



**KUALITAS HIDUP LANSIA DI KECAMATAN KALISAT
KABUPATEN JEMBER
(STUDI KOMPARASI ANTARA ANGGOTA BINA KELUARGA LANSIA
DENGAN BUKAN ANGGOTA BINA KELUARGA LANSIA)**

SKRIPSI

**Oleh:
Aldiar Annisa Putri
NIM 132110101135**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



**KUALITAS HIDUP LANSIA DI KECAMATAN KALISAT
KABUPATEN JEMBER
(STUDI KOMPARASI ANTARA ANGGOTA BINA KELUARGA LANSIA
DENGAN BUKAN ANGGOTA BINA KELUARGA LANSIA)**

SKRIPSI

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

Oleh:
Aldiar Annisa Putri
NIM 132110101135

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya, Bapak Mudjiono dan Ibu Sri Supeni. Terimakasih atas kasih sayang, serta beribu-ribu do'a yang selalu mengiringi langkahku;
2. Adikku Afrizal Hussai Ayudha, terimakasih atas dukungannya selama ini dan motivasi yang diberikan kepadaku;
3. Guru-guru saya di TK Al Ihsan, SDN 2 Slahung, SMPN 1 Ponorogo, SMAN 2 Ponorogo, guru les, guru ngaji, dan semua dosen serta civitas akademika di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu serta membimbing penulis dengan penuh kesabaran dan dedikasi yang tinggi;
4. Alamamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTO

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan”

(Terjemahan Q.S. Asy-Syrah: 6)*

“Tuntutlah ilmu sebanyak mungkin karena ia akan menjagamu dan membuatmu
bercahaya di dunia dan di akhirat”

(Imam Syafi’i)**

“Mersudi Patitising Tindak Pusakane Titising Hening”

Mencari sampai mendapatkan tindakan yang benar dalam ketenangan

(PPS Betako Merpati Putih)

*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2013. *Al-Qur’an dan Terjemahnya*. Bandung: Syaamil Quran.

***) Khairul Ghazali. 2005. *30 Wasiat Imam Syafi’i*. Kuala Lumpur: PTS Millennia Sdn Bhd.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aldiar Annisa Putri

NIM : 132110101135

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul *Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember (Studi Komparasi antara Anggota Bina Keluarga Lansia dengan Bukan Anggota Bina Keluarga Lansia)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

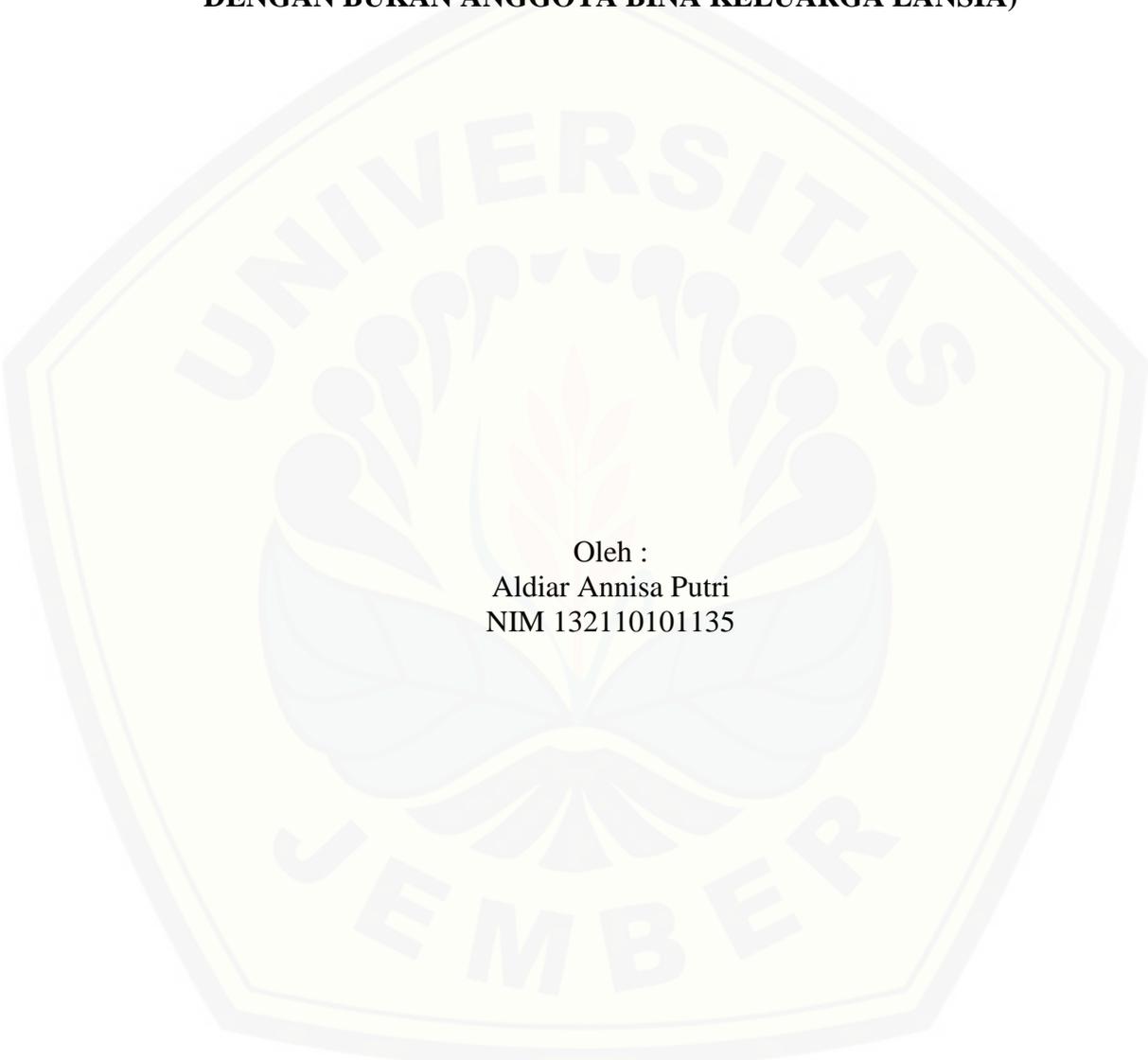
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari lain pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 4 Desember 2017
Yang menyatakan

Aldiar Annisa Putri
NIM 132110101135

SKRIPSI

**KUALITAS HIDUP LANSIA DI KECAMATAN KALISAT KABUPATEN JEMBER
(STUDI KOMPARASI ANTARA ANGGOTA BINA KELUARGA LANSIA
DENGAN BUKAN ANGGOTA BINA KELUARGA LANSIA)**



Oleh :
Aldiar Annisa Putri
NIM 132110101135

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.
Dosen Pembimbing Anggota : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember (Studi Komparasi antara Anggota Bina Keluarga Lansia dengan Bukan Anggota Bina Keluarga Lansia)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan

Masyarakat Jember pada:

Hari : Senin

Tanggal : 4 Desember 2017

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH. (.....)
NIP. 19770108 200501 2 004

2. DPA : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 19800825 200604 1 005

Penguji

1. Ketua : Dr. Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 19730604 200112 1 003

2. Sekretaris : Sulistiyani, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 19760615 200212 2 002

3. Anggota : Drs. Rijadi Budi Tjahjono (.....)
NIP. 19610320 199203 1 005

Mengesahkan
Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800516200312 2 002

RINGKASAN

Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember (Studi Komparasi antara Anggota Bina Keluarga Lansia dengan Bukan Anggota Bina Keluarga Lansia); Aldiar Annisa Putri; 132110101135; 2017; 82 halaman; Bagian Epidemiologi Dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Kualitas hidup merupakan persepsi individu secara keseluruhan mengenai kebahagiaan dan kepuasan dalam kehidupan serta lingkungan sekitar tempat dia tinggal. Pada lansia terjadi penurunan pada kemampuan fisik, mental, serta sosial. Keterbatasan-keterbatasan tersebut dapat menghambat kesejahteraan lansia hingga akhirnya berdampak pada penurunan kualitas hidupnya. Bina Keluarga Lansia (BKL) merupakan kelompok yang dibentuk oleh BKKBN dan bertujuan agar lansia tetap sehat, mandiri, aktif, serta produktif sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Salah satu kelompok BKL yang ada di Jember adalah kelompok BKL di Kecamatan Kalisat.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember. Pengukuran kualitas hidup dapat menjadi indikator dari dampak program BKL terhadap lansia di Kecamatan Kalisat. Metode penelitian yang digunakan adalah observasional, analitik, dengan desain penelitian *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah seluruh lansia berusia 60 tahun ke atas di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember dengan sampel 50 lansia anggota BKL dan 50 lansia bukan anggota BKL. Variabel bebas pada penelitian ini adalah keanggotaan BKL, dukungan keluarga, partisipasi sosial, aktivitas fisik, dan aktivitas olahraga. Sedangkan variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup. Pengukuran kualitas hidup lansia menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF. Instrument tersebut terdiri dari empat domain yaitu fisik, psikis, sosial, dan lingkungan dengan total 26 pertanyaan. Penelitian ini menggunakan analisis Chi Square, Mann Whitney, dan Kruskal Wallis.

