosial adalah pelayanan yang ditujukan kepada individu, kelompok, dan masyarakat supaya tercipta suasana dan kondisi sosial yang dinamis didalam kehidupannya yang diliputi oleh rasa keselamatan, kesusilaan dan ketentraman lahir batin serta terhindar dari kesulitan-kesulitan atau rintangan hidup, artinya bahwa setiap orang mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan sosial yang dilaksanakan melalui bantuan yang memungkinkan mereka untk menjangkau setiap bentuk pelayanan (Demartoto, 2007:35).

Sedangkan menurut Permensos (2012), pelayanan sosial lanjut usia adalah upaya yang ditujukan untuk membantu lanjut usia dalam memulihkan dan mengembangkan fungsi sosialnya. Menurut Peraturan Daerah Propinsi Jawa Timur Nomor 5 Tahun 2007 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, pelayanan sosial lansia dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Pelayanan Harian Lansia (Day Care Services) adalah suatu model pelayanan sosial yang disediakan bagi Lansia, bersifat sementara, dilaksanakan pada siang hari di dalam atau di luar panti dalam waktu

- maksimal 8 jam, dan tidak menginap, yang dikelola oleh pemerintah atau masyarakat secara profesional.
- b. Pelayanan Sosial di Keluarga Sendiri (*Home Care Services*) adalah bentuk pelayanan sosial bagi Lansia yang dilakukan di rumah atau di dalam keluarga sendiri.
 - c. Pelayanan Sosial melalui Keluarga Pengganti (*Foster Care Services*) adalah bentuk pelayanan sosial bagi Lansia di luar keluarga sendiri dan diluar lembaga dalam arti lansia tinggal bersama keluarga lain atau pengganti karena keluarganya tidak dapat memberikan pelayanan yang dibutuhkannya atau dia berada dalam kondisi terlantar.

2.5.1 Lanjut Usia Melalui Perawatan di Rumah (*Home Care*)

Dengan keterbatasan jumlah pelayanan sosial untuk lansia seperti Panti Sosial Tresna Werdha, sehingga masih sangat sedikit target layanan terhadap lanjut usia yang memperoleh pelayanan. Pelayanan lanjut usia makin dikembangkan dengan berbagai alternatif model lainnya antara lain model pendampingan dan perawatan lanjut usia di rumah (*home care*). *Home Care* adalah bentuk pelayanan pendampingan dan perawatan lanjut usia di rumah sebagai wujud perhatian terhadap lanjut usia dengan mengutamakan peran masyarakat berbasis keluarga (Kemensos RI, 2014:107). Ciri utama model pelayanan pola home care adalah pemegang peran utama dalam perawatan dan pendampingan di rumah dilakukan oleh anggota keluarga itu sendiri (Kemensos RI, 2014:103).

Dengan diadakannya pelayanan lanjut usia di rumah (*home care*) sangat membantu lanjut usia yang mempunyai hambatan fisik, mental dan sosial, termasuk memberikan dukungan dan pelayanan untuk hidup mandiri, sehingga mengurangi beban pendamping, baik dari anggota keluarga, teman, kerabat maupun tetangga yang membantu memenuhi kebutuhannya. *Home care* bagi lansia diperlukan karena keluarga yang seharusnya merupakan pranata sosial pertama dan utama dalam mewujudkan lanjut usia sejahtera, tidak dapat melaksanakan fungsinya untuk memberikan perlindungan dan

pelayanan kepada lanjut usia. Dalam hal tidak adanya anggota keluarga yang dapat menjalankan fungsi pendampingan, maka dapat melibatkan anggota masyarakat yang tempat tinggalnya sama dengan lingkungan lanjut usia yang memerlukan pendampingan ataupun perawatan di rumah (Kemensos RI, 2014:107).

2.5.2 UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember

UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember terletak pada ± 7 km dari arah utara Puger dan ± 35 km dari kantor Kabupaten Jember. Lokasi UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember termasuk dalam wilayah Desa Kasiyan Kecamatan Puger Kabupaten Jember. Walaupun lokasi panti ini terletak cukup jauh dari pusat Kota Jember, tetapi untuk sampai ke lokasi ini tidaklah sulit. Dikarenakan lokasinya terletak di tepi jalan raya Kasiyan dan mudah untuk dijangkau.

Lokasi UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember berada di Jalan Moch. Seruji No. 06 Kasiyan Kecamatan Puger Kabupaten Jember, menempati tanah seluas 20.165 m² terbagi atas luas bangunan 12.150 m² dan luas tanah 20.165 m².

UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember memiliki visi dan misi yang telah disusun, visi dan misi tersebut antara lain:

a. Visi:

Terwujudnya peningkatan kesejahteraan sosial bagi lanjut usia yang bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa melalui bersama Pemerintah dan masyarakat.

b. Misi:

- 1) Melaksanakan tugas pelayanan dan rehabilitasi bagi lanjut usia dalam upaya memenuhi kebutuhan jasmani dan rokhani sehingga mereka dapat menikmati hari tua yang diliputi kebahagiaan dan ketemtraman lahir batin.
- 2) Mengembangkan sumber potensi bagi lanjut usia potensial sehingga sehingga dapat mandiri dan dapat menjalankan fungsi sosialnya secara wajar.

- 3) Peningkatan peran serta masyarakat dalam penanganan lanjut usia terlantar.

Untuk pelaksanaan kegiatan yang dilakukan oleh UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember meliputi :

a. Prinsip Pelayanan

- 1) Memberikan pelayanan yang menjunjung tinggi harkat dan martabat lanjut usia.
- 2) Melaksanakan dan mewujudkan hak azasi manusia.
- 3) Pelayanan didasarkan pada kebutuhan yang sesungguhnya.
- 4) Mengupayakan kehidupan lanjut usia lebih bermakna bagi diri, keluarga dan masyarakat.
- 5) Menjamin terlaksananya pelayanan bagi lanjut usia yang disesuaikan dengan perkembangan pelayanan lanjut usia secara terus menerus serta meningkatkan kemitraan dengan berbagai pihak.
- 6) Mengupayakan lanjut usia memperoleh kemudahan dalam penggunaan sarana dan prasarana dalam kehidupan keluarga, serta perlindungan sosial hukum.
- 7) Menciptakan suasana kehidupan yang bersifat kekeluargaan.

b. Tujuan

- 1) Para lanjut usia dapat menikmati hari tuanya dengan aman, tentram dan sejahtera.
- 2) Terpenuhinya kebutuhan lanjut usia baik jasmani maupun rohani.
- 3) Terciptanya jaringan kerja pelayanan lanjut usia.
- 4) Terwujudnya kualitas pelayanan.

c. Proses Pelayanan

- 1) Pendekatan Awal meliputi kegiatan :
 - a) Orientasi dan Konsultasi
 - b) Sosialisasi
 - c) Identifikasi
 - d) Motivasi dan Seleksi
- 2) Kegiatan Penerimaan meliputi :

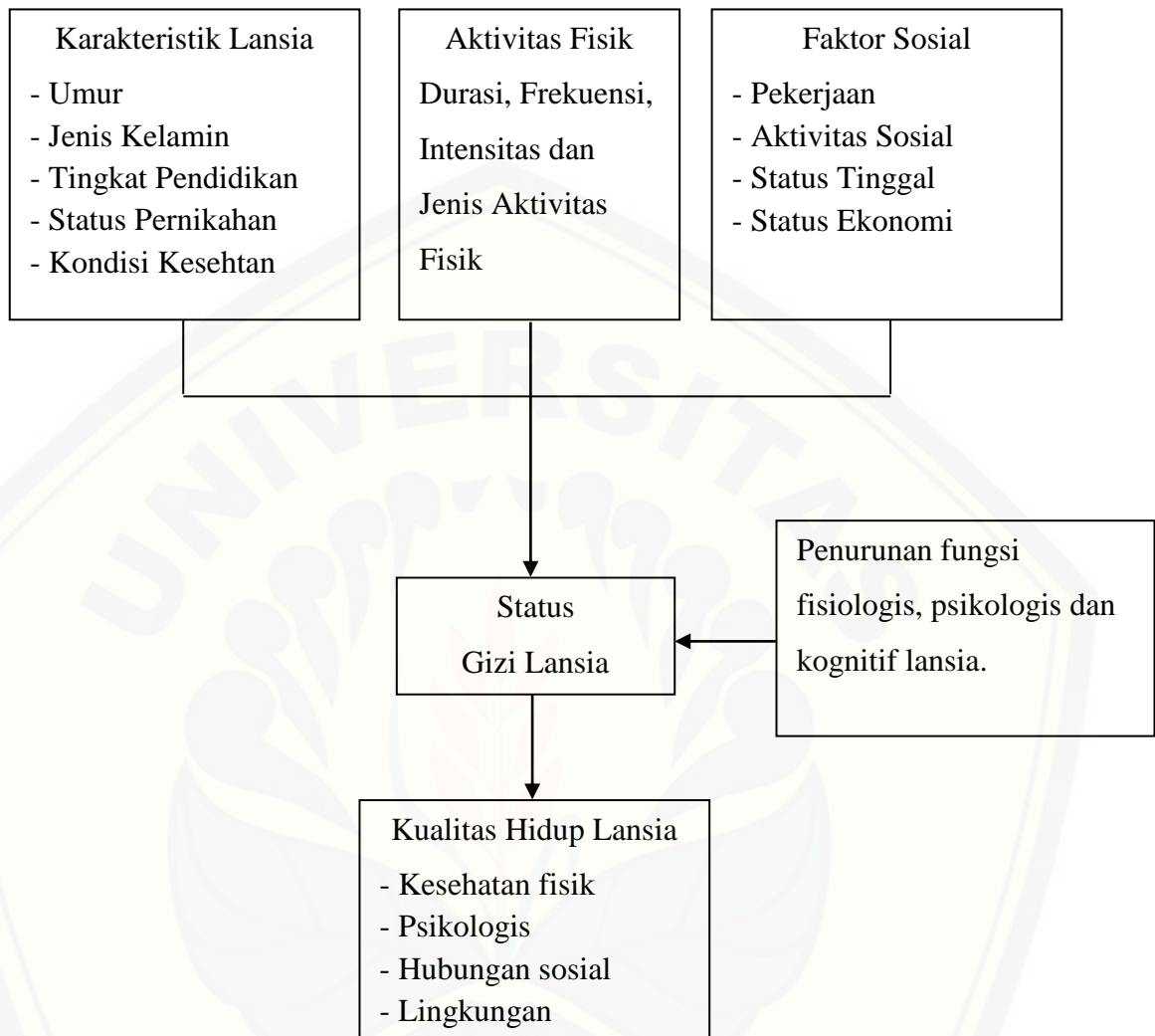
- a) Pemanggilan
- b) Penerimaan meliputi
 - (1) Pendaftaran
 - (2) Bimbingan Orientasi
 - (3) Pemahaman Masalah (Assesment)
- 3) Merencanakan Program Pelayanan
Yaitu untuk menetapkan jenis pelayanan yang dibutuhkan klien
- 4) Memberikan Bimbingan, meliputi:
 - a) Bimbingan Fisik dan Kesehatan
Senam pagi, kerja Bhakti Bersama serta Pemeriksaan kesehatan klien secara rutin dan Berkala.
 - b) Bimbingan Mental dan Psikososial
Mendatangkan Ustadz untuk pembinaan mental Agama secara rutin dan berkala, yaitu 1 (satu) minggu sekali ceramah agama dan setiap habis sholat Maghrib dilakukan pembinaan sholat.
 - c) Bimbingan Sosial
Secara rutin Memberikan pembinaan sosial bagi klien oleh Pekerja Sosial / Petugas secara perorangan maupun kelompok.
 - d) Bimbingan Ketrampilan
 - 1) Pertanian
 - 2) Kerajinan membat keranjang ikan, keset kain perca, membuat tasbih
 - 3) Membuat kemucing
- d. Pembinaan Lanjut dan Terminasi meliputi:
 - 1) Resosialisasi
Mempersiapkan klien bila ingin kembali kekeluarga untuk hidup bermasyarakat secara normatif.
 - 2) Pembinaan Lanjut
Pembinaan lanjutan ke daerah asal klien setelah klien menetap di keluarga.
 - 3) Terminasi

Pemutusan pelayanan kepada klien dikarenakan :

- a. Klien telah kembali hidup ditengah keluarga.
- b. Klien meninggal dunia.