Hasil analisis penelitian ini adalah: (1) tingkat pendidikan lansia anggota BKL secara signifikan ($p=0.005$) lebih tinggi daripada lansia bukan anggota BKL; (2) lansia anggota BKL secara signifikan memiliki dukungan keluarga yang lebih baik ($p=0.026$), partisipasi sosial yang lebih aktif ($p<0.001$), dan aktivitas olahraga yang lebih sering ($p=0.001$); (3) sebagian besar lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember memiliki kualitas hidup baik; (4) lansia yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki kualitas hidup secara subjektif ($p=0.001$) maupun menurut domain ($p=0.007$, $p<0.001$, $p=0.001$, $p=0.001$) yang lebih baik. Kelompok usia 60-74 tahun memiliki kualitas hidup pada domain lingkungan yang lebih baik ($p=0.013$) dibandingkan kelompok usia 75-90 tahun. Lansia yang memiliki pasangan cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik di semua domain ($p=0.051$, $p=0.041$, $p=0.002$, $p=0.037$); (5) lansia yang memiliki dukungan keluarga lebih baik ($p=0.002$), partisipasi sosial lebih aktif ($p=0.003$), dan aktivitas olahraga yang lebih sering ($p<0.001$) cenderung memiliki kualitas hidup secara subjektif maupun menurut domain yang lebih baik. Lansia yang memiliki aktivitas fisik sedang cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik namun hanya signifikan pada domain psikis ($p=0.014$) dan sosial ($p=0.012$); (6) lansia anggota BKL secara signifikan memiliki kualitas hidup secara subjektif ($p=0.001$) dan menurut domain ($p<0.001$) yang lebih baik dibandingkan lansia bukan anggota BKL. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kegiatan BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember telah berhasil meningkatkan kualitas hidup lansia anggotanya.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, disarankan bagi lansia untuk tetap berpartisipasi dalam kegiatan sosial di masyarakat serta tetap menjaga kebugaran dengan cara berolahraga secara teratur. Disarankan bagi keluarga lansia agar tetap memberikan dukungannya serta menjalin komunikasi yang baik kepada lansia. Saran bagi pengelola BKL, DPPPAB Jember, dan BKKBN adalah diadakannya pelatihan dan pertemuan kader BKL serta dapat memberikan alokasi dana untuk kegiatan BKL. Selain itu, perlu diadakan pertemuan antar kader BKL sehingga dapat saling berbagi informasi mengenai kegiatan BKL.

SUMMARY

Quality of Life of Elderly in District of Kalisat, Jember Regency (Comparative Study Between Bina Keluarga Lansia Members and non-Bina Keluarga Lansia Members); Aldiar Annisa Putri; 132110101135; 82 pages; Departement of Epidemiology, Biostatistic and Population, Faculty of Public health, University of Jember.

Quality of life is individual's perception of happiness and satisfaction in life and environment in which they live. Elderly is a condition that has a decrease in physical, mental, and social abilities. That conditions can hamper their well-being so that can impact on the lowering of their quality of life. Bina Keluarga Lansia (BKL) is a group that is formed by BKKBN for elderly to improve their quality of life. One of BKL group in Jember Regency is BKL group in District of Kalisat.

This research aimed to find out the difference in the quality of life between elderly of BKL members and non-BKL members in District of Kalisat, Jember Regency. Measuring the quality of life of the elderly can be an indicator of the impact of BKL program on the elderly in District of Kalisat, Jember Regency. This research used observational, analytical, and cross sectional method. The total population in this study were all elderly 60 years old and over in District of Kalisat, Jember Regency. The sample of this study were 50 elderly member of BKL and 50 elderly non-BKL members. The independent variables in this study were BKL membership, family support, social participation, physical activity, and exercise activity. The dependent variable in this study was a quality of life. Quality of life of elderly was assessed by using WHOQOL-BREF questionnaire. This instrument contains four domains: physical health, psychological, social relationship, and environment with a total of 26 questions. This study used Chi-Square, Mann Whitney, and Kruskal Wallis analysis.

The result of this research are: (1) education level in elderly BKL members significantly higher ($p=0.005$) than elderly non-BKL members; (2) elderly BKL members have better family support ($p=0.026$), more active social participation

($p < 0.001$), and more frequent exercise activities ($p = 0.001$) than non-BKL members; (3) most of the elderly in District of Kalisat, Jember Regency have good quality of life; (4) elderly who have higher levels of education tend to have better subjective quality of life ($p = 0.001$) and better score in all domains ($p = 0.007$, $p < 0.001$, $p = 0.001$, $p = 0.001$). The elderly in 60-74 age group have a better quality of life in environment domain ($p = 0.013$) than elderly in 75-90 age group. Elderly that living with partner tend to have better score in all domains of quality of life ($p = 0.051$, $p = 0.041$, $p = 0.002$, $p = 0.037$); (5) elderly with better family support ($p = 0.002$), more active social participation ($p = 0.003$), and more frequent exercise activities ($p < 0.001$) tend to have a better subjective quality of life and better score on all domains. Elderly with moderate physical activity tend to have a better score in all domains but only significant in psychological ($p = 0.014$) and social ($p = 0.012$) domains; (6) elderly BKL members have better subjective quality of life ($p = 0.001$) and better score on all domains ($p < 0.001$) than the elderly non-BKL members. The result of this study means that BKL program in District Kalisat, Jember Regency had succeeded in improving quality of life of elderly with related factors such as family support, social participation, and exercise activities.

Based on the result of this study, it recommended for elderly to keep participating social activities in the community and maintaining the physical health with exercising regularly, and also for elderly families to support the elderly and establish communication with elderly. The suggestions that can be given for manager of BKL, DPPPAKB Jember, and BKKBN is to hold a training to increase knowledge of BKL cadres so that BKL activities can run better and allocate fund for BKL activities. Besides that, BKL cadres meeting in District of Kalisat, Jember Regency is needed for sharing information about BKL.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulisan skripsi dengan judul “Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember (Studi Komparasi antara Anggota Bina Keluarga Lansia dengan Bukan Anggota Bina Keluarga Lansia)” dapat diselesaikan. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan Strata Satu (S-1) Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis dalam menyelesaikan skripsi ini telah banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Ibu Dr. Farida Wahyuningtyias, S.KM., M.Kes., selaku Wakil Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH., selaku Ketua Bagian Epidemiologi Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bantuan serta meluangkan waktu, pikiran, dan perhatiannya guna memberikan bimbingan serta pengarahan demi terselesaikannya penulisan skripsi ini.
4. Bapak Andrei Ramani, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatiannya guna memberikan bimbingan serta pengarahan demi terselesaikannya penulisan skripsi ini.
5. Bapak Dr. Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes. selaku ketua penguji yang telah memberikan pengetahuan, saran, dan masukan demi terselesaikannya skripsi ini.
6. Ibu Sulistiyani S.KM., M.Kes. selaku penguji anggota yang telah memberikan pengetahuan, saran, dan masukan demi terselesaikannya skripsi ini.
7. Seluruh dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan bimbingan dan ilmu pengetahuan kepada penulis.

8. Seluruh staf dan karyawan di Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan bantuan informasi, sarana, dan prasarana kepada penulis.
9. Bapak Drs. Rijadi Budi Tjahjono, selaku Kepala Bidang Pengendalian Penduduk, KB, dan KS DPPPAKB Kabupaten Jember serta selaku penguji anggota yang telah memberikan banyak informasi dan saran kepada penulis demi terselesaikannya skripsi ini.
10. Ibu Ismiati Kadir, selaku Ketua BKL Melati di Kecamatan Kalisat yang juga telah memberikan banyak informasi kepada penulis demi terselesaikannya skripsi ini.
11. Kedua orang tua yang senantiasa dan tiada hentinya memberikan doa dan dukungan.
12. Teman-temanku yang telah banyak membantu dan memberikan warna dalam kehidupan saya; Ryan S. Hartono, Dyah Ayu, Muhammad Khumaidi, Binti Masruroh, Nita Sulis, dan Alivia Davi, serta Alfani Rohman yang turut membantu dalam penelitian saya; terimakasih atas semuanya.
13. Semua teman-teman di Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2013 yang telah bersama-sama berjuang, khususnya peminatan Biostatistika Kependudukan 2013 (Dika, Holfi, Diana, Arsyah, Wulan, Ardi, Nabigh, Ave, dan Nika) yang telah memberikan dukungan selama pengerjaan skripsi ini.
14. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Penulis telah menyusun skripsi ini dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Oleh karena itu, penulis dengan tangan terbuka menerima kritik dan saran yang membangun. Semoga tulisan ini dapat berguna bagi pihak-pihak yang memanfaatkan.

Jember, Desember 2017

Aldiar Annisa Putri

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|----------------|
| HALAMAN SAMPUL | i |
| HALAMAN JUDUL | ii |
| HALAMAN PERSEMBAHAN | iii |
| HALAMAN MOTO | iv |
| HALAMAN PERNYATAAN | v |
| HALAMAN PEMBIMBINGAN | vi |
| HALAMAN PENGESAHAN | vii |
| RINGKASAN | viii |
| SUMMARY | x |
| PRAKATA | xii |
| DAFTAR ISI | xiv |
| DAFTAR TABEL | xviii |
| DAFTAR GAMBAR | xx |
| DAFTAR LAMPIRAN | xxi |
| DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI | xxii |
| BAB 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 6 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 6 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 6 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus..... | 6 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 7 |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis | 7 |
| 1.4.2 Manfaat Praktis..... | 7 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA | 8 |
| 2.1 Lansia | 8 |
| 2.1.1 Pengertian Lansia | 8 |
| 2.1.2 Batasan Lansia..... | 9 |