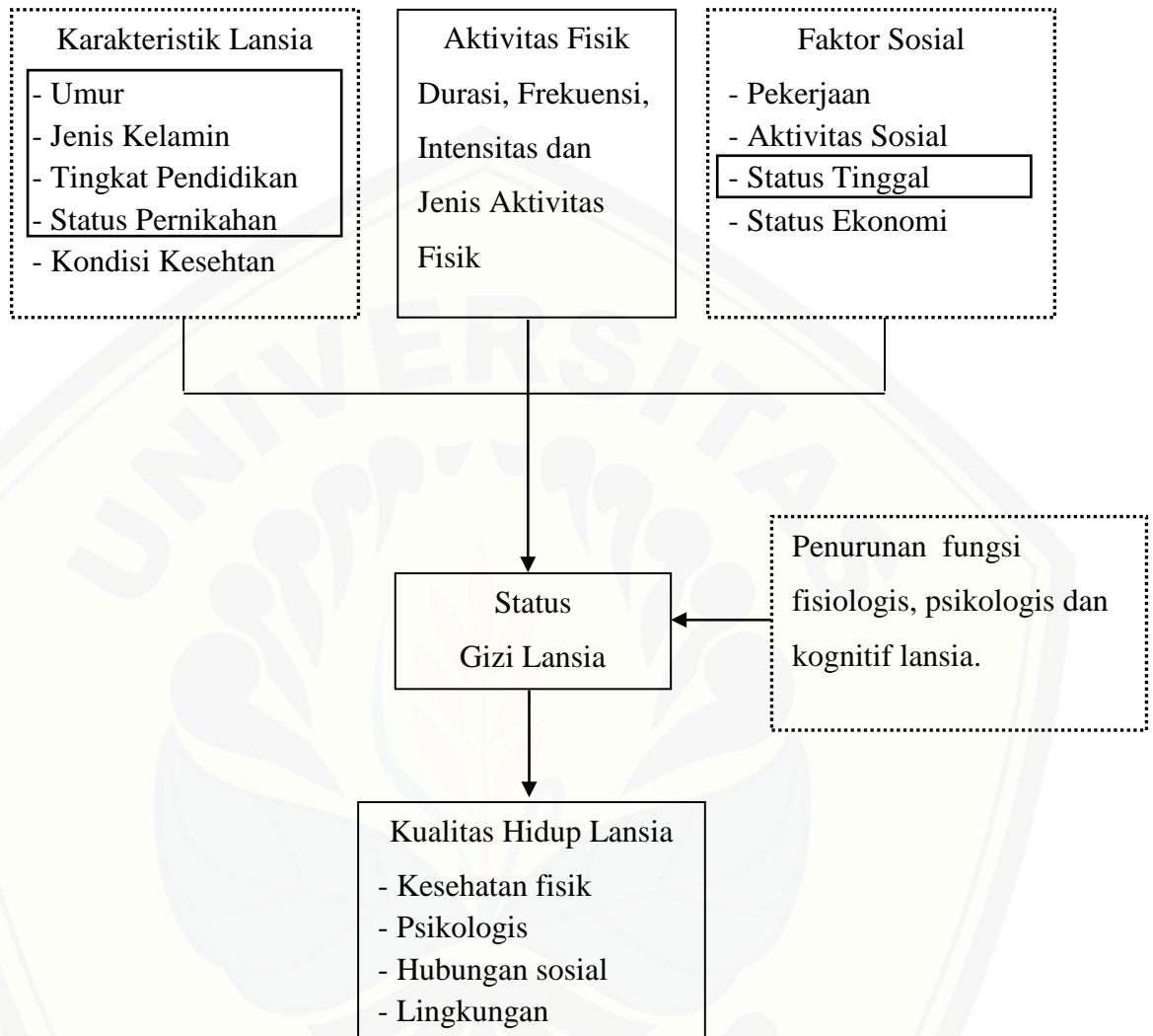
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi dari WHOQOL-BREF dalam WHOQOL (1996), Fatmah (2010), Simanjuntak (2010), dan Supariasa (2012)

2.7 Kerangka Konseptual



Keterangan :

- : diteliti
 : tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Proses menua (*aging*) ditandai dengan penurunan fungsi fisiologis dan psikologis pada lansia. Perubahan ini dapat menyebabkan penurunan asupan makanan yang berakibat pada penurunan status gizi. Penurunan fungsi fisiologis pada lansia yang memiliki kaitan yang erat dengan penurunan status gizi adalah menurunnya kemampuan mengunyah makanan dan berkurangnya sekresi enzim pencernaan. Status gizi lansia juga dipengaruhi oleh karakteristik lansia yang meliputi umur, jenis kelamin, status pernikahan, pengetahuan gizi dan kondisi kesehatan. Terdapat hubungan yang bermakna antara umur, jenis kelamin dan status perkawinan dengan status gizi pada lansia.

Seiring dengan penurunan fungsi fisiologis pada lansia, maka tingkat aktivitas fisik juga akan semakin menurun. Hal ini mempengaruhi aktivitas fisik lansia seperti berdiri, melakukan pekerjaan rumah, olahraga, dan sebagainya. Tingkat kemandirian dalam melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi lansia, baik ketergantungan dalam makan (menyuap makanan dan mempersiapkan makanan) maupun ketergantungan dalam mobilitas. Ketergantungan pada lansia baik itu keluarga maupun petugas perawatan merupakan salah satu faktor resiko gangguan gizi pada lansia.

Beragam jenis pelayanan sosial dan perawatan para lanjut usia, baik dalam panti maupun di luar panti dapat memberikan pengaruh yang berbeda terhadap kesehatan dan fungsi kognitif mereka. Pada salah satu penelitian menyebutkan, terdapat perbedaan kualitas hidup antara lansia yang tinggal di rumah dan yang tinggal di pelayanan sosial menurut domain fisik, psikologis, dan sosial, tetapi untuk domain lingkungan sama. Begitupun dengan kondisi status gizinya dimana terdapat perbedaan, pada lansia yang tinggal di pelayanan sosial lebih baik status gizinya daripada lansia yang tinggal di rumah. Karena adanya perbedaan status gizi, maka dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Jika status gizi lansia semakin normal maka kualitas hidupnya akan semakin baik pula. Kualitas hidup lansia yang baik memiliki kebiasaan mengatur pola makan dan gaya hidup yang sehat, begitupun

sebaliknya. Karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, maka keluarga memiliki peran penting dalam perawatan lanjut usia untuk meningkatkan kualitas hidup dan status gizinya. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap perbedaan status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.

2.8 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini adalah :

- a. Terdapat perbedaan status gizi lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dan lansia yang tinggal bersama keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo.
- b. Terdapat perbedaan aktivitas fisik lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dan lansia yang tinggal bersama keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo.
- c. Terdapat perbedaan kualitas hidup lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dan lansia yang tinggal bersama keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu analitik observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* di mana data yang menyangkut variabel bebas, terikat dan antara diambil dalam waktu yang bersamaan dengan tujuan untuk mencari hubungan antara dua variabel, yaitu variabel dependen dan independen (Notoatmodjo, 2012:37-38). Penelitian ini bersifat analitik karena peneliti melakukan proses analisis terhadap data yang dikumpulkan, karena itu pada penelitian analitik perlu dibuat hipotesis (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:108). Subjek penelitian tidak harus diperiksa pada hari atau pada saat yang sama, tetapi variabel resiko dan efek dinilai satu kali, yakni pada saat observasi dilakukan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan Panti Sosial Tresna Werdha di Kabupaten Jember. Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia dan variabel bebas yaitu status tinggal lansia dan karakteristik lansia yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dan pada lansia yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo. Hal ini dikarenakan jumlah penyakit tidak menular pada lansia tertinggi di Kabupaten Jember terletak di Puskesmas Sukorejo yakni sebanyak 6.095 kasus, sehingga peneliti memilih wilayah kerja Puskesmas Sukorejo sebagai tempat penelitian.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penyusunan skripsi ini dimulai dari penyusunan proposal sejak bulan Mei 2019. Seminar proposal skripsi dilakukan pada bulan Oktober 2019. Kegiatan penelitian dilakukan pada bulan Januari - Maret 2020.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi juga disebut sekelompok individu atau objek yang memiliki karakteristik sama (Notoatmodjo, 2012:86-87). Populasi dalam penelitian ini terdiri dari lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha dan lansia yang bertempat tinggal wilayah kerja Puskesmas Sukorejo.

Kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti dalam populasi lansia baik yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha dan lansia yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo, diantaranya sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012:130). Kriteria inklusi pada penelitian ini terbagi menjadi dua, yaitu :

- 1) Kriteria inklusi pada lansia yang tinggal dirumah sebagai berikut:
 - a) Lansia yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo.
 - b) Lansia yang tinggal bersama keluarga.
 - c) Lansia yang berusia ≥ 60 tahun ke atas.
 - d) Bersedia menjadi responden.
- 2) Kriteria inklusi pada lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember sebagai berikut:
 - a) Lansia yang bertempat di wisma Teratai, Cempaka, Sakura, Seroja, Seruni, dan Dahlia.
 - b) Lansia yang berusia ≥ 60 tahun ke atas.
 - c) Bersedia menjadi responden.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012:187). Kriteria eksklusi pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha adalah sebagai berikut:

- 1) Lansia yang menderita cacat fisik (difabel) dan gangguan mental.
- 2) Lansia yang mengalami penurunan daya ingat/demensia (dengan kuesioner MMSE/*Mini-Mental State Examination*).
- 3) Bagi yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember, khusus untuk lansia yang ada di wisma Mawar, Melati, dan Sedap Malam.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2015:81). Sehingga dapat digunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling atau disebut juga sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap dapat mewakili populasi. Sampel adalah yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Dalam penelitian ini, terdapat dua sampel yakni kelompok lansia yang tinggal bersama keluarga dan tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha.