| | | |
|---------------|---|-----------|
| 2.1.3 | Proses Menua (<i>Ageing Process</i>)..... | 9 |
| 2.1.4 | Teori Sosial tentang Penuaan | 10 |
| 2.2 | Kualitas Hidup..... | 13 |
| 2.2.1 | Pengertian Kualitas Hidup..... | 13 |
| 2.2.2 | Pengukuran Kualitas Hidup..... | 14 |
| 2.3 | Bina Keluarga Lansia (BKL) | 17 |
| 2.3.1 | Definisi BKL | 17 |
| 2.3.2 | Tujuan BKL..... | 17 |
| 2.3.3 | Kegiatan BKL..... | 17 |
| 2.3.4 | Sasaran BKL..... | 18 |
| 2.4 | Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Lansia | 19 |
| 2.4.1 | Usia..... | 19 |
| 2.4.2 | Jenis Kelamin | 19 |
| 2.4.3 | Pendidikan | 20 |
| 2.4.4 | Status Pernikahan | 20 |
| 2.4.5 | Pekerjaan | 21 |
| 2.4.6 | Status Kesehatan..... | 21 |
| 2.4.7 | Status Gizi | 21 |
| 2.4.8 | Dukungan Keluarga..... | 22 |
| 2.4.9 | Partisipasi Sosial..... | 23 |
| 2.4.10 | Aktivitas Fisik | 24 |
| 2.4.11 | Aktivitas Olahraga..... | 25 |
| 2.4.12 | Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Masyarakat | 26 |
| 2.5 | Kerangka Teori..... | 27 |
| 2.6 | Kerangka Konsep | 28 |
| 2.7 | Hipotesis | 29 |
| BAB 3. | METODE PENELITIAN..... | 30 |
| 3.1 | Jenis Penelitian | 30 |
| 3.2 | Tempat dan Waktu Penelitian | 30 |
| 3.2.1 | Tempat Penelitian..... | 30 |
| 3.2.2 | Waktu Penelitian | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian | 31 |
| 3.3.1 Populasi Penelitian | 31 |
| 3.3.2 Sampel Penelitian | 32 |
| 3.3.3 Metode Pengambilan Sampel | 33 |
| 3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional..... | 34 |
| 3.4.1 Variabel Penelitian | 34 |
| 3.4.2 Definisi Operasional | 35 |
| 3.5 Data dan Sumber Data..... | 37 |
| 3.5.1 Data Primer..... | 37 |
| 3.5.2 Data Sekunder | 38 |
| 3.6 Teknik dan Instrument Pengumpulan Data | 38 |
| 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data | 38 |
| 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data | 38 |
| 3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data..... | 40 |
| 3.7.1 Teknik Pengolahan Data..... | 40 |
| 3.7.2 Teknik Penyajian Data | 41 |
| 3.7.3 Teknik Analisis Data | 41 |
| 3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrument..... | 43 |
| 3.9 Alur Penelitian | 45 |
| BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 46 |
| 4.1 Hasil Penelitian | 46 |
| 4.1.1 Perbedaan Keanggotaan BKL berdasarkan Karakteristik Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 46 |
| 4.1.2 Perbedaan Keanggotaan BKL berdasarkan Dukungan Keluarga, Partisipasi Sosial, Aktivitas Fisik, dan Aktivitas Olahraga Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 48 |
| 4.1.3 Gambaran Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 50 |
| 4.1.4 Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Lansia berdasarkan Karakteristik Responden di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember..... | 52 |

| | | |
|-----------------------------|---|-----------|
| 4.1.5 | Analisis Perbedaan Kualitas Hidup berdasarkan Dukungan Keluarga, Partisipasi Sosial, Aktivitas Fisik, dan Aktivitas Olahraga Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 56 |
| 4.1.6 | Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Lansia antara Anggota BKL dengan Bukan Anggota BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 60 |
| 4.2 | Pembahasan | 63 |
| 4.2.1 | Analisis Perbedaan Karakteristik Lansia Berdasarkan Keanggotaan BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember... | 63 |
| 4.2.2 | Analisis Perbedaan Dukungan Keluarga, Partisipasi Sosial, Aktivitas Fisik, dan Aktivitas Olahraga Lansia berdasarkan Keanggotaan BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember... | 66 |
| 4.2.3 | Gambaran Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 71 |
| 4.2.4 | Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Lansia berdasarkan Karakteristik Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember..... | 72 |
| 4.2.5 | Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Lansia berdasarkan Dukungan Keluarga, Partisipasi Sosial, Aktivitas Fisik, dan Aktivitas Olahraga di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 76 |
| 4.2.6 | Perbedaan Kualitas Hidup Lansia antara Anggota BKL dengan Bukan Anggota BKL | 78 |
| BAB 5. | PENUTUP | 81 |
| 5.1 | Kesimpulan | 81 |
| 5.2 | Saran..... | 82 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 84 |
| LAMPIRAN | | 90 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|---|---------|
| 2.1 <i>Lower Value dan Possible Range Score</i> | 16 |
| 2.2 <i>Cut of Point</i> domain WHOQOL-BREF | 16 |
| 3.1 Distribusi besar sampel menurut desa | 34 |
| 3.2 Definisi Operasional | 35 |
| 4.1 Perbedaan Keanggotaan BKL berdasarkan Karakteristik Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 46 |
| 4.2 Perbedaan Keanggotaan BKL berdasarkan Dukungan Keluarga, Partisipasi Sosial, Aktivitas Fisik, dan Aktivitas Olahraga di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 48 |
| 4.3 Distribusi Kualitas Hidup Lansia menurut Domain di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 51 |
| 4.4 Pengkatagorian Kualitas Hidup Lansia menurut Domain di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 52 |
| 4.5 Perbedaan Kualitas Hidup Lansia secara Subjektif berdasarkan Karakteristik Responden di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 53 |
| 4.6 Perbedaan Kualitas Hidup Lansia menurut Domain berdasarkan Karakteristik Responden di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 55 |
| 4.7 Perbedaan Kualitas Hidup secara Subjektif berdasarkan Dukungan Keluarga, Partisipasi Sosial, Aktivitas Fisik, dan Aktivitas Olahraga Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 57 |
| 4.8 Perbedaan Kualitas Hidup menurut Domain berdasarkan Dukungan Keluarga, Partisipasi Sosial, Aktivitas Fisik, dan Aktivitas Olahraga Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 59 |
| 4.9 Uji Komparasi Kualitas Hidup antara Lansia Anggota BKL dengan Lansia Bukan Anggota BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember | 61 |

4.10 Uji Komparasi Kualitas Hidup menurut domain WHOQOL-BREF
antara Lansia Anggota BKL dengan Lansia Bukan Anggota BKL di
Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember 62

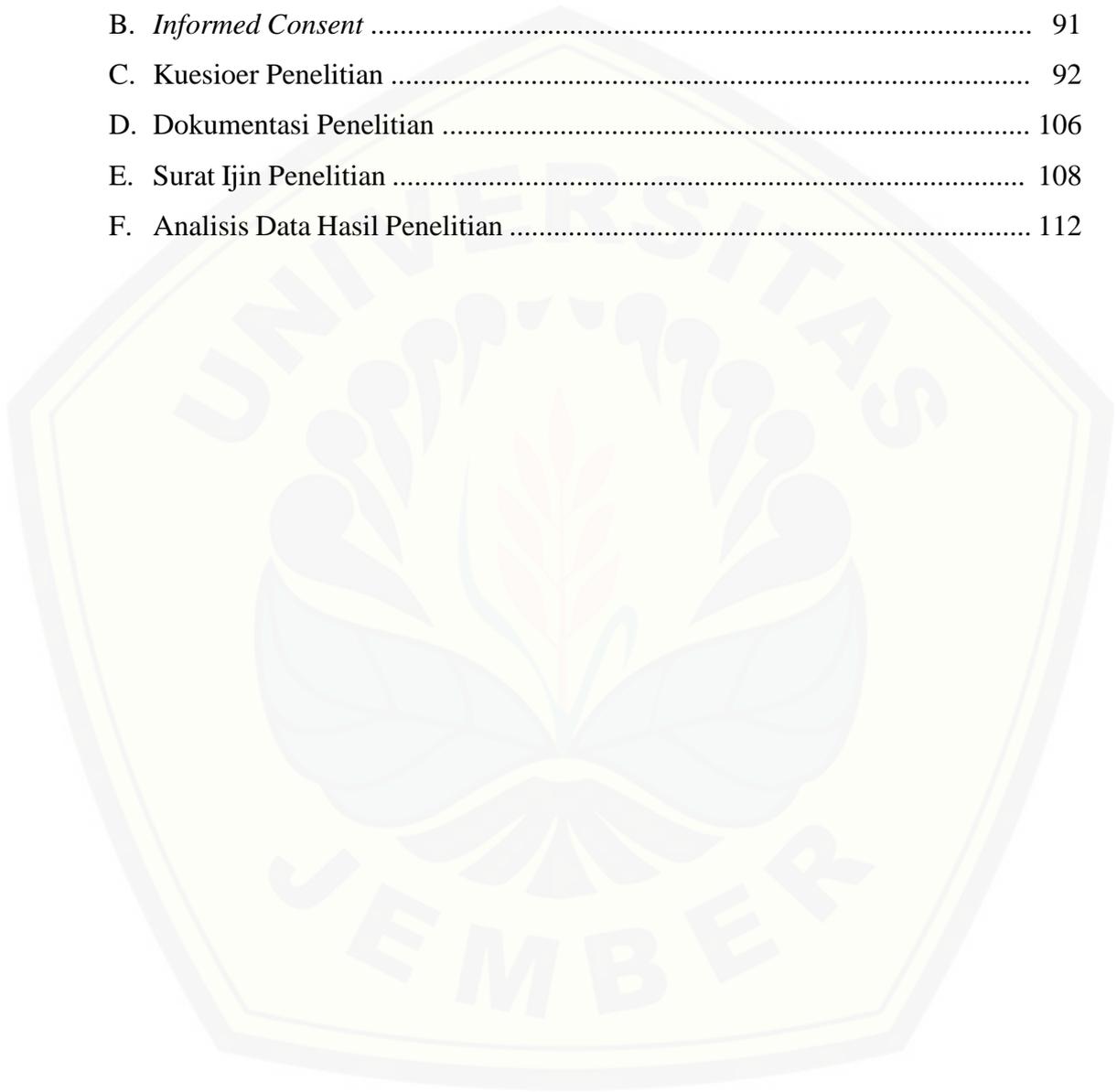


DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---|---------|
| 2. 1 Kerangka Teori | 27 |
| 2. 2 Kerangka Konsep | 28 |
| 3. 1 Alur Penelitian | 45 |
| 4. 1 Distribusi Kualitas Hidup Lansia secara Subjektif di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember..... | 51 |
| 4. 2 Distribusi Kualitas Hidup Lansia secara Subjektif menurut Keanggotaan BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember..... | 60 |
| 4. 3 Distribusi Kualitas Hidup Lansia menurut domain berdasarkan Keanggotaan BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember..... | 62 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|---|---------|
| A. Pengantar Kuesioner | 90 |
| B. <i>Informed Consent</i> | 91 |
| C. Kuesioer Penelitian | 92 |
| D. Dokumentasi Penelitian | 106 |
| E. Surat Ijin Penelitian | 108 |
| F. Analisis Data Hasil Penelitian | 112 |



DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

| | |
|---------|---|
| BKKBN | : Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional |
| BKL | : Bina Keluarga Lansia |
| BPS | : Badan Pusat Statistik |
| DPPPAKB | : Dinas Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak dan Keluarga Berencana |
| SD | : Sekolah Dasar |
| SMA | : Sekolah Menengah Atas |
| SMP | : Sekolah Menengah Pertama |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |
| WHOQOL | : <i>World Health Organization Quality of Life</i> |

Daftar Notasi

| | |
|----------|--------------------------|
| % | : Persentase |
| < | : Kurang dari |
| > | : Lebih dari |
| ≥ | : Lebih dari sama dengan |
| α | : Alpha |
| H_0 | : H null |
| n | : Besar sampel |

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan nasional di berbagai bidang telah memperbaiki kualitas kesehatan dan kondisi sosial ekonomi masyarakat secara umum (BPS, 2015a:3). Pembangunan nasional mencakup semua dimensi dan aspek kehidupan termasuk perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga. Penduduk menjadi titik sentral pembangunan berkelanjutan karena jumlah penduduk yang besar dengan kualitas rendah akan memperlambat tercapainya kondisi yang ideal antara kuantitas dan kualitas penduduk. Keberhasilan dalam mewujudkan pertumbuhan penduduk yang seimbang dan mengembangkan kualitas penduduk dapat memperbaiki segala aspek dan dimensi pembangunan di kehidupan masyarakat (UU No. 52 tahun 2009:1-2).

Usia Harapan Hidup merupakan salah satu indikator pembangunan terutama di bidang kesehatan. Keberhasilan pembangunan di berbagai bidang terutama bidang kesehatan menyebabkan terjadinya peningkatan Usia Harapan Hidup (UHH) penduduk dunia termasuk Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2012:1). Berdasarkan hasil sensus penduduk Indonesia tahun 2010, penduduk Indonesia memiliki usia harapan hidup mencapai 70,7 tahun. Hal tersebut jauh lebih baik dari usia harapan hidup tiga atau empat dekade sebelumnya, yaitu di bawah 60 tahun. Meningkatnya angka harapan hidup telah menambah jumlah penduduk lanjut usia (lansia) dan mengubah struktur penduduk Indonesia (BPS, 2015a:3).

Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016 ada sekitar 600 juta orang yang berusia 60 tahun ke atas di seluruh dunia. Jumlah ini akan berlipat ganda pada tahun 2025 dan akan mencapai dua miliar pada tahun 2050. Sebagian besar lansia berada di negara berkembang. Sensus penduduk tahun 2010 menunjukkan bahwa Indonesia termasuk lima besar negara dengan jumlah penduduk lanjut usia terbanyak, yakni mencapai 18,1 juta jiwa atau 9,6 persen dari total penduduk Indonesia. Berdasarkan hasil proyeksi penduduk Indonesia tahun 2010-2035, pada tahun 2035 proporsi penduduk lansia akan meningkat menjadi dua kali lipat kondisi tahun 2010, yaitu 15 persen dari 305 juta penduduk. Dengan

demikian, Indonesia akan memasuki *ageing population* karena penduduk lansia (yang berusia >60 tahun) berada di atas 10 persen (BKKBN, 2015:1).

Meningkatnya jumlah penduduk lansia akan menimbulkan permasalahan di berbagai aspek kehidupan lansia, baik secara individu maupun dalam kaitannya dengan keluarga dan masyarakat. Permasalahan tersebut berupa aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi. Dari sekian banyak permasalahan yang dihadapi, kesehatan dan kesejahteraan merupakan masalah yang mendominasi dalam kehidupan mereka (Kuswardani, 2009:1). Kesejahteraan menjadi salah satu kriteria untuk kualitas hidup lansia sehingga mereka dapat menikmati kehidupan masa tuanya (Setiabudhi dan Hardywinoto, 2005:143).

Seiring dengan peningkatan jumlah penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan, jumlah lansia yang mengalami permasalahan ekonomi juga semakin tinggi dan bahkan ada sebagian lansia yang terlantar (Nugroho, 2012:2). Hasil Sakernas pada bulan Agustus 2015, penduduk lanjut usia yang bekerja di Indonesia sebesar 46,53 persen. Separuh lebih dari penduduk lansia yang bekerja memperoleh upah/gaji/pendapatan kurang dari 1 juta rupiah dalam satu bulan (BPS, 2016:1). Jumlah lansia terlantar di Jawa Timur pada tahun 2014 sudah mencapai 113.407 jiwa (BPS, 2015b:114). Peningkatan usia harapan hidup jika tidak dibarengi dengan kualitas lansia maka akan menyebabkan lansia menjadi beban pada pembangunan. Hal ini dapat disebabkan akibat proses penuaan sehingga kondisi fisik maupun non fisik mengalami penurunan dan menyebabkan lansia tidak produktif lagi. Kondisi tersebut dapat menyebabkan permasalahan yang tidak ringan, sementara kebutuhan hidup pada lansia tetap perlu dipenuhi (BKKBN, 2012:12).

Semakin lanjut usia, mereka akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik dan dapat menyebabkan penurunan peran sosial (Tamher dan Noorkasiani, 2009:5). Kemampuan fisik yang menurun pada lansia ditandai dengan munculnya berbagai gejala penyakit yang belum pernah diderita pada usia muda. Faktor fisik yang kurang baik akan membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk mengaktualisasikan dirinya disebabkan keterbatasan fisik yang dimiliki. Keterbatasan tersebut akan menghambat pencapaian kesejahteraan fisik

dan pada akhirnya akan berdampak pada kualitas hidup yang rendah (Rohmah *et al.*, 2012:126).

Kesibukan sosial lansia juga akan semakin berkurang sejalan dengan semakin lanjut usianya (Tamher dan Noorkasiani, 2009:5). Hal tersebut sesuai dengan teori pembebasan (*Disengagement theory*), yaitu lansia secara berangsur-angsur melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya, keadaan ini mengakibatkan interaksi lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas (Setiabudhi dan Hardywinoto, 2005:45). Berubahnya nilai sosial masyarakat yang mengarah kepada tatanan masyarakat individualistik, menyebabkan lansia kurang dihargai dan dihormati. Oleh karena itu lansia menjadi tersisih dari kehidupan masyarakat dan bisa menjadi terlantar (Padila, 2013:3). Seiring dengan penurunan fungsional, ketergantungan ekonomi, dan isolasi sosial pada lansia menyebabkan kualitas hidup lansia terganggu (Ibrahim *et al.*, 2013:60).

Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental lansia, memberikan motivasi, serta memfasilitasi kebutuhan spiritual lansia (Padila, 2013:92). Keluarga memiliki peran penting dalam menentukan kesehatan lansia yang nantinya akan berhubungan dengan kualitas hidup lansia (Supraba, 2015:56). Berhubung terjadi perkembangan pola kehidupan keluarga yang secara fisik mengarah pada bentuk keluarga kecil, hubungan kekerabatan semakin melemah. Hal tersebut menyebabkan anggota keluarga yang berusia lanjut kurang diperhatikan, dihargai, dan dihormati. (Nugroho, 2012:6).

Kemampuan fungsional lansia dalam melaksanakan fungsi kehidupan sehari-harinya harus dipertahankan semandiri mungkin (Tamher dan Noorkasiani, 2009:70). Aktivitas fisik merupakan salah satu determinan dari kualitas hidup pada lansia (McNaughton *et al.*, 2012:6). Dengan melakukan aktivitas fisik, lansia dapat mempertahankan bahkan meningkatkan derajat kesehatannya. Lansia memerlukan beberapa penyesuaian dalam melakukan aktivitas fisik sehari-hari karena keterbatasan fisik yang dimilikinya (Fatmah, 2010:166).

Olahraga (*exercise*) merupakan bagian dari aktivitas fisik yang bertujuan untuk memelihara kebugaran fisik (Welis dan Rifki, 2013:2). Olahraga dapat menjaga dan meningkatkan kualitas hidup seseorang. Berbagai macam olahraga dapat meningkatkan fungsi fisik dan kualitas hidup pada lansia. Tujuan dari olahraga pada lansia adalah untuk meningkatkan kekuatan sehingga dapat meningkatkan kemampuannya dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Heydarnejad dan Dehkordi, 2010:1). Pada umumnya olahraga baik untuk kesehatan, tetapi ada beberapa bentuk olahraga yang tidak cocok dengan penyakit yang diderita lansia (Fatmah, 2010:171).

Pada level global, kualitas hidup lansia merupakan sesuatu yang penting mendapatkan perhatian karena menggambarkan status kesehatan dan kesejahteraan lansia (Kumar *et al.*, 2014). Kualitas hidup (*quality of life*) merupakan persepsi individu secara keseluruhan mengenai kebahagiaan dan kepuasan dalam kehidupan dan lingkungan sekitar dimana dia hidup (Sari, 2013:5). Semakin panjang usia lansia, kualitas hidupnya harus lebih ditingkatkan (Hong *et al.*, 2015:2).