Untuk menghitung besar sampel masing-masing yang akan digunakan dalam penelitian digunakan rumus Sastroasmoro dan Ismael (2014:336) :

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1Q_1)^2}$$

Keterangan :

n_1 : besar sampel pada kelompok lansia yang tinggal bersama keluarga

n_2 : besar sampel pada kelompok lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember

P_1 : proporsi status gizi yang baik berdasarkan penelitian terdahulu oleh Lailiyah (2018) sebesar 41,7%

P_2 : proporsi status gizi yang diharapkan peneliti sebesar 51,7%

- Q : 1-P
 P : $\frac{1}{2} (P_1+P_2)$
 α : tingkat kemaknaan sebesar 0,05
 Z_α : nilai Z pada derajat kemaknaan (95% = 1,960)
 Z_β : power penelitian diterapkan 80% = 0,842

Dari rumus di atas, dapat dihitung jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini yaitu sebesar :

$$\begin{aligned}
 n_1 = n_2 &= \frac{(1,960 \sqrt{2(0,417 \times 0,583)} + 0,842 \sqrt{0,417 \times 0,583 + 0,517 \times 0,483})^2}{(0,417 \times 0,583)^2} \\
 &= 76,832 \\
 &= 77
 \end{aligned}$$

Jadi besar sampel untuk masing-masing kelompok sampel adalah 77 responden. Untuk mengantisipasi terjadinya *drop out* pada responden yang terpilih, maka perlu dilakukan koreksi terhadap besar sampel dengan menambahkan sejumlah responden agar besar sampel tetap terpenuhi. Berikut merupakan penghitungan koreksi besar sampel terhadap kemungkinan *drop out* oleh rumus Satroasmoro dan Ismael (2014:381) :

$$n' = \frac{n}{(1-f)}$$

Keterangan :

- n : besar sampel yang dihitung
 f : perkiraan proporsi *drop out*, yaitu sebesar 10%

Dari rumus di atas dapat dihitung jumlah responden yang direncanakan untuk diteliti, yaitu sebesar :

$$\begin{aligned}
 n'_1 = n'_2 &= \frac{77}{(1-0,1)} \\
 &= 85
 \end{aligned}$$

Setelah dihitung dengan menggunakan rumus di atas, maka dapat diketahui bahwa jumlah responden yang diambil untuk setiap kelompok sebanyak 85 lansia. Jadi jumlah keseluruhan responden dalam penelitian ini adalah 170 lansia.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Sampel dalam penelitian ini terdiri dari dua sampel yang berbeda, yakni sampel lansia yang tinggal bersama keluarga dan lansia yang tinggal di Pelayanan Sosial Tresna Werdha. Pada penelitian ini daerah populasi terdapat pada di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo yang terdiri dari 4 desadan pada Pelayanan Sosial Tresna Werdha terbagi menjadi 9 wisma, namun peneliti hanya berfokus pada 6 wisma yang lansianya masih bisa beraktivitas mandiri, yaitu pada wisma Teratai, Cempaka, Sakura, Seroja, Seruni, dan Dahlia. Sementara itu pada 3 wisma lainnya yaitu wisma Mawar, Melati, dan Sedap Malam tidak dilakukan pengambilan sampel dikarenakan lansia yang ada di wisma tersebut sudah tidak dapat beraktivitas mandiri. Pengambilan sampel dalam penelitian menggunakan *proportional random sampling*. Jenis ini merupakan penentuan sampel dari populasi yang terbagi menjadi beberapa kelompok, namun tidak ada strata atau jenjang di dalamnya, sehingga tidak ada satu kelompok lebih tinggi dari kelompok lainnya.

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:38). Variabel dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua yaitu variabel terikat dan variabel bebas. Variabel terikat adalah variabel yang menjadi akibat atau dipengaruhi oleh variabel bebas (Sugiyono, 2015:38). Variabel terikat penelitian ini adalah status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia.

Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab perubahan atau yang mempengaruhi variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah status tinggal lansia karakteristik lansia yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan lansia.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional dari variabel-variabel yang akan diamati dapat dilihat dalam tabel di bawah ini :

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Kriteria Penilaian, dan Skala Data

No.	Variabel	Definisi Operasional	Kriteria Penilaian	Skala Data
Variabel Terikat				
1.	Status Gizi	Kondisi keseimbangan antara makanan yang masuk ke dalam tubuh lansia dengan kebutuhan tubuh akan zat gizi tersebut yang diukur melalui pengukuran BMA, dimana pengukuran tinggi badan dilakukan dengan mengukur panjang depa menggunakan pita <i>medline</i> dan pengukuran berat badan dengan <i>bathroom scale</i> .	Dikategorikan menjadi : a. Status gizi kurang, jika perempuan BMA <18,7 ; laki-laki <20,1 b. Status gizi normal, jika perempuan BMA 18,7 – 22,8 ; laki-laki 20,1 – 25 c. Status gizi lebih, jika perempuan BMA >22,8 ; laki-laki >25,1 Sumber : (Rabe dalam Rohmawati <i>et al</i> , 2015:65)	Ordinal
2.	Aktivitas Fisik	Kegiatan fisik sehari-hari yang dilakukan secara terencana dan dapat membakar kalori, yang meliputi durasi, frekuensi, intensitas, dan jenis aktivitas fisik yang dilakukan.	Melakukan wawancara menggunakan form <i>Physical Activity Level</i> (PAL), dengan kategori nilai : a. Ringan : 1,40 – 1,69 b. Sedang : 1,70 – 1,99 c. Berat : 2,00 – 2,40 Sumber : FAO/WHO/UNU (2001)	Ordinal
3.	Kualitas Hidup Lansia	Kepuasan lansia terhadap kualitas hidup, persepsi kesehatan, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya yang dapat diketahui dari kuesioner WHOQOL-BREF, yang terdiri dari 4 domain dan berisi 26 pertanyaan.		
	Domain Kualitas Hidup Lansia			
	a. Domain Fisik	Penilaian individu yang berhubungan dengan kesehatan fisik seseorang seperti kemampuan melakukan kegiatan sehari-hari, sikap ketergantungan	Dikategorikan menjadi : a. Sangat buruk (0 – 20) b. Buruk (21 – 40) c. Sedang (41 – 60) d. Baik (61 – 80) e. Sangat baik (81 – 100)	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Kriteria Penilaian	Skala Data
		kepada pengobatan, energi yang dibutuhkan untuk bekerja, rasa sakit dan rasa tidak nyaman.	(WHOQOL-BREF, 1996)	
	b. Domain Psikologis	Penilaian individu yang berhubungan dengan kondisi psikologis seseorang seperti pandangan terhadap dirinya sendiri, perasaan negatif (kekhawatiran, rasa cemas, kesepian), dan perasaan positif (ketenangan, kegembiraan, kedamaian).	Dikategorikan menjadi : a. Sangat buruk (0 – 20) b. Buruk (21 – 40) c. Sedang (41 – 60) d. Baik (61 – 80) e. Sangat baik (81 – 100) (WHOQOL-BREF, 1996)	Ordinal
	c. Domain Sosial	Penilaian individu yang berkaitan dengan hubungan sosial seseorang seperti hubungan seseorang dengan perasaan cinta, persahabatan, komitmen, dan penerimaan.	Dikategorikan menjadi : a. Sangat buruk (0 – 20) b. Buruk (21 – 40) c. Sedang (41 – 60) d. Baik (61 – 80) e. Sangat baik (81 – 100) (WHOQOL-BREF, 1996)	Ordinal
	d. Domain Lingkungan	Penilaian individu yang berhubungan dengan lingkungan, meliputi pandangan seseorang terhadap sumber keuangan, perasaan seseorang akan keselamatan dan keamanannya, berhubungan juga dengan tempat tinggal mereka dan harta di dalamnya.	Dikategorikan menjadi : a. Sangat buruk (0 – 20) b. Buruk (21 – 40) c. Sedang (41 – 60) d. Baik (61 – 80) e. Sangat baik (81 – 100) (WHOQOL-BREF, 1996)	Ordinal
Variabel Bebas				
4.	Status Tinggal	Kondisi dimana tempat tinggal lansia yang menunjukkan keberadaan lansia.	Dikategorikan sebagai : a. Tinggal bersama keluarga b. Tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha	Nominal
5.	Karakteristik Lansia :			
	Usia	Pernyataan responden terkait dengan usia yang dimiliki terhitung sejak lahir hingga dilakukannya wawancara (sesuai dengan pengakuan atau kartu identitas responden).	Dikategorikan sebagai : a. Usia 60 – 74 tahun (<i>elderly</i>) b. Usia 75 – 90 tahun (<i>old</i>) a. Usia > 90 tahun (<i>very old</i>). (Kemenkes RI, 2016)	Ordinal
	Jenis Kelamin	Pengelompokan lansia berdasarkan ciri fisik dan	Dikategorikan menjadi : a. Laki-laki	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Kriteria Penilaian	Skala Data
	Tingkat Pendidikan	biologis. Pernyataan responden terkait dengan pernah dicapainya jenjang pendidikan formal tertinggi hingga wawancara dilakukan.	b. Perempuan Dikategorikan menjadi : a. Tidak sekolah b. Tidak tamat SD/MI c. Tamat SD/MI d. Tamat SMP/MTS e. Tamat SMA/MA f. Tamat D1-D3/PT (Risksdas, 2013)	Ordinal
	Status Perkawinan	Responden yang kawin sah secara hukum (adat, agama, negara dan sebagainya) tetapi juga mereka yang hidup bersama dan oleh masyarakat sekelilingnya dianggap sebagai suami istri	a. Belum kawin b. Kawin c. Cerai hidup d. Cerai mati (Sumber : BPS, 2019)	Ordinal

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh oleh peneliti sendiri untuk menjawab permasalahan penelitiannya secara khusus. Data ini didapatkan langsung dari sumbernya sehingga memiliki kredibilitas yang relatif tinggi (Istijanto, 2010:38). Data primer dalam penelitian ini meliputi :

- a. Uji gangguan kognitif lansia yang tinggal bersama keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dengan metode wawancara menggunakan kuesioner MMSE.
- b. Karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan dengan metode wawancara menggunakan kuesioner.
- c. Status gizi lansia yang tinggal bersama keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dengan metode mengukur panjang lengan lansia dan berat badan lansia.
- d. Aktivitas fisik lansia yang tinggal bersama keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dengan metode wawancara menggunakan form PAL.