Program Keluarga Berencana merupakan salah satu program untuk meningkatkan kualitas penduduk, mutu sumber daya manusia, kesehatan dan kesejahteraan sosial yang dilaksanakan antara lain melalui peningkatan ketahanan keluarga dan kesejahteraan keluarga (BKKBN, 2016a:10). Pembinaan ketahanan dan kesejahteraan keluarga dimaksudkan untuk mendukung keluarga agar dapat melaksanakan fungsi keluarga secara optimal. Pembinaan ketahanan dan kesejahteraan keluarga dilakukan pada seluruh kelompok usia penduduk yaitu dari anak hingga lansia. Pelaksanaan kebijakan tersebut pada kelompok lansia dilakukan dengan cara peningkatan kualitas hidup lansia agar tetap produktif dan berguna bagi keluarga dan masyarakat dengan pemberian kesempatan untuk berperan dalam kehidupan bangsa (UU No. 52 tahun 2009:30).

Seiring dengan semakin kompleksnya permasalahan yang dihadapi lansia, melalui program Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga, BKKBN membentuk kelompok Tribina yang salah satunya adalah kelompok Bina Keluarga Lansia di seluruh kelurahan dan desa di Indonesia. Berbagai kegiatan bersama sektor terkait seperti kesehatan dan pendidikan, telah dilakukan agar lansia tetap sehat, mandiri,

aktif, serta produktif (BKKBN, 2015:1). Bina Keluarga Lansia (BKL) merupakan suatu wadah yang dilakukan oleh keluarga yang memiliki lansia untuk mengetahui, memahami, dan mampu membina kondisi dan masalah yang dihadapi lansia. BKL bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan lansia, melalui kepedulian dan peran keluarga dalam mewujudkan lansia yang sehat, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, mandiri, produktif, dan bermanfaat bagi keluarga serta masyarakat (BKKBN, 2010 dalam Yusnadi, 2013:9).

Kegiatan kelompok Tribina di Kabupaten Jember dalam pelaksanaannya menempati posisi terbawah diantara kegiatan-kegiatan lainnya. Penggerakan kegiatan sangat minim dikarenakan tidak adanya asupan anggaran kepada kader. Kegiatan BKL di masyarakat justru muncul atas inisiatif dari lansia untuk membentuk suatu kegiatan bersama dalam rangka meningkatkan kesehatan dan mengisi waktu luang. Salah satu kelompok BKL yang berjalan dengan baik di Kabupaten Jember adalah kelompok BKL Melati di Kecamatan Kalisat. Kelompok BKL Melati di Kecamatan Kalisat merupakan satu-satunya kelompok BKL di Kabupaten Jember yang pernah meraih juara pada lomba kelompok BKL tingkat Provinsi Jawa Timur pada tahun 2015. Hingga saat ini belum ada kelompok BKL di Kecamatan lain di Kabupaten Jember yang meraih juara pada perlombaan yang sama. Hal tersebut menunjukkan bahwa kelompok BKL Melati di Kecamatan Kalisat merupakan kelompok BKL yang sudah berjalan dengan sangat baik di Kabupaten Jember dibandingkan Kecamatan lainnya.

Kelompok BKL di Kecamatan Kalisat memiliki struktur organisasi yang terdiri dari lansia dan masyarakat yang peduli terhadap lansia sebagai kader yang menyusun dan memfasilitasi kegiatan BKL. Kegiatan BKL di Kecamatan kalisat antara lain adalah senam lansia, pengajian, pemeriksaan kesehatan, penyuluhan, dan pembinaan. Evaluasi pada kelompok BKL di Kecamatan Kalisat hanya terbatas pada proses kegiatannya sehingga belum diketahui dampak kegiatan BKL terhadap kualitas hidup lansia anggota BKL. Pengukuran kualitas hidup terhadap lansia penting dilakukan karena data yang didapat bisa digunakan sebagai petunjuk dalam pembuatan kebijakan kesehatan serta sebagai indikator dari dampak suatu program kesehatan (Hong *et al.*, 2015:2). Oleh karena itu, timbul ketertarikan peneliti untuk

mengetahui perbedaan kualitas hidup antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL di Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Dengan memperhatikan latar belakang masalah tersebut, maka dapat dirumuskan masalah penelitian dalam bentuk pertanyaan penelitian sebagai berikut: “Apakah terdapat perbedaan kualitas hidup antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis perbedaan kualitas hidup antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis perbedaan keanggotaan BKL berdasarkan karakteristik lansia yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, dan status pernikahan pada lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.
- b. Menganalisis perbedaan keanggotaan BKL berdasarkan dukungan keluarga, partisipasi sosial, aktivitas fisik, dan aktivitas olahraga di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.
- c. Menggambarkan kualitas hidup lansia secara subjektif dan kualitas hidup lansia menurut domain (fisik, psikis, sosial, dan lingkungan) di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis perbedaan kualitas hidup secara subjektif dan menurut domain berdasarkan karakteristik lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember
- e. Menganalisis perbedaan kualitas hidup secara subjektif dan menurut domain berdasarkan dukungan keluarga, partisipasi sosial, aktivitas fisik, dan aktivitas olahraga di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

- f. Menganalisis perbedaan kualitas hidup lansia secara subjektif maupun menurut domain antara anggota BKL dengan bukan anggota BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah dan mengembangkan ilmu kesehatan masyarakat dan kependudukan terkait lansia.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Untuk Lansia

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai pengetahuan bagi lansia dalam mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidupnya.

b. Untuk Keluarga Lansia

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan pengetahuan bagi keluarga lansia dalam menghadapi permasalahan pada lansia sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup lansia.

c. Untuk Pengelola BKL dan DPPAKB Jember

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai evaluasi kegiatan BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember sehingga dapat dijadikan acuan dalam pengembangan kegiatan BKL selanjutnya.

d. Untuk BKKBN

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan rujukan dan masukan bagi BKKBN dalam pengembangan program Bina Keluarga Lansia dan meningkatkan kualitas hidup lansia.

e. Untuk Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan rujukan dan masukan bagi penelitian selanjutnya yang terkait dengan kualitas hidup lansia.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan secara bertahap dalam jangka waktu tertentu. Lanjut usia merupakan proses alamiah dan berkesinambungan yang mengalami perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia pada jaringan atau organ yang pada akhirnya mempengaruhi keadaan fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan. Menua merupakan proses yang harus terjadi secara umum pada seluruh spesies secara progresif seiring waktu. Menjadi tua akan menghasilkan perubahan yang menyebabkan disfungsi organ dan kegagalan organ atau sistem tubuh tertentu (Fatmah, 2010:8).

Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin kabur, gerakan cenderung lambat, dan figur tubuh yang tidak proporsional. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif dan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Nugroho, 2012:11).

Menurut Reimer *et al.* (1999); Stanley and Beare (2007) dalam Azizah (2011:1) mendefinisikan lansia berdasarkan karakteristik sosial masyarakat bahwa orang telah dianggap tua jika menunjukkan ciri fisik seperti rambut telah beruban, kerutan kulit, dan hilangnya gigi. Dalam peran di masyarakat, lansia tidak bisa lagi melaksanakan fungsi perang orang dewasa, seperti kegiatan ekonomi produktif dan tidak dapat memenuhi tugas rumah tangga. Kriteria simbolik seseorang dianggap tua adalah ketika cucu pertamanya lahir. Dalam masyarakat kepulauan Pasifik, seseorang dianggap tua ketika ia berfungsi sebagai kepala dari garis keturunan keluarganya.

2.1.2 Batasan Lansia

Usia seseorang dapat dipandang dari 3 sisi yaitu, yang pertama usia kronologis atau umur sesungguhnya dalam rentang kehidupan tahun sejak lahir. Kedua, usia fisik, yaitu bagaimana kondisi tubuh kita saat ini. Yang ketiga, usia psikologis, yaitu bagaimana perasaan kita secara mental. Usia fisik adalah sesuatu yang dapat dipertahankan dan diperjuangkan. Usia psikologis biasanya sejalan dengan usia fisik tetapi hal ini kelihatan dari suasana hatinya, perasaan, dan emosinya (Hutapea, 2005:2).

Menurut WHO, lansia dikelompokkan menjadi empat kelompok yaitu: usia pertengahan (*middle age*) ialah usia 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) ialah usia 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) ialah usia 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) ialah usia di atas 90 tahun. Menurut Jos Masdani, lanjut usia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian. Pertama yaitu fase iuventus yang berusia antara 24 dan 40 tahun, kedua yaitu fase verilitas yang berusia antara 40 dan 40 tahun, ketiga yaitu fase praesenium yang berusia 55 dan 65 tahun, dan keempat adalah fase senium yang berusia antara 65 tahun hingga tutup usia (Nugroho, 2012:24).

Dalam konteks ini BKKBN menggunakan batasan lanjut usia terdiri dari pra-lansia (usia 50-60 tahun) dan lansia (60 tahun ke atas). Pada era pra-lansia pada umumnya lansia perempuan memasuki periode menopause. Meski usia merupakan cara untuk mendefinisikan lansia, namun pada dasarnya usia bukanlah faktor terpenting ketika membicarakan kebutuhan kesehatan lansia (BKL Melati, 2014:10).

2.1.3 Proses Menua (*Ageing Process*)

Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Proses menua merupakan hal yang normal dengan adanya perubahan pada fisik dan tingkah laku pada semua orang saat mencapai usia tertentu (Azizah, 2011:1). Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses

alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun secara psikologis. Proses menua pada setiap individu di tingkat organ tubuh tidak sama cepatnya. Adakalanya seseorang tergolong masih muda tetapi memiliki keterbatasan-keterbatasan seperti lanjut usia (Nugroho, 2012:11-12).

Secara individu, proses menua merupakan proses alami yang tidak dapat dielakkan, berpengaruh terhadap segi kehidupan fisik, mental, sosial, maupun spiritual. Permasalahannya adalah bagaimana upaya agar lansia tidak hanya sehat secara fisik dan sosial ekonomi yang berkecukupan, tetapi juga memperoleh rasa sejahtera. Proses penuaan adalah siklus kehidupan yang ditandai dengan tahap-tahap menurunnya berbagai fungsi organ tubuh misalnya pada sistem kardiovaskuler, pembuluh darah, pernapasan, pencernaan, endokrin, dan lain sebagainya. Kemampuan berbagai fungsi organ tubuh pada diri seorang lansia tidaklah sama dari satu lansia dibandingkan dengan lainnya. Berbagai upaya ditempuh baik secara fisik, mental, sosial, dan spiritual (agama) adalah dengan maksud untuk memperlambat proses penuaan sel-sel organ tubuh sehingga fungsinya dapat bertahan lebih lama yang pada gilirannya usianya pun bertambah panjang. Proses penuaan adalah siklus alami, yang pada saatnya tiba semua makhluk hidup termasuk manusia akan kembali kepada Sang Pencipta. Apa yang dapat diupayakan adalah memperlambat proses penuaan dan termasuk ke dalam golongan *well old*, yaitu sejahtera di usia senja (Hawari, 2007:9-10).

2.1.4 Teori Sosial tentang Penuaan

Setiabudhi dan Hardywinoto (2005:43-52) mengelompokkan teori sosial tentang penuaan menjadi lima kelompok yaitu:

a. Teori Interaksi Sosial (*Social Exchange Theory*)

Teori ini mencoba menjelaskan mengapa lanjut usia bertindak pada suatu situasi tertentu, yaitu atas dasar hal-hal yang dihargai masyarakat. Mauss (1954), Homans (1961), dan Blau (1964) mengemukakan bahwa interaksi sosial didasarkan atas hukum pertukaran barang dan jasa. Sedangkan pakar lain Simmons (1945) mengemukakan bahwa kemampuan lanjut usia untuk terus

menjalinkan interaksi sosial merupakan kunci mempertahankan status sosialnya atas dasar kemampuannya untuk melakukan tukar-menukar. Pada lanjut usia, kekuasaan dan prestisenya berkurang sehingga menyebabkan interaksi sosial mereka berkurang juga. Yang tersisa hanyalah harga diri dan kemampuan mereka untuk mengikuti perintah.

b. Teori Penarikan Diri (*Disengagement Theory*)

Kemiskinan yang diderita lanjut usia dan menurunnya derajat kesehatan menyebabkan lanjut usia secara perlahan-lahan menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Selain hal tersebut, dari pihak masyarakat juga mempersiapkan kondisi agar para lanjut usia menarik diri. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas. Pada lanjut usia sekaligus terjadi kehilangan peran, hambatan kontak sosial, dan berkurangnya komitmen. Menurut teori ini, lanjut usia dinyatakan mengalami proses penuaan yang berhasil apabila ia menarik diri dari kegiatan terdahulu dan dapat memusatkan diri pada persoalan pribadi dan mempersiapkan diri menghadapi kematian.

Teori ini menjelaskan bahwa pada usia lanjut terjadi penurunan partisipasi ke dalam masyarakat karena terjadi proses pelepasan ikatan atau penarikan diri secara pelan-pelan dari kehidupan sosialnya. Pensiun merupakan contoh ilustrasi proses pelepasan ikatan yang memungkinkan seseorang untuk bebas dari tanggung jawab pekerjaan dan tidak perlu mengejar peran lain untuk mendapatkan tambahan penghasilan (Fatmah, 2010:10).

c. Teori Aktivitas (*Activity Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa penuaan yang sukses tergantung dari bagaimana seorang lanjut usia merasakan kepuasan dalam melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas tersebut selama mungkin. Adapun kualitas aktivitas tersebut lebih penting daripada kuantitas aktivitas yang dilakukan. Dari satu segi aktivitas lanjut usia dapat menurun, akan tetapi di lain segi dapat dikembangkan, misalnya peran baru lanjut usia di masyarakat. Dari pihak lanjut usia sendiri terdapat anggapan bahwa proses penuaan merupakan suatu

perjuangan untuk tetap muda dan berusaha untuk mempertahankan perilaku mereka semasa mudanya.

Teori aktivitas ini menjelaskan bahwa lansia yang sukses adalah yang aktif dan ikut dalam banyak kegiatan sosial. Jika seseorang sebelumnya sangat aktif, maka pada usia lanjut ia akan tetap memelihara kaktifannya seperti peran dalam keluarga dan masyarakat dalam berbagai kegiatan sosial dan keagamaan, karena ia tetap merasa dirinya berarti dan puas di hari tuanya. Bila lansia kehilangan peran dan tanggung jawab di masyarakat atau keluarga, maka ia harus segera terlibat dalam kegiatan lain seperti klub atau organisasi yang sesuai dengan bidang dan minatnya (Fatmah, 2010:10).

d. Teori Kesenambungan (*Continuity Theory*)

Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lanjut usia, dengan demikian pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ia menjadi lanjut usia. Hal ini dapat terlihat bahwa gaya hidup, perilaku, dan harapan seseorang ternyata tidak berubah walaupun ia menjadi lanjut usia. Pada teori kesinambungan merupakan pergerakan dan proses banyak arah tergantung dari bagaimana penerimaan seseorang terhadap status kehidupannya. Pokok-pokok dari teori kesinambungan adalah sebagai berikut:

- 1) Lanjut usia tidak disarankan untuk melepaskan peran atau harus aktif dalam proses penuaan, akan tetapi didasarkan pada pengalamannya di masa lalu, dipilih peran apa yang harus dipertahankan atau dihilangkan.
- 2) Peran lanjut usia yang hilang tak perlu diganti.
- 3) Lanjut usia dimungkinkan untuk memilih berbagai macam cara adaptasi.

Menurut teori ini, perubahan diri lansia dipengaruhi oleh tipe kepribadiannya. Seseorang yang sebelumnya sukses, pada usia lanjut akan tetap berinteraksi dengan lingkungannya. Lansia harus tetap memelihara identitas dan kekuatan egonya karena memiliki kepribadian yang aktif dalam kegiatan sosial.

e. Teori Perkembangan

Teori ini menekankan pentingnya mempelajari apa yang telah dialami oleh lanjut usia pada saat muda hingga dewasa. Havighurst dan Duvall menguraikan tujuh jenis tugas perkembangan (*development tasks*) selama hidup yang harus dilaksanakan oleh lansia yaitu: penyesuaian terhadap penurunan fisik dan psikis, penyesuaian terhadap pensiun dan penurunan pendapatan, menemukan makna kehidupan, penyesuaian diri terhadap kenyataan akan meninggal dunia, dan menerima dirinya sebagai seorang lanjut usia.

f. Teori Stratifikasi Usia (*Age Stratification Theory*)

Wiley menyusun stratifikasi lanjut usia berdasarkan usia kronologis yang menggambarkan serta membentuk adanya perbedaan kapasitas, peran, kewajiban, serta hak mereka berdasarkan usia. Dua elemen penting dari model stratifikasi usia tersebut adalah struktur dan prosesnya.

1) Struktur mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) Peran dan harapan menurut penggolongan usia
- b) Penilaian strata oleh strata itu sendiri dan strata lainnya
- c) Terjadinya penyebaran peran dan kekuasaan yang tidak merata pada masing-masing strata, yang didasarkan pada pengalaman dan kebijakan lanjut usia.

2) Proses mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) Menyesuaikan kedudukan seseorang dengan peran yang ada
- b) Cara mengatur transisi peran secara berurutan dan terus-menerus.

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup (*quality of life*) merupakan persepsi individu secara keseluruhan mengenai kebahagiaan dan kepuasan dalam kehidupan dalam konteks sistem budaya dan nilai di lingkungan sekitar dimana dia tinggal, serta dalam hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran yang dirasakan. Hal ini sesuai dengan konsep sehat WHO yang mendefinisikan bahwa sehat merupakan keadaan sejahtera meliputi fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya

bebas dari penyakit atau cacat secara fisik tetapi mampu merasa sejahtera serta bahagia dalam kehidupannya sehingga mampu mengatasi tantangan hidup sehari-hari (Skevington *et al.*, 2004:299). Kualitas hidup mengacu pada sejauh mana seseorang menikmati kehidupannya dalam bidang perwujudan dari fisik, psikologis, dan spiritual; memiliki hubungan dengan lingkungannya dalam hal fisik, sosial, dan komunitas; serta dapat mencapai tujuan, harapan, dan aspirasi diri untuk menjadi berguna dan berkembang. Komponen pada kualitas hidup tersebut adalah persepsi seseorang terhadap kesehatannya (Center For Health Promotion, 2004) dalam (Moller *et al.*, 2004:5).

Menurut Ibrahim *et al.* (2013:60), kualitas hidup adalah suatu konsep subjektif dan multidimensional yang semakin diakui sebagai hasil yang bermanfaat dalam penelitian kesehatan dan sosial. WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran. Hal tersebut sesuai dengan pandangan WHOQOL bahwa kualitas hidup merupakan masalah yang sangat individual untuk mengetahui seberapa puas perasaan seseorang terhadap kehidupan mereka (Skevington *et al.*, 2004:299).

2.2.2 Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup penduduk lanjut usia dapat dilihat dari status kesehatannya yang terwujud dalam kesehatan fisik, sosial, dan mental. Perwujudan dari masing-masing aspek dalam kesehatan seseorang antara lain sebagai berikut:

- a. Kesehatan fisik apabila seseorang tidak merasa dan mengeluh sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara objektif tidak sakit. Seorang lanjut usia untuk terbebas dari penyakit dan kelemahan adalah merupakan hal yang hampir mustahil. Namun yang terpenting apapun penyakit yang menyertai lansia, penyakit dapat dikelola dengan baik sehingga lansia mampu mandiri.
- b. Kesehatan mental mencakup 3 komponen yakni pikiran, emosional, dan spiritual. Pikiran sehat tercermin dari cara berpikir atau jalan pikiran. Emosional sehat tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya

misalnya takut, marah, gembira, sedih, dan sebagainya. Spiritual sehat tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian terhadap sesuatu di lingkungannya. Dengan perkataan lain seseorang menjalankan ibadah dan semua aturan agama yang dianut.