- e. Kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dengan metode wawancara menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari pihak lain seperti badan atau instansi yang bergerak di bidang pengumpulan data, baik instansi pemerintah atau swasta (Istijanto, 2010:33). Data sekunder dalam penelitian ini meliputi :

Tabel 3.2 Data Sekunder dan Sumber Data

No.	Data Sekunder	Sumber Data
1.	Jumlah lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember Bulan Agustus 2019	UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember
2.	Jumlah lansia di Kabupaten Jember Tahun 2018	Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
3.	Jumlah kasus penyakit tidak menular Tahun 2018 di Kabupaten Jember	Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
4.	Jumlah lansia yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo	Puskesmas Sukorejo

3.6 Teknik dan Instrumen Pengambilan Data

3.6.1 Teknik Pengambilan Data

a. Wawancara

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti melalui proses wawancara secara langsung kepada responden. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2012:139). Teknik ini dilakukan oleh peneliti untuk pengumpulan data primer berupa data karakteristik respondendan tingkat aktivitas fisik melalui wawancara langsung dengan kuesioner. Untuk tes fungsi kognitif lansia menggunakan kuesioner MMSE (*Mini Mental State Examination*). Data tingkat aktivitas fisik dinilai dengan kuesioner PAL

(*Physical Activity Level*), lansia ditanyakan mengenai aktivitasnya 24 jam yang lalu sebelum wawancara dilakukan.

b. Pengukuran

Pengukuran dilakukan untuk mengetahui status gizi lansia. Berat badan lansia diukur dengan *bathroom scale* sedangkan tinggi badan lansia dilakukan berdasarkan pengukuran panjang depa yang diukur dengan pita *medline* dengan ketelitian 0,1 cm.

3.6.2 Instrumen dan Prosedur Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2012:87). Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2015:142). Kuesioner yang digunakan yaitu panduan wawancara yang berupa kuesioner informasi mengenai karakteristik, status gizi, dan tingkat aktivitas fisik lansia.

a. *Mini Mental State Examination* (MMSE) terdiri dari dua bagian yaitu bagian pertama hanya membutuhkan respon verbal saja dan hanya mengkaji orientasi, ingatan serta perhatian. Bagian kedua adalah memeriksa kemampuan untuk menuliskan suatu kalimat, menamai objek, mengikuti perintah verbal dan tertulis, serta menyalin suatu desain poligon yang kompleks. Nilai maksimum untuk pemeriksaan MMSE adalah 30. Lansia tidak mengalami gangguan fungsi kognitif apabila nilai MMSE kurang dari 26. Kuesioner MMSE terdiri dari :

- 1) Orientasi, meliputi pertanyaan tentang orientasi waktu dan orientasi tempat, skor maksimal 10.
- 2) Registrasi, meliputi pertanyaan tentang mengatakan 3 benda yang kita sebutkan, 1 detik untuk masing-masing benda kemudian meminta untuk mengulang, skor maksimal 3.

- 3) Atensi dan Kalkulasi, meliputi pertanyaan tentang hitungan (menghitung mundur dari 100 dengan selisih 7, berhenti setelah 5 jawaban), skor maksimal 5. Apabila tidak mampu menghitung, mintakan untuk meneja suatu kata yang terdiri dari 5 huruf dari belakang.
 - 4) Mengingat kembali, meliputi pertanyaan tentang daya ingat, menyebutkan 3 benda yang disebutkan pada poin registrasi, skor maksimal 3.
 - 5) Bahasa, meliputi pertanyaan tentang menyebutkan 2 benda yang kita tunjuk, mengulang kalimat dan memerintah (membaca, menulis dan meniru gambar), skor maksimal 9.
- b. *Bathroomscale* dibutuhkan untuk mengukur berat badan lansia. Prosedur yang digunakan dalam penggunaan pengukuran berat badan adalah :
- 1) Letakkan *bathroom scale* di tempat yang datar dan sebelum digunakan pastikan jarum timbangan berada pada posisi nol.
 - 2) Sebelum responden ditimbang, diharapkan untuk melepaskan alas kaki serta menggunakan pakaian seminimal mungkin (lepaskan jaket, ponsel, jam tangan, topi atau atribut lain yang dapat mempengaruhi hasil pengukuran).
 - 3) Responden diminta naik ke bathroom scale dengan posisi kaki tepat ditengah alat timbang tetapi tidak menutupi jendela kaca.
 - 4) Pastikan posisi kaki responden tepat ditengah alat timbang, sikap tenang dan pandangan lurus ke depan (kepala tidak menunduk).
 - 5) Posisi pengukuran pembaca berada di tepat di depan responden.
 - 6) Baca hasil pengukuran dan catat hasil pada lembar pengukuran.
- c. Pita pengukur (*medline*) dengan panjang 2 meter digunakan untuk mengukur panjang depa lansia. Prosedur pengukuran panjang depa lansia adalah :
- 1) Pilih dinding yang datar sebagai tempat pengukuran.
 - 2) Tempelkan pita pengukuran pada dinding atau beri tanda angka pengukuran pada dinding.

- 3) Responden diminta untuk berdiri dengan kaki dan bahu menempel pada dinding sepanjang pita pengukuran yang ditempel di dinding.
 - 4) Responden diminta untuk merentangkan kedua lengannya dengan posisi telapak tangan membuka (tidak dikepal).
 - 5) Baca hasil pengukuran rentang lengan mulai dari bagian ujung jari tengah tangan kanan hingga ujung jari tengah tangan kiri.
- d. Untuk mengukur tingkat aktivitas fisik lansia menggunakan form *Physical Activity Level* (PAL), beberapa prosedur dalam pelaksanaannya adalah sebagai berikut :
- 1) Responden diminta untuk mengingat berapa lama waktu aktivitas fisik yang dilakukan di hari kemarin (1 hari) sesuai dengan kegiatan yang tertera dalam form *Physical Activity Level* (PAL).
 - 2) Hasil waktu yang diperoleh dinyatakan dalam menit. Kemudian dikalikan dengan PAR (*Physical Activity Ratio*). Hal tersebut dinyatakan dengan rumus :

$$PAL = \frac{\sum(\text{Lama melakukan aktivitas} \times \text{Physical Activity Ratio})}{24 \text{ jam}}$$
 - 3) Kemudian hasil yang diperoleh dimasukkan ke dalam kategori tingkat aktivitas fisik berdasarkan nilai PAL :
 - a) Ringan (*sedentary lifestyle*) : 1,40 – 1,69
 - b) Sedang (*active or moderately active lifestyle*) : 1,70 – 1,99
 - c) Berat (*virgous or virgous active lifestyle*) : 2,00 – 2,40
- e. Untuk mengukur kualitas hidup lansia menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF. WHOQOL-BREFF terdiri dari empat domain dalam mengukur kualitas hidup seseorang. Setiap domain terdiri dari beberapa pertanyaan, yaitu domain kesehatan fisik (*physical health*) 7 pertanyaan, domain psikologik (*psychological*) 6 pertanyaan, domain hubungan sosial (*social relationship*) 3 pertanyaan dan domain lingkungan (*environment*) 8 pertanyaan. Pertanyaan yang diajukan merupakan pertanyaan tentang kehidupan responden pada empat minggu terakhir. Yuliati (2014) menyatakan bahwa 4 domain kualitas hidup memiliki signifikansi terhadap

pengaruh kualitas hidup lansia. Oleh karena itu keempat domain harus seluruhnya diukur. Berikut merupakan kriteria penilaian kualitas hidup oleh WHOQOL-BREF :

- 1) 0-20 = kualitas hidup sangat buruk
- 2) 21-40 = kualitas hidup buruk
- 3) 41-60 = kualitas hidup sedang
- 4) 61-80 = kualitas hidup baik
- 5) 81-100 = kualitas hidup sangat baik

Kriteria tersebut didapatkan dari perhitungan sebagai berikut:

Raw score	:	hasil penjumlahan nilai setiap pertanyaan dalam setiap domain.
Transformed scores (4-20)	:	nilai rata-rata (mean) dari raw score dikalikan 4.
Transformed scores (0-100)	:	penentuan kriteria kualitas hidup [nilai (b) – 4] x [100/16]

3.7 Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu langkah pengujian yang dilakukan terhadap isi (*content*) dari suatu instrumen, dengan tujuan untuk mengukur ketepatan instrument yang digunakan dalam suatu penelitian (Sugiyono, 2015:75). Uji validitas instrument data menggunakan *Principal Component Analysis*, dengan setiap pertanyaan harus mempunyai nilai faktor *loading* minimal $\pm 0,3$ untuk dapat diikut sertakan ke dalam struktur sebuah domain. Sedangkan nilai *eigenvalue* harus $>1,0$ untuk menyatakan setiap domain mampu berperan terhadap struktur WHOQOL-BREF. Uji validitas dilakukan oleh Salim *et al.*, (2007) dengan sampel penelitian yang sama yaitu pada lansia diatas 60 tahun. Uji validitas dilakukan dengan cara memberikan kuesioner yang berisi data lansia meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan dan kualitas hidup (instrument WHOQOL-BREF). Hasil dari uji validitas tersebut dinyatakan bahwa pertanyaan dari WHOQOL-BREF mempunyai nilai faktor *loading* yang $> 0,5$, berarti pertanyaan tersebut bermakna untuk dimasukkan

ke dalam domain yang bersangkutan. Sedangkan nilai *eigenvalue* untuk keempat domain memiliki nilai >1 , yang mengartikan bahwa setiap pertanyaan dari keempat domain dapat menjelaskan domain tersebut.

3.8 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan. Konsistensi internal setiap domain dinilai menggunakan Cornbach's α dan kontribusi dari setiap pertanyaan terhadap α total. *Interitem correlations* untuk setiap domain dan korelasi dari setiap item dengan domainnya juga dihitung. Nilai Cornbach's α paling sedikit 0,7 untuk menunjukkan reliabilitas sebuah instrument. Nilai koefisien reliabilitas dikelompokkan ke dalam beberapa kelompok nilai, yaitu nilai yang tidak dapat diterima (≤ 0.60), nilai yang rendah (0.61-0.70), nilai moderat (0.71-0.89) dan nilai yang tinggi (≥ 0.90). Hasil uji reliabilitas oleh Salim *et al.*, (2007) menyatakan bahwa nilai koefisien Cornbach's α setiap item berkisar antara 0,69-0,75 untuk domain fisik dan 0,73-0,77 untuk domain lingkungan. Pada domain psikologik nilai koefisien Cornbach's α berkisar antara 0,53-0,72. Domain hubungan sosial berkisar antara 0,10-0,69. Berdasarkan hasil nilai koefisien reliabilitas tersebut, maka dapat dinyatakan bahwa pertanyaan pada kuesioner WHOQOL-BREF telah reliabel.