- c. Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain atau kelompok lain secara baik tanpa membedakan ras, suku, agama dan kepercayaan, status ekonomi, politik dan sebagainya, serta saling toleran dan menghargai (Darmojo, 2009) dalam (BKKBN, 2012:10).

WHO telah mengembangkan instrument penilaian kualitas hidup yang disebut WHOQOL-BREF. Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan dan memiliki empat domain. Empat domain tersebut adalah:

- a. Domain kesehatan fisik: berhubungan dengan penyakit, kegelisahan tidur dan beristirahat, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis, serta kapasitas pekerjaan.
- b. Domain kesehatan psikis: berhubungan dengan perasaan positif, berpikir, belajar, mengingat, konsentrasi, harga diri, penampilan, gambaran jasmani, perasaan negatif, dan kepercayaan individu.
- c. Domain hubungan sosial: hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.
- d. Domain lingkungan: kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh ketrampilan dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berekreasi, aktivitas di lingkungan, serta transportasi (Sutikno, 2011:26-27).

Pertanyaan pertama pada instrument WHOQOL-BREF dapat menunjukkan kualitas hidup seseorang secara subjektif dengan lima kriteria yaitu sangat baik, baik, biasa-biasa saja, buruk, dan sangat buruk. Setiap jawaban responden pada instrument WHOQOL-BREF juga dapat dihitung skornya untuk masing-masing domain atau yang disebut dengan *raw score*. Skor keempat domain kualitas hidup tersebut menunjukkan persepsi individu terhadap kualitas hidupnya dalam setiap domain. *Raw score* dihitung dengan cara mengkalkulasi nilai dari jawaban yang diberikan responden dengan perhitungan sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 \text{Domain fisik} &= (6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 \\
 \text{Domain psikis} &= Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26) \\
 \text{Domain sosial} &= Q20 + Q21 + Q22 \\
 \text{Domain lingkungan} &= Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25
 \end{aligned}$$

Pada perhitungan *raw score* diatas, yang dimaksud dengan Q adalah skor jawaban dari pertanyaan pada kuesioner WHOQOL-BREF. Pada setiap domain terdapat nilai rentang *raw score* (*possible range score*), yaitu antara nilai terendah (*lower value*) dengan nilai tertinggi (*upper value*) yang berbeda untuk setiap domain. Oleh karena itu diperlukan transformasi skor (*transformed score*) pada setiap domain dengan rentang 0-100 agar mempermudah dalam membandingkan skor setiap domain. Cara transformasi skor setiap domain dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{transformed score} = \frac{(\text{raw score} - \text{lower value})}{\text{possible range score}} \times 100$$

Nilai terendah (*Lower value*) dan rentang nilai (*possible range score*) dapat dilihat dengan tabel berikut:

Tabel 2. 1 Nilai Terendah (*Lower Value*) dan Rentang Nilai (*Possible Range Score*)

| Domain | <i>Lower value</i> | <i>Possible range score</i> |
|------------|--------------------|-----------------------------|
| Fisik | 7 | 28 |
| Psikis | 6 | 24 |
| Sosial | 3 | 12 |
| Lingkungan | 8 | 32 |

Maneesin *et al.* mengkatagorikan domain kualitas hidup menurut WHOQOL-BREF menjadi 3 katagori yaitu kurang, sedang, dan baik. Pengkatagorian tersebut didasarkan pada *raw score* setiap domain. Berikut adalah pengkatagorian domain kualitas hidup menurut Manessin *et al.* (2012:236).

Tabel 2. 2 *Cut of Point* domain WHOQOL-BREF

| Domain | Kurang | Sedang | Baik |
|------------|--------|--------|-------|
| Fisik | 7-16 | 17-26 | 27-35 |
| Psikis | 6-14 | 15-22 | 23-30 |
| Sosial | 3-7 | 8-11 | 12-15 |
| Lingkungan | 8-18 | 19-29 | 30-40 |

2.3 Bina Keluarga Lansia (BKL)

2.3.1 Definisi BKL

Bina Keluarga Lansia (BKL) adalah Kelompok Kegiatan keluarga yang mempunyai lansia (BKKBN, 2016b:142). Bina Keluarga Lansia (BKL) merupakan suatu wadah yang dilakukan oleh keluarga yang memiliki lansia untuk mengetahui, memahami, dan mampu membina kondisi dan masalah yang dihadapi lansia. BKL bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan lansia, melalui kepedulian dan peran keluarga dalam mewujudkan lansia yang sehat, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, mandiri, produktif, dan bermanfaat bagi keluarga serta masyarakat (BKKBN, 2010) dalam (Yusnadi dan Yusniar, 2013:9). Kelompok BKL merupakan wadah kegiatan dalam mewujudkan lansia tangguh. Kegiatan kelompok BKL bisa berjalan terus-menerus apabila memiliki mekanisme kerja yang dipahami dan disepakati oleh anggota kelompok (BKKBN, 2016b:143).

2.3.2 Tujuan BKL

BKL bertujuan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan keluarga yang memiliki lansia dan lansia itu sendiri untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dalam rangka mewujudkan lansia tangguh. Lansia tangguh adalah lansia yang tetap sehat (secara fisik, sosial, dan mental), mandiri, aktif, dan produktif (BKKBN, 2016b:142).

2.3.3 Kegiatan BKL

Kegiatan utama kelompok BKL antara lain: melakukan penyuluhan, temu keluarga, kunjungan rumah, rujukan, pencatatan dan pelaporan, serta monitoring dan evaluasi. Kegiatan pengembangan kelompok BKL antara lain kesehatan fisik, sosial, lingkungan, rohani/spiritual, dan usaha ekonomi produktif. Penyuluhan di kelompok BKL adalah penyampaian informasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan anggota kelompok BKL tentang pembangunan keluarga lansia tangguh. Tujuan penyuluhan di kelompok BKL adalah agar lansia yang tergabung dalam kelompok BKL diharapkan tetap sehat, mandiri, aktif, dan produktif. Kegiatan penyuluhan BKL dilakukan oleh kader BKL bersama dengan

keluarga yang memiliki lansia ataupun lansia potensial. Kegiatan penyuluhan BKL dilakukan sebagai agen perubahan dalam rangka pemberdayaan keluarga di tingkat desa atau kelurahan (BKKBN, 2016b:152).

Kegiatan dalam program Bina Keluarga Lansia Melati di Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember sangat beragam. Kegiatan tersebut bisa berasal dari pembuat program BKL atau atas usulan anggota BKL melalui keputusan bersama. Kegiatan kelompok Bina Keluarga Lansia Melati antara lain adalah senam lansia, pengajian, pemeriksaan kesehatan, penyuluhan, dan pembinaan (BKL Melati, 2014:12-14).

2.3.4 Sasaran BKL

Sasaran penyuluhan di kelompok BKL menurut BKKBN (2016b:153) dibagi menjadi dua yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung.

a. Sasaran langsung

- 1) Keluarga yang memiliki lansia, baik lansia tersebut sebagai orang tuanya maupun lansia lain yang menjadi tanggung jawab keluarga tersebut.
- 2) Keluarga yang keadaannya sudah lansia

b. Sasaran tidak langsung

- 1) Tokoh atau anggota masyarakat yang peduli lansia
- 2) Organisasi masyarakat atau Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang peduli lansia.

Keluarga lansia adalah keluarga yang mempunyai anggota di atas usia enam puluh tahun. Usaha untuk menjadikan keluarga sebagai pembina keluarga dalam rumah tangganya merupakan suatu nuansa yang baru. Semua keluarga harus bisa memberikan suasana yang tenteram, tetapi dinamis agar lansia yang tinggal dalam rumah tersebut bisa menikmati sisa hidupnya secara produktif dan bahagia. Para lansia yang masih sehat dan bugar seyogyanya mendapatkan kesempatan untuk berkarya dalam lingkungan rumah atau bekerja di luar dalam batas-batas kemampuan fisik yang semakin berkurang. Sebaliknya yang tidak mampu secara fisik dapat memperoleh kesempatan untuk mendapatkan tempat yang terhormat dalam lingkungan keluarga dan masyarakat (Suyono dan Rohadi, 2011:57).

2.4 Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Lansia

Menurut Hong *et al.* (2015:2) status kesehatan dan karakteristik sosiodemografi yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan status pernikahan berhubungan dengan kualitas hidup lansia. Menurut Mc Naughton *et al.* (2012:1) faktor yang juga berhubungan dengan kualitas hidup lansia adalah status gizi, aktivitas fisik, dan olahraga. Faktor lain yang juga berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup lansia adalah dukungan keluarga (Ibrahim *et al.*, 2013:1).

2.4.1 Usia

Usia lanjut ditandai dengan perubahan fisik dan psikologis tertentu. Ciri-ciri usia lanjut cenderung menuju dan membawa pada penyesuaian diri yang buruk. Usia enampuluh biasanya dipandang sebagai garis pemisah antara usia madya dan usia lanjut. Akan tetapi, terdapat perbedaan tertentu pada setiap individu mengenai permulaan usia lanjutnya (Hurlock, 1998:380).