3.9 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

3.9.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang dilakukan dalam analisis data ini adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuisisioner (Notoatmodjo, 2012:176-177). Langkah pertama yang perlu dilakukan adalah memeriksa kembali kuisisioner dengan maksud mengecek, apakah semua kuisisioner telah diisi sesuai dengan petunjuk sebelumnya. Pada

penelitian ini setelah peneliti melakukan wawancara menggunakan kuesioner, peneliti langsung mengecek kembali keseluruhan pertanyaan yang ada pada kuesioner MMSE, pengukuran status gizi menggunakan berat badan aktual dan panjang depa, dan pengukuran aktivitas fisik menggunakan form PAL. Apabila ada pertanyaan yang terlewat atau terdapat jawaban yang dapat menimbulkan makna ganda, maka peneliti langsung menanyakan kembali pertanyaan tersebut.

b. Pemberian Kode (*Coding*)

Coding merupakan kegiatan mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data atau angka bilangan. Pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori (Notoatmodjo, 2012:177). Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisa data menggunakan komputer. Biasanya dalam memberikan kode juga dapat dibuat lembaran atau kartu kode berupa kolom-kolom untuk merekam data secara manual. Pada penelitian ini, peneliti melakukan *coding* pada kategori dari masing-masing pertanyaan. Nama responden diubah dalam bentuk angka untuk memudahkan peneliti dalam melakukan penghitungan hasil uji statistik dalam aplikasi SPSS. Setiap kategori pada penilaian status gizi dan tingkat aktivitas fisik juga diubah dalam bentuk kode berupa angka.

c. Pemberian Skor (*Scoring*)

Scoring merupakan langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam lembar kuisisioner. Skor jawaban dimulai dari jawaban tertinggi sampai jawaban terendah untuk mengetahui skor total pada masing-masing variabel. Pemberian skor dilakukan setelah seluruh kuesioner MMSE, pengukuran status gizi, *Physical Activity Level* (PAL) terisi dengan lengkap. Kuesioner MMSE diberi batasan minimal skor 26 untuk menyatakan lansia tersebut mengalami gangguan kognitif atau tidak. Pengukuran status gizi dilakukan dengan membandingkan hasil panjang depa dengan berat badan aktual. Form *Physical Activity Level* (PAL) diberikan skor dengan menjumlahkan

keseluruhan nilai aktivitas fisik yang dilakukan responden dalam waktu satu hari.

d. Tabulasi (*Tabulating*)

Pada tahap ini data yang sudah lengkap ditabulasi kemudian di klasifikasikan ke dalam masing-masing variabel kemudian dimasukkan di tabel sehingga mempermudah dalam menganalisa dan pembahasan selanjutnya dan dapat menggunakan SPSS. Peneliti mengklasifikasikan keseluruhan hasil penelitian berdasarkan variabel yang ada, yakni karakteristik lansia (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan), status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia. Kemudian hasil tersebut disajikan dalam bentuk tabel agar dapat mempermudah proses analisa data.

3.9.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Penyajian data dalam bentuk tabel yang dideskripsikan yang digunakan pada penulisan laporan hasil penelitian dengan maksud agar orang lebih mudah memperoleh gambaran rinci tentang hasil penelitian yang dilakukan.

3.9.3 Analisis Data

Data pada penelitian ini disajikan dalam bentuk kuantitatif sebagai hasil dari interpretasi wawancara menggunakan kuisioner dan data dari hasil pengukuran status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup yang dilakukan. Teknik analisis data pada penelitian ini menggunakan 2 tahap, yaitu :

a. Analisis Univariabel (Analisis Deskriptif)

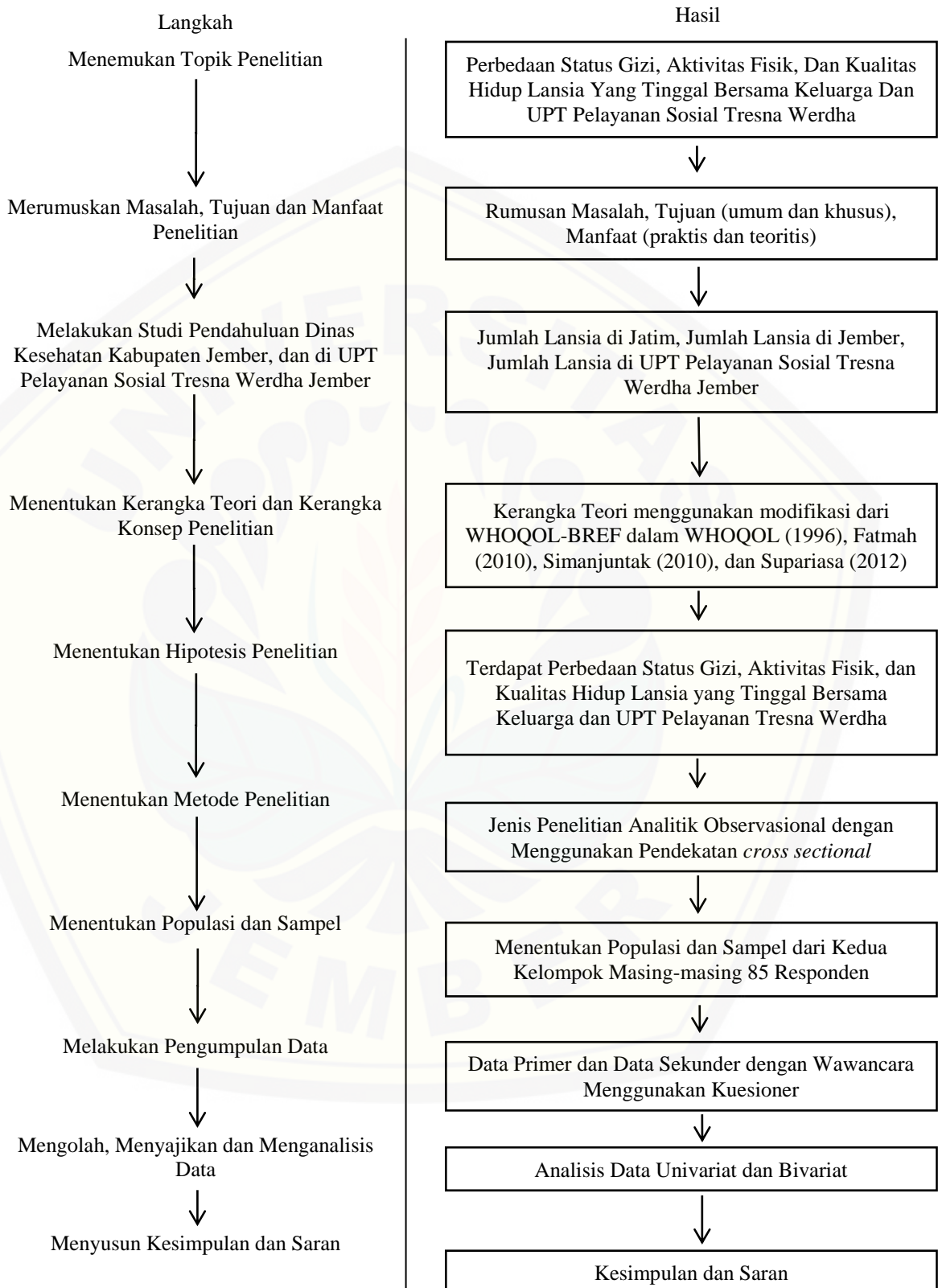
Data dalam penelitian dianalisis univariabel dengan tujuan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Hasil dari analisis univariabel yaitu distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel, bebas maupun terikat. Variabel bebas yaitu karakteristik lansia yang terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan.

Sedangkan variabel terikat adalah status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia.

b. Analisis Bivariabel

Data yang telah dianalisis secara univariabel dan didapatkan hasil terkait dengan karakteristik atau distribusi setiap variabel, maka data dapat dilanjutkan analisis secara bivariabel. Dalam penelitian ini, analisis bivariabel dilakukan dengan uji komparasi. Uji komparasi digunakan untuk tujuan khusus kelima, keenam, dan ketujuh yaitu menganalisis perbedaan status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha, menggunakan uji statistic non-parametrik *Chi-square*. Jika data yang ditemukan tidak memenuhi uji *Chi-square*, maka digunakan uji *Fisher Exact*. Pengambilan keputusan didasarkan pada taraf signifikansi $\alpha = 0,05$ atau dengan derajat kepercayaan 95%. Dasar pengambilan keputusan hipotesis adalah H_0 diterima jika $p\text{-value} \geq \alpha$ dan H_0 ditolak jika $p\text{-value} \leq \alpha$.

3.10 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dari penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa :

- a. Mayoritas lansia yang menjadi responden memiliki usia pada rentang 60-74 tahun (*elderly*). Sedangkan menurut jenis kelamin, lansia yang menjadi responden lebih banyak berjenis kelamin perempuan daripada lansia yang berjenis kelamin laki-laki. Berdasarkan tingkat pendidikan terakhirnya sebagian besar lansia tidak pernah bersekolah dan tidak lulus ketika bersekolah di sekolah dasar. Dari status perkawinan, mayoritas lansia yang tinggal di rumah masih berstatus kawin, sementara lansia yang tinggal di panti berstatus cerai, baik cerai hidup maupun cerai mati.
- b. Terdapat perbedaan yang signifikan pada status gizi antara lansia yang tinggal bersama keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. Perbedaan tersebut dikarenakan menu makanan yang dikonsumsi oleh para lansia yang tinggal di UPT lebih bervariasi (karena sudah ditetapkan siklus menu) daripada lansia yang tinggal di rumah, sehingga lebih banyak lansia yang tinggal di UPT memiliki status gizi normal. Sedangkan lansia yang tinggal di rumah tidak mengkonsumsi sumber protein hewani, sehingga lebih banyak yang memiliki status gizi kurang.
- c. Terdapat perbedaan yang signifikan pada aktivitas fisik antara lansia yang tinggal bersama keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. Perbedaannya terletak pada jenis aktivitas fisik yang dilakukan, karena beberapa lansia yang tinggal di rumah memiliki aktivitas fisik kategori sedang dikarenakan mereka masih harus bekerja sebagai petani di sawah atau kebun milik orang lain. Sedangkan pada lansia yang tinggal di UPT memiliki aktivitas fisik kategori ringan dikarenakan tidak terdapat pekerjaan-pekerjaan berat yang dilakukan oleh lansia tersebut.

- d. Tidak terdapat perbedaan pada kualitas hidup domain fisik, psikologis, dan lingkungan antara lansia yang tinggal bersama keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. Sementara pada domain sosial terdapat perbedaan, dikarenakan sering terjadi kesalahpahaman pada beberapa lansia yang tinggal di UPT.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

- a. Bagi Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorejo
 - 1) Meningkatkan kegiatan positif yang dapat menghibur diri seperti melakukan pekerjaan rumah, berolahraga, mengobrol bersama keluarga atau teman sebaya, mengikuti kegiatan sosial agar terhindar dari rasa kesepian menghadapi masa tua.
 - 2) Diharapkan bagi keluarga untuk terus memberikan dukungan dan menjalin komunikasi yang baik, serta bisa menyiapkan segala kebutuhan lansia, khususnya kebutuhan asupan gizi lansia. Apabila lansia sudah tidak bisa mengunyah daging, bisa melakukan modifikasi makanan agar lansia tetap bisa mengunyah dan mengonsumsi daging.
- b. Bagi Lansia yang Tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha
 - 1) Meningkatkan intensitas hubungan sosial yang baik antar sesama lansia seperti rajin mengikuti kegiatan rutin bina lingkungan, senam sehat lansia, mengikuti bimbingan sosial dan bimbingan mental kerohanian, serta tidak menutup diri terhadap orang-orang di sekitarnya.
 - 2) Meningkatkan kegiatan positif yang dapat menghibur diri seperti berkumpul dan saling memberikan semangat antar teman sebaya yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha.

c. Bagi Instansi

- 1) Bagi UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember, diharapkan pembimbing dan pengasuh untuk lebih meningkatkan pendampingan terhadap lansia di masing-masing wisma, untuk mengetahui status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup para lansia. Misalnya dengan mengadakan forum diskusi antar petugas pelayanan sosial dengan lansia di masing-masing wisma. Sehingga dapat mengetahui permasalahan penghuni Tresna Werdha terutama mengenai status gizi, aktivitas fisik, dan kualitas hidup.
- 2) Bagi Puskesmas Sukorejo perlu adanya pengadaan program serta kegiatan yang lebih memfokuskan pada pentingnya kebutuhan status gizi serta aktivitas fisik lansia. Misalnya pada pelaksanaan posyandu lansia diadakan penyuluhan untuk keluarga yang memiliki anggota keluarga lansia mengenai makanan yang sehat dan bergizi sesuai dengan kebutuhan lansia, serta melakukan senam atau jalan sehat bersama supaya dapat meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrizal. 2018. Permasalahan yang Dialami dalam Menyesuaikan Diri Terhadap Penguasaan Tugas-Tugas Perkembangannya. 2018. *Jurnal Bimbingan dan Konseling Islam*. 2(2): 91-106. [serial online]. <http://journal.iaincurup.ac.id/index.php/GBK/article/view/462> [Diakses pada 5 April 2020]
- Alfyanita, A., Martini, R. D., dan Kadri, H. 2016. Hubungan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan Aktivitas Sehari-Hari dan Status Gizi pada Usia Lanjut di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 5(1): 201-208. [serial online]. <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/469/397> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Ambardini, R.L. 2013. *Aktivitas Fisik Pada Lanjut Usia*. Yogyakarta: Staff Pengajar UNY. [serial online]. <http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/132256204/Aktivitas%20Fisik%20Lansia.pdf> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Anggraeni, W.C., dan Mahkota, R. 2013. Hubungan antara Karakteristik Individu, Tingkat Depresi, Status Kesehatan, serta Asupan Zat Gizi Makro terhadap Status Gizi Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budhi Mulia 1 dan 3 Jakarta Tahun 2013. *Skripsi*. LONTAR Universitas Indonesia. [serial online]. <http://www.lontar.ui.ac.id/naskahringkas/2015-09/S45992-Wulandari%20Citra%20A> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Apriliana, N., Rohmawati, N., dan Sulistiyani. 2018. Tingkat Konsumsi dan Aktivitas Fisik Lansia Yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha. *Jurnal Nutrisia*. 20(1): 6-11.
- Arisman. 2010. *Gizi dalam Daur Kehidupan Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Azizah, L. M. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Badan Pusat Statistik. 2018. *Kabupaten Jember dalam Angka 2018*. BPS Kabupaten Jember.
- Badan Pusat Statistik. 2018. *Profil Jawa Timur dalam Angka 2018*. BPS Provinsi Jawa Timur.

- Badan Pusat Statistik. 2018. *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2018*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. 2019. Status Perkawinan. [serial online]. <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/variabel/35> [Diakses pada 22 Oktober 2019]
- Borodulin, K. 2006. Physical Activity, Fitness, Abdominal Obesity, and Cardiovascular Risk Factors in Finnish Men and Women. [serial online]. *Dissertation*. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20376/physical.pdf?sequence=1> [Diakses pada 7 Mei 2019]
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Burhan, N. I. K., Taslim, N. A., Bahar, B. 2013. Hubungan Care Giver Terhadap Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia Pada Etnis Bugis. *JST Kesehatan*. 3(3): 264-273. [serial online]. <http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/68ff898140f97d2bb6327c064d778ef7.pdf> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Demartoto, A. 2007. *Pelayanan Sosial Non Panti Bagi Lansia (Suatu Kajian Sosiologis)*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret Press
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Praktis Terapi Gizi Medis Departemen Kesehatan RI*. [serial online]. <http://www.depkes.go.id/index.php?txtKeyword=status+gizi&act=search-by-map&pgnumber=0&charindex=&strucid=1280&fullcontent=1&C-ALL=1> [Diakses pada 18 Mei 2019]
- Departemen Kesehatan RI. 2015. *Jumlah Penduduk Lanjut Usia Meningkat. Departemen Kesehatan Republik Indonesia*. [serial online]. <http://www.depkes.go.id/article/view/15052700010/pelayanan-dan-peningkatan-kesehatan-usia-lanjut.html> [Diakses pada 18 Mei 2019]
- Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur. 2017. *Profil UPT Pelayanan Sosial Lansia Terlantar*. [serial online]. <http://dinsos.jatimprov.go.id/index.php/2015-10-26-00-04-58/rehsos/itemlist/category/8-upt#> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur. 2018. *Tugas Pokok Dinas Sosial*. [serial online]. <http://dinsos.jatimprov.go.id/welcome/tugas> [Diakses pada 6 Mei 2019]

- Ekawati, S. 2014. Hubungan Antara Fungsi Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia. *Tesis*. Digital Library Universitas Sebelas Maret. [serial online]. <https://eprints.uns.ac.id/8489/1/193181011201112361.pdf> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Ermawati. 2015. Perbedaan Status Gizi Lanjut Usia yang Tinggal dengan Keluarga dan di Panti Jompo di Kabupaten Gayo Lues. *Skripsi*. Electronic Theses and Dissertation Universitas Syiah Kuala. [serial online]. <https://etd.unsyiah.ac.id/baca/index.php?id=19758&page=1> [Diakses pada 15 Juli 2019]
- FAO/WHO/UNU. 2001. Human Energy Requirements. *WHO Technical Report Series, No. 724*. Geneva: World Health Organization. [serial online]. <http://www.fao.org/3/a-y5686e.pdf> [Diakses pada 29 Agustus 2019]
- Fatmah. 2010. *Gizi Usia Lanjut*. Jakarta: Erlangga
- Hardinsyah dan Supariasa IDN. Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta: EGC; 2016.
- Hermawati, I. 2015. *Kajian Tentang Kota Ramah Lanjut Usia*. Yogyakarta: Badan Pendidikan dan Penelitian Kesejahteraan Sosial.
- Hong, Jeong, Heo, Chun, Park dan Kim. 2015. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Korean Older Workers. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*. 27:1-11. [serial online] <https://aoemj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40557-015-0077-9> [Diakses pada 15 Juli 2019]
- Istiany, A., dan Rusilanti. 2014. *Gizi Terapan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Istijanto. 2010. *Riset Sumber Daya Manusia Edisi Revisi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Jannah, M. 2015. Tingkat Konsumsi, Tingkat Aktivitas Fisik, dan Status Gizi pada Lansia Anggota dan Bukan Anggota Karang Werda. *Skripsi*. Universitas Jember.

- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Buku Pedoman Pelayanan Gizi Lanjut Usia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. [serial on line]. <http://www.depkes.go.id/folder/view/01/structure-promosi-kesehatan-pedoman-dan-buku.html> [Diakses pada 4 Mei 2019]
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta
- Kementerian Sosial Republik Indonesia. 2009. *Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Tentang Organisasi dan Tata Kerja Panti Sosial di Lingkungan Departemen Sosial*. Jakarta: Kementerian Sosial RI.
- Kementerian Sosial Republik Indonesia. 2012. *Pelayanan Sosial Lanjut Usia*. Jakarta: Kementerian Sosial RI. [serial online]. <http://www.kemsos.go.id/> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Kementerian Sosial Republik Indonesia. 2014. *Modul Pendampingan Pelayanan Sosial Lanjut Usia*. [serial on line]. Jakarta: Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia. http://media.kemsos.go.id/images/864Modul_Pendamping_PSLU.pdf [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Kolegium Psikiatri Indonesia. 2008. *Modul Psikiatri Geriatric: Program Pendidikan Dokter Spesialis Psikiatri*. Jakarta: Kolegium Psikiatri Indonesia.
- Kurnianto, D. 2015. Menjaga Kesehatan di Usia Lanjut. *Jurnal Olahraga Prestasi*. 11(2): 19-30. [serial online]. <http://journal.uny.ac.id/index.php/jorpres/article/download/5725/4943> [Diakses pada 6 Mei 2019]

- Labiibah, M. 2015. Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia di Posyandu Lansia di Kecamatan Sanden Bantul. *Skripsi*. Electronic Theses and Dissertations Universitas Muhammadiyah Surakarta. [serial online]. <http://eprints.ums.ac.id/40544/1/Naskah%20Publikasi.pdf> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Laelasari, S. P., dan Rejeki, Y. F. 2015. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Aktivitas Fisik Lansia di Posbindu Anggrek Wilayah Kerja Puskesmas Sindangjaya Kota Bandung Tahun 2015. *Jurnal Keperawatan Stikes Dharma Husada Bandung*. [serial online]. http://scribd-download.com/jurnal-faktor-faktor-aktivitas-fisik-pada-lansia.pdf589347a66454a77742b1e8ec_pdf.html [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Lailiyah, P. I., Rohmawati, N., dan Sulistiyani. 2018. Status Gizi Dan Kualitas Hidup Lansia Yang Tinggal Bersama Keluarga Dan Pelayanan Sosial Tresna Werdha. *E-Journal Pustaka Kesehatan*. 6(1): 60-67. [serial online]. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/6768> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Maryam, Ekasari, Rosidawati, Jubaedy, dan Batubara. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Maryam, R.S., Hartini, T., dan Sumijatun. 2015. Hubungan Tingkat Pendidikan dan *Activity Daily Living* dengan Demensia pada Lanjut Usia di Panti Werdha. *Jurnal Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jakarta*. 6(1): 45-55. [serial on line]. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/view/4757> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Mendoko, F., Katuuk, M., dan Rompas, S. 2017. Perbedaan Status Psikososial Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha Damai Ranomuut Manado Dengan yang Tinggal Bersama Keluarga di Desa Sarongsong II Kecamatan Airmadi di Kabupaten Minahasa Utara. *Jurnal Keperawatan Universitas Sam Ratulangi Manado*. 5(1): 1-9. [serial on line]. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/14671/14239> [Diakses pada 6 Mei 2019]
- Muizzulhafiidh, A. 2019. Hubungan Dukungan Sosial Teman Sebaya Dengan Tingkat Stres Pada Lansia Di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Jember. *Skripsi*. Fakultas Keperawatan. Universitas Jember.

- Nahariani, P., Lismawati, P., Wibowo., H. 2013. Hubungan Antara Aktivitas Fisik dengan Intensitas Nyeri Sendi pada Lansia Werdha Mojopahit Kabupaten Mojokerto. *Jurnal Metabolisme*. 2(2): 34-39. [serial on line]. <http://stikespemkabjombang.ac.id/ejurnal/index.php/Oktober-2013/article/view/4> [Diakses pada 7 Mei 2019]
- Ningtyias, F. W. 2010. *Penentuan Status Gizi Secara Langsung*. Jember: Jember University Press.
- Nia, E. R., Suwignyo, Nefri, Suryanti. 2018. Hubungan Status Gizi dengan Tempat Tinggal pada Lansia di Kota Pekanbaru. *Jurnal Keperawatan Abdurrah*. 1(2): 39-47. [serial online]. <http://jurnal.univrab.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/250> [Diakses pada 5 April 2020]
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi Cetakan Kedua*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nurjannah, C., Rahfiludin, M. Z., Kartini, A. 2018. Hubungan Asupan Makronutrien, Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Aktivitas Fisik dengan Kesegaran Jasmani pada Lansia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat FKM UNDIP*. 6(5): 317-325. [serial online]. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/22054> [Diakses pada 22 Oktober 2020]
- Nurkhalim, R. F. 2012. Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Sumpersari Kabupaten Jember Tahun 2012. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Nursilmi, Kusharto C. M., dan Dwiriani, C. M. 2017. Hubungan Status Gizi dan Kesehatan dengan Kualitas Hidup Lansia di Dua Lokasi Berbeda. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 13(4): 369-379. [serial online]. <http://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/3159> [Diakses pada 4 April 2020]
- Pemerintah Daerah Propinsi Jatim. 2007. *Peraturan Daerah Propinsi Jawa Timur Nomor 5 Tahun 2007 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*. Jawa Timur: Pemerintah Daerah Propinsi Jatim.
- Putri, S. T., Fitriana, L. A., dan Ningrum, A. 2015. Studi Komparatif : Kualitas Hidup Lansia Yang Tinggal Bersama Keluarga Dan Panti. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 1(1): 1-6. [serial online]. <https://>

ejournal.upi.edu/index.php/JPKI/article/view/1178/824 [Diakses pada 10 Mei 2019]

Rohmawati, N., Asdie, A. H., dan Susetyowati. 2015. Tingkat Kecemasan, Asupan Makan, dan Status Gizi Pada Lansia di Kota Yogyakarta. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 12(2): 62-71. [serial online]. <https://jurnal.ugm.ac.id/jgki/article/viewFile/23022/15570> [Diakses pada 6 Mei 2019]

Rohmah, A. I. N., Purwaningsih, Bariyah, K. 2015. Kualitas Hidup Lanjut Usia. *Jurnal Keperawatan Universitas Muhammadiyah Malang*. 3(2): 120-132. [serial online]. <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/2589> [Diakses pada 4 April 2020]

Salim, O.C., N. I. Sudharma, R. K. Kusumaratna, dan A. Hidayat. 2007. Validitas dan Reliabilitas *World Health Organization Quality of Life-BREF* untuk Mengukur Kualitas Hidup Lanjut Usia. *Universa Medicina*. 26(1): 27-38. [Serial Online]. <https://www.univmed.org/ejurnal/index.php/medicina/article/viewFile/293/246> [Diakses pada 28 Oktober 2019]

Sastroasmoro, S., Ismael, S. 2014. *Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-5*. Jakarta: Sagung Seto.

Setryopranoto, I. 2002. Reliabilitas dan Validitas Mini Mental State Examination untuk Penapisan Demensia. *Jurnal LOGIKA*. 8(9): 3-10. [serial on line]. <https://www.yumpu.com/id/document/view/33835049/measuresofmentalstatusandcognitivefunctioninghavealong-2> [Diakses pada 19 Mei 2019]

Simanjuntak, E. 2010. Status Gizi Lanjut Usia di Daerah Pedesaan, Kecamatan Porsea, Kabupaten Toba Samosir, Provinsi Sumatera Utara Tahun 2010. *Tesis*. Universitas Indonesia Library. [serial online]. <http://lontar.ui.ac.id/> [Diakses pada 7 Mei 2019]

Subekti, F. 2013. Analisis Karakteristik Usia Lanjut Berhubungan dengan Status Gizi di Posyandu Lansia Dusun Wonogiri Jatirejo Lendah Kulon Progo. *Skripsi*. Digital Library UNISA Yogyakarta. [serial online]. <http://opac.unisayogya.ac.id/328/1.pdf> [Diakses pada 7 Mei 2019]

Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta, CV.

- Supariasa, I. D. N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2012. *Penilaian Status Gizi Edisi Revisi*. Jakarta : EGC
- Surbakti. 2013. *Menata Kehidupan Pada Usia Lanjut*. Jakarta : Pranita Aksara
- Swarth, J. 2004. *Stres dan Nutrisi*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Tanaya, A. R. R., dan Yasa, G. W. R. 2015. Kesejahteraan Lansia dan Beberapa Faktor yang Mempengaruhi di Desa Dangin Puri Kauh. *Jurnal Kependudukan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia*. 11(1): 8-12. [serial online]. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/piramida/article/view/18708> [Diakses pada 10 Mei 2019]
- Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Jember. 2018. *Profil UPT PSTW Kabupaten Jember*. Jember.
- Utami, D. T., Karim, D., dan Agrina. 2014. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus dengan Ulkus Diabetikum. *JOM PSIK*. 1(2): 1-7. [serial online]. <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/view/3434> [Diakses pada 9 Mei 2019]
- Windy, L. 2017. Lansia Yang Menghuni Panti Werdha (Studi Kasus Orang Tua Yang Dititipkan Di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya Pada Etnis Jawa). *Skripsi*. Repository Universitas Airlangga. [serial online]. <http://repository.unair.ac.id/68108/3/Fis.S.05.17.Win.l-JURNAL.pdf> [Diakses pada 10 Mei 2019]
- Wirakusumah, E.S. 2002. *Tetap Bugar di Usia Lanjut*. Jakarta : Trubus Agriwidya.
- World Health Organization. 1996. *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring, and Generic Version of the Assessment*. [serial online]. http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf [Diakses pada 20 Mei 2019]
- Wreksoatmodjo, B.R. 2013. Perbedaan Karakteristik Lanjut Usia yang Tinggal di Keluarga dengan yang Tinggal di Panti di Jakarta Barat. *Jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Atmajaya Jakarta*.40(10): 738-745. [serial on

line]. http://www.kalbemed.com/Portals/6/07_209.pdf [Diakses pada 10 Mei 2019]

Yuliati, A., Baroya, N., dan Ririanty, M. 2014. Perbedaan Kualitas Hidup Lansia Yang Tinggal di Komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia. *E-Journal Pustaka Kesehatan*.2(1): 87-94. [serial online]. <http://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/601/429> [Diakses pada 8 Mei 2019]



LAMPIRAN A. Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)

Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Usia :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subjek dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Giovanda Wahyu Andika

NIM : 152110101254

Judul : Status Gizi, Aktivitas Fisik, dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada responden. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

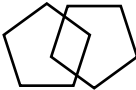
Jember, 2019

Responden

.....

LAMPIRAN B. Kuesioner MMSE (Mini Mental State Examination)

**Kuesioner Untuk Penentuan Gangguan Fungsi Kognitif
Form Mini Mental State Examination (MMSE)**

No.	Tes	Nilai Maksimal	Nilai
ORIENTASI			
1.	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), (hari) apa?	5	[]
2.	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (kecamatan), (kelurahan)	5	[]
REGISTRASI			
3.	Pewawancara menyebutkan 3 buah nama benda (kursi, meja, kertas), tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar.	3	[]
ATENSI DAN KALKULASI			
4.	Responden diminta mengeja terbalik kata "SEHAT" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya taseh=2 nilai)	5	[]
MENGINGAT KEMBALI			
5.	Responden diminta mengingat kembali 3 nama benda di atas, berikan 1 untuk setiap jawaban yang benar.	3	[]
BAHASA			
6.	Responden diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (bolpoin, jam tangan/arloji)	2	[]
7.	Responden diminta mengulang rangkaian kata : "tidak, dan, tetapi"	1	[]
8.	Responden diminta melakukan perintah : "Ambil kertas ini, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai"	3	[]
9.	Responden diminta membaca dan melakukan perintah "Angkatlah tangan kiri anda"	1	[]
10.	Responden diminta menulis dengan spontan : "aku ingin sehat fisik dan mental"	1	[]
11.	Pasien diminta meniru gambar di bawah ini 	1	[]
Skor Total		30	[]

Sumber : Rohmawati (2012) adaptasi dari PERDOSSI (2007) dan Jannah (2015)

LAMPIRAN C. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

No. Responden :

KETERANGAN PENGUMPUL DATA			
Nama :		Tanda Tangan :	
NIM :			
KARAKTERISTIK LANSIA			
Nama Responden :			
Alamat Responden :			
Tanggal Wawancara :			
No.	Pertanyaan	Jawaban	Kode
1.	Umur	a. Usia 60-74 tahun (<i>elderly</i>) b. Usia 75-90 tahun (<i>old</i>) c. Usia di atas 90 tahun (<i>very old</i>)	
2.	Status Tinggal	a. Tinggal bersama keluarga b. Tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha	
3.	Jenis Kelamin	a. Laki – laki b. Perempuan	
4.	Tingkat Pendidikan	a. Tidak sekolah b. Tidak tamat SD/MI c. Tamat SD/MI d. Tamat SMP/MTS e. Tamat SMA/MA f. Tamat D1-D3/PT	
5.	Status Perkawinan	a. Belum kawin b. Kawin c. Cerai hidup d. Cerai mati	
STATUS GIZI LANSIA			
6.	Berat Badan Aktual (BBA) : Panjang Depa :	a. Status gizi kurang, jika perempuan BMA <18,7 ; laki-laki <20,1 b. Status gizi baik, jika perempuan BMA 18,7 – 22,8 ; laki-laki 20,1 – 25 c. Status gizi lebih, jika perempuan BMA >22,8 ; laki-laki >25,1	

FORMULIR *Physical Activity Level* (PAL)

No	Aktivitas Fisik	Physical Activity Ratio (PAR)	Waktu (W)	(PAR x W) (menit)
1.	Tidur	1.0		
2.	Menonton TV dan mengobrol	1.4		
3.	Makan dan minum	1.5		
4.	Memasak	2.1		
5.	Mandi dan berpakaian	2.3		
6.	Menyapu	2.3		
7.	Mencuci baju	2.8		
8.	Berjalan	3.2		
9.	Berkebun	4.1		
	TOTAL			

Sumber : FAO/WHO/UNU. 2001. Human Energy Requirements. *WHO Technical Report Series, No. 724*. Geneva: World Health Organization.

KUALITAS HIDUP LANSIA

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. Saya akan membacakan setiap pertanyaan kepada anda, bersamaan dengan pilihan jawaban. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.** Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

Camkanlah dalam pikiran anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian anda. Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda **pada empat minggu terakhir.**

		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat Baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5
		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?	5	4	3	2	1
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dgn sarana dan prasarana)?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir?

		Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering kali	Sepenuhnya dialami
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-	1	2	3	4	5

	hari?					
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?	1	2	3	4	5
		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5
		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
16.	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal / sosial anda?	1	2	3	4	5

21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yg anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir.


		Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?	5	4	3	2	1

Komentar pewawancara tentang penilaian ini ?

[Tabel berikut ini harus dilengkapi setelah wawancara selesai]

		<i>Equations for computing domain scores</i>	<i>Raw score</i>	<i>Transformed scores*</i>	
				4-20	0-100
27.	Domain 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	a =	b:	c:
28.	Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □	a =	b:	c:
29.	Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □	a =	b:	c:
30.	Domain 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	a =	b:	c:

LAMPIRAN D. Surat Izin Penelitian

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
DINAS KESEHATAN
Jl. Srikoyo 103 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAL: (0331) 425222
Website : dinkes.jemberkab.go.id
E-mail : sukajember@yahoo.co.id, dinkesjemberkab@gmail.com
JEMBER
Kode Pos 68111

Jember, 26 Desember 2019

Nomor : 440 / 73074 / 311 / 2019
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Bidang Yankes Dinas Kesehatan Kab. Jember
Plt. Kepala Puskesmas Sukorejo

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor: 072/3307/2019 Tanggal 13 Desember 2019, Perihal Penelitian, dengan ini harap Saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama / NIM : Giovanda Wahyu Andika / 152110101254
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegol Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : > Melaksanakan Penelitian, Terkait Status Gizi, Aktivitas Fisik, dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UP Pelayan Sosial Tresna Werdha
Waktu Pelaksanaan : 26 Desember 2019 s/d 26 Januari 2020


Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Kegiatan Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan
4. Menyerahkan hasil kegiatan studi terkait dalam bentuk Softcopy / CD ke Sub Bag Program dan Informasi Dinas Kesehatan Kab. Jember

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
Bid. Pencegahan & Pengendalian Penyakit


DYAH KUSWORINI INDRIASWATI, S.KM, M.Si
Pembina (IV/a)
NIP. 19680929 199203 2 014

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

LAMPIRAN E. Dokumentasi



Gambar 1. Wawancara dengan Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember



Gambar 2. Wawancara dengan Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember



Gambar 3. Pengukuran Berat Badan pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember



Gambar 4. Pengukuran Panjang Depa pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember



Gambar 5. Wawancara dengan Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorejo



Gambar 6. Wawancara dengan Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorejo



Gambar 7. Pengukuran Berat Badan pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember



Gambar 8. Pengukuran Panjang Depa pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember

LAMPIRAN F. Hasil Analisis Data

Usia * Status Tinggal

			Status Tinggal		Total
			Tinggal bersama keluarga	Tinggal di UPT PSTW	
Usia	60-74 tahun	Count	37	39	76
		Expected Count	38.0	38.0	76.0
		% within Status Tinggal	74.0%	78.0%	76.0%
		% of Total	37.0%	39.0%	76.0%
	75-90 tahun	Count	13	11	24
		Expected Count	12.0	12.0	24.0
		% within Status Tinggal	26.0%	22.0%	24.0%
		% of Total	13.0%	11.0%	24.0%
Total		Count	50	50	100
		Expected Count	50.0	50.0	100.0
		% within Status Tinggal	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Jenis Kelamin * Status Tinggal

			Status Tinggal		Total
			Tinggal bersama keluarga	Tinggal di UPT PSTW	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	22	20	42
		Expected Count	21.0	21.0	42.0
		% within Status Tinggal	44.0%	40.0%	42.0%
		% of Total	22.0%	20.0%	42.0%
	Perempuan	Count	28	30	58
		Expected Count	29.0	29.0	58.0
		% within Status Tinggal	56.0%	60.0%	58.0%
		% of Total	28.0%	30.0%	58.0%
Total		Count	50	50	100
		Expected Count	50.0	50.0	100.0
		% within Status Tinggal	100.0%	100.0%	100.0%

% of Total	50.0%	50.0%	100.0%
------------	-------	-------	--------

Tingkat Pendidikan * Status Tinggal

			Status Tinggal		Total	
			Tinggal bersama keluarga	Tinggal di UPT PSTW		
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	Count	21	15	36	
		Expected Count	18.0	18.0	36.0	
		% within Status Tinggal	42.0%	30.0%	36.0%	
		% of Total	21.0%	15.0%	36.0%	
		Tidak tamat SD/MI	Count	22	24	46
			Expected Count	23.0	23.0	46.0
			% within Status Tinggal	44.0%	48.0%	46.0%
% of Total	22.0%		24.0%	46.0%		
Tamat SD/MI	Count		5	8	13	
	Expected Count	6.5	6.5	13.0		
	% within Status Tinggal	10.0%	16.0%	13.0%		
	% of Total	5.0%	8.0%	13.0%		
	Tamat SMP/MTS	Count	1	0	1	
Expected Count		.5	.5	1.0		
% within Status Tinggal		2.0%	0.0%	1.0%		
% of Total		1.0%	0.0%	1.0%		
Tamat SMA/MA		Count	1	3	4	
	Expected Count	2.0	2.0	4.0		
	Count					

	% within Status Tinggal	2.0%	6.0%	4.0%
	% of Total	1.0%	3.0%	4.0%
Total	Count	50	50	100
	Expected Count	50.0	50.0	100.0
	% within Status Tinggal	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Status Perkawinan * Status Tinggal

			Status Tinggal		Total
			Tinggal bersama keluarga	Tinggal di UPT PSTW	
Status Perkawinan	Belum Kawin	Count	0	1	1
		Expected Count	.5	.5	1.0
		% within Status Tinggal	0.0%	2.0%	1.0%
		% of Total	0.0%	1.0%	1.0%
Kawin	Count	47	7	54	
	Expected Count	27.0	27.0	54.0	
	% within Status Tinggal	94.0%	14.0%	54.0%	
	% of Total	47.0%	7.0%	54.0%	
Cerai Hidup	Count	1	15	16	
	Expected Count	8.0	8.0	16.0	
	% within Status Tinggal	2.0%	30.0%	16.0%	
	% of Total	1.0%	15.0%	16.0%	
Cerai Mati	Count	2	27	29	
	Expected Count	14.5	14.5	29.0	
	% within Status Tinggal	4.0%	54.0%	29.0%	
	% of Total	2.0%	27.0%	29.0%	

Total	Count	50	50	100
	Expected Count	50.0	50.0	100.0
	% within Status Tinggal	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Status Gizi * Status Tinggal Crosstabulation

			Status Tinggal		Total
			Tinggal bersama keluarga	Tinggal di UPT PSTW	
Status Gizi	Kurang	Count	21	6	27
		% within Status Tinggal	42.0%	12.0%	27.0%
		% of Total	21.0%	6.0%	27.0%
Normal	Normal	Count	29	44	73
		% within Status Tinggal	58.0%	88.0%	73.0%
		% of Total	29.0%	44.0%	73.0%
Total	Total	Count	50	50	100
		% within Status Tinggal	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.416 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	9.944	1	.002		
Likelihood Ratio	11.930	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.301	1	.001		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Aktivitas Fisik * Status Tinggal

			Status Tinggal		Total
			Tinggal bersama keluarga	Tinggal di UPT PSTW	
Aktivitas Fisik	Ringan	Count	41	50	91
		% within Status Tinggal	82.0%	100.0%	91.0%
		% of Total	41.0%	50.0%	91.0%
	Sedang	Count	9	0	9
		% within Status Tinggal	18.0%	0.0%	9.0%
		% of Total	9.0%	0.0%	9.0%
Total	Count	50	50	100	
	% within Status Tinggal	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.890 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	7.814	1	.005		
Likelihood Ratio	13.368	1	.000		
Fisher's Exact Test				.003	.001
Linear-by-Linear Association	9.791	1	.002		
N of Valid Cases	100				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Domain Fisik * Status Tinggal

			Status Tinggal		Total
			Tinggal bersama keluarga	Tinggal di UPT PSTW	
Domain Fisik	Buruk	Count	0	1	1
		% within Status Tinggal	0.0%	2.0%	1.0%
		% of Total	0.0%	1.0%	1.0%
	Sedang	Count	31	39	70
		% within Status Tinggal	62.0%	78.0%	70.0%
		% of Total	62.0%	78.0%	70.0%

		% of Total	31.0%	39.0%	70.0%
Baik	Count		19	10	29
	% within Status Tinggal		38.0%	20.0%	29.0%
	% of Total		19.0%	10.0%	29.0%
Total	Count		50	50	100
	% within Status Tinggal		100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.707 ^a	2	.095
Likelihood Ratio	5.142	2	.076
Linear-by-Linear Association	4.468	1	.035
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

Domain Psikologis * Status Tinggal

			Status Tinggal		Total
			Tinggal bersama keluarga	Tinggal di UPT PSTW	
Domain Psikologis	Sedang	Count	29	25	54
		% within Status Tinggal	58.0%	50.0%	54.0%
		% of Total	29.0%	25.0%	54.0%
	Baik	Count	21	25	46
		% within Status Tinggal	42.0%	50.0%	46.0%
		% of Total	21.0%	25.0%	46.0%
Total	Count	50	50	100	
	% within Status Tinggal	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	.644 ^a	1	.422		
Continuity Correction ^b	.362	1	.547		
Likelihood Ratio	.645	1	.422		
Fisher's Exact Test				.547	.274
Linear-by-Linear Association	.638	1	.425		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Domain Sosial * Status Tinggal

			Status Tinggal		Total
			Tinggal bersama keluarga	Tinggal di UPT PSTW	
Domain Sosial	Buruk	Count	0	3	3
		% within Status Tinggal	0.0%	6.0%	3.0%
		% of Total	0.0%	3.0%	3.0%
	Sedang	Count	31	37	68
		% within Status Tinggal	62.0%	74.0%	68.0%
		% of Total	31.0%	37.0%	68.0%
	Baik	Count	19	10	29
		% within Status Tinggal	38.0%	20.0%	29.0%
		% of Total	19.0%	10.0%	29.0%
Total	Count	50	50	100	
	% within Status Tinggal	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.323 ^a	2	.042
Likelihood Ratio	7.529	2	.023
Linear-by-Linear Association	5.648	1	.017
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.50.

Domain Lingkungan * Status Tinggal

			Status Tinggal		Total
			Tinggal bersama keluarga	Tinggal di UPT PSTW	
Domain Lingkungan	Sedang	Count	22	19	41
		% within Status Tinggal	44.0%	38.0%	41.0%
		% of Total	22.0%	19.0%	41.0%
	Baik	Count	28	31	59
		% within Status Tinggal	56.0%	62.0%	59.0%
		% of Total	28.0%	31.0%	59.0%
Total	Count	50	50	100	
	% within Status Tinggal	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.372 ^a	1	.542		
Continuity Correction ^b	.165	1	.684		
Likelihood Ratio	.372	1	.542		
Fisher's Exact Test				.685	.342
Linear-by-Linear Association	.368	1	.544		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.50.

b. Computed only for a 2x2 table