Semakin lanjut usia seseorang, kemampuan fisiknya akan menurun sehingga dapat mengakibatkan kemunduran pada peran-peran sosialnya. Hal ini juga mengakibatkan timbulnya gangguan dalam mencukupi kebutuhan hidupnya. Selain itu juga dapat mengurangi integrasi dengan lingkungan yang dapat memberikan dampak pada kebahagiaan seseorang. Di sisi lain, semakin bertambah usia seseorang, semakin siap pula dalam menerima cobaan (Tamher dan Noorkasiani, 2009:5-7). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wikananda (2015:45), dihasilkan bahwa terdapat kecenderungan penurunan kualitas hidup seiring dengan peningkatan usia pada lansia. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Hong *et al.* (2015:1) bahwa salah satu faktor yang berhubungan secara signifikan terhadap kualitas hidup lansia adalah usia.

2.4.2 Jenis Kelamin

Perbedaan gender merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi psikologis lansia sehingga akan berdampak pada bentuk adaptasi yang digunakan. Wanita lebih siap dalam menghadapi masalah dibandingkan laki-laki karena wanita mampu menghadapi masalah daripada laki-laki yang cenderung lebih emosional

(Tamher dan Noorkasiani, 2009:7-8). Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wikananda (2015:45) bahwa jenis kelamin berhubungan dengan kualitas hidup dan kecenderungan untuk kualitas hidup yang lebih baik terdapat pada perempuan dibandingkan laki-laki. Demikian juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hong *et al.* (2015:1) bahwa jenis kelamin berpengaruh secara signifikan terhadap kualitas hidup lansia.

2.4.3 Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin banyak pengalaman hidup yang dilaluinya, sehingga akan lebih siap dalam menghadapi masalah yang terjadi. Umumnya lansia yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi masih dapat produktif. Mereka justru mengisi waktu luangnya dengan memberikan kontribusi (Tamher dan Noorkasiani, 2009:8). Pendidikan yang lebih tinggi pada lansia diasosiasikan dengan kualitas hidup yang baik sedangkan pendidikan yang lebih rendah memiliki kejadian kualitas hidup yang kurang atau buruk (Wikananda, 2015:45). Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hong *et al.* (2015:1) bahwa pendidikan lansia berpengaruh secara signifikan terhadap kualitas hidup. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Kumar *et al.* (2014:55) juga menyatakan bahwa lansia yang tidak bersekolah cenderung memiliki kualitas hidup yang rendah.

2.4.4 Status Pernikahan

Lanjut usia yang tidak menikah sering menghadapi masalah yang lebih serius dalam menyesuaikan diri dibandingkan lansia yang menikah atau lansia yang ditinggal mati oleh pasangannya. Masalah penyesuaian diri bagi wanita setelah pasangannya meninggal terasa lebih sulit karena berkurangnya pendapatan (Hurlock, 1998:414). Lansia dengan status menikah memiliki kecenderungan untuk kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan lansia yang tidak menikah dan berstatus duda atau janda (Wikananda, 2015:46). Penelitian oleh Kumar *et al.* (2014:55) juga menyebutkan bahwa lansia yang tidak memiliki pasangan cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah.

2.4.5 Pekerjaan

Lansia yang bekerja sehingga dapat memberikan status dan harga diri yang baik, menjadi faktor utama kesehatan mental yang baik pada lansia. Pada kenyataannya sangat sedikit kesempatan kerja yang tersedia bagi lansia walaupun mereka ingin bekerja dan sanggup untuk melakukan pekerjaan tersebut. Selain itu, skala pendapatan bagi kebanyakan pekerja lansia berada pada urutan paling bawah dan hanya sedikit sekali yang memperoleh pendapatan tinggi. Akibatnya banyak pekerja lansia yang memperoleh hanya sedikit kepuasan dari pekerjaannya (Hurlock, 1998:415). Berdasarkan penelitian, lansia yang tidak bekerja cenderung mengalami kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan lansia yang bekerja (Wikananda, 2015:46).

2.4.6 Status Kesehatan

Status kesehatan lansia dapat dilihat dari penyakit kronis yang diderita karena penyakit kronis memiliki efek yang besar terhadap status kesehatan lansia (Hong *et al.*, 2015:2). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sari (2013:11), didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian penyakit kronis dengan kualitas hidup dimensi kesehatan fisik. Adanya penyakit kronis pada lansia dapat menurunkan kualitas hidupnya. Lansia yang memiliki lebih sedikit penyakit kronis cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik (Wikananda, 2015:46). Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Hong *et al.* (2015:1) dan Kumar *et al.* (2014:55) bahwa status kesehatan lansia berhubungan dengan kualitas hidupnya.

2.4.7 Status Gizi

Kualitas hidup tidak hanya dipengaruhi oleh faktor-faktor psikologis dan sosial ekonomi saja, tetapi juga status gizi. Masalah gizi pada lansia perlu menjadi perhatian khusus karena dapat mempengaruhi status kesehatan, penurunan kualitas hidup, dan mortalitas. Gizi kurang maupun gizi lebih pada masa dewasa akhir dapat memperburuk kondisi fungsional dan kesehatan fisik. Hal tersebut menunjukkan pentingnya status gizi normal bagi lansia (Sari, 2013:6).

Kebutuhan gizi lanjut usia perlu dipenuhi secara adekuat untuk kelangsungan proses pergantian sel dalam tubuh, mengatasi proses menua, dan memperlambat terjadinya usia biologis. Masalah gizi ternyata juga menimpa lanjut usia. Hal yang perlu mendapat perhatian adalah gizi berlebih, gizi kurang, dan kekurangan vitamin, serta kebiasaan makan yang banyak menyebabkan berat badan berlebih. Pada lanjut usia penggunaan kalori juga berkurang karena berkurangnya aktivitas fisik sehingga menyebabkan gizi berlebih. Gizi kurang sering disebabkan oleh masalah sosial ekonomi dan juga karena gangguan penyakit. Lansia yang kurang mengonsumsi buah, sayur, dan protein dalam makanan mengakibatkan nafsu makan berkurang, pengelihan mengalami kemunduran, kulit kering, lesu, lemah, lunglai, dan tidak bersemangat (Nugroho, 2012:102-104). Sedangkan menurut Hurlock (1980:406), penyakit kurang gizi pada usia lanjut lebih banyak disebabkan oleh faktor pengaruh psikologi dibandingkan sebab-sebab ekonomi. Pengaruh psikologi yang terbesar adalah hilangnya selera karena rasa takut dan depresi mental, tidak ingin makan sendirian, dan tidak ingin makan karena merasa curiga sebelumnya.

2.4.8 Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan status sosial ekonomi serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual lansia. Keluarga juga diharapkan untuk memenuhi kebutuhan biologis, imperatif (saling menguatkan), budaya dan aspirasi, serta nilai-nilai keluarga (Padila, 2013:92).

Dukungan dari keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah. Dukungan keluarga kepada lansia dapat menyebabkan rasa percaya diri lansia bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat (Tamher dan Noorkasiani, 2009:8). Dukungan keluarga sangat diperlukan lansia untuk menambah rasa percaya diri dan perasaan dapat menguasai lingkungan, namun setelah adanya dukungan dari

keluarga tidak berarti lansia hanya berdiam diri saja. Untuk menjaga kesehatan baik fisik maupun kejiwaannya, lansia justru tetap harus melakukan aktivitas-aktivitas yang berguna bagi kehidupannya. Lansia yang hanya berdiam diri saja, tidak melakukan aktivitas, dan semuanya dilayani oleh orang lain justru akan mudah terserang penyakit (Kresnawati dan Kartinah, 2010:146). Menurut Green dan Kreuter dalam Yenni (2011:5), dukungan keluarga termasuk dalam faktor penguat (*enabling factors*) yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang sehingga berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidupnya.

2.4.9 Partisipasi Sosial

Dengan semakin bertambahnya usia seseorang, maka partisipasi sosialnya semakin berkurang dan cakupannya juga menyempit. Terjadi penurunan yang cepat dalam hal keanggotaan dan kegiatan sosial atau organisasi masyarakat setelah usia enam puluh tahun atau bagi pria setelah pensiun. Mereka jarang hadir dalam pertemuan yang diselenggarakan oleh organisasi masyarakat dan ada kecenderungan untuk kurang aktif dalam pengelolaan organisasi. Terdapat banyak alasan mengapa partisipasi seseorang dalam kegiatan sosial menurun sejalan dengan bertambahnya usia. Pertama, adalah alasan kesehatan menurun. Kedua, adalah tingkat keterlibatan kegiatan sosial pada usia muda. Mereka yang aktif pada masa dewasa akan aktif pula pada usia lanjut. Alasan lain adalah karena kemampuan ekonomi yang kurang baik dan mempunyai tanggung jawab keluarga yang tidak memungkinkan seseorang untuk berpartisipasi (Hurlock, 1980:400).

Sudah menjadi kodrat manusia sebagai makhluk sosial untuk meluangkan sebagian waktunya untuk berada di komunitas pergaulan yang dimilikinya. Banyak manfaat yang bisa diperoleh dengan berkumpul di kegiatan-kegiatan sosial antara lain memiliki banyak teman dan bisa melakukan aktivitas yang positif serta dapat mengaktualisasikan diri (Aziz, 2013:33). Kesibukan sosial lansia yang berkurang dapat mengakibatkan berkurangnya integrasi lansia dengan lingkungan sehingga dapat memberikan dampak pada kebahagiaannya. Dalam masyarakat tradisional biasanya lansia dihargai dan dihormati sehingga mereka masih dapat berperan dan berguna bagi masyarakat. Pada lingkungan masyarakat industri, ada kecenderungan

lansia kurang dihargai sehingga mereka terisolir dari kehidupan masyarakat (Tamher dan Noorkasiani, 2009:6). Menurut penelitian Supraba (2015:55), kegiatan sosial pada lansia dapat menurunkan kecemasan karena lansia dapat berbagi dengan sesama lansia lain melalui aktivitas yang dilakukan bersama dalam kehidupan bermasyarakat. Dengan adanya aktivitas sosial dalam hidup lansia maka dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

2.4.10 Aktivitas Fisik

Kemampuan fungsional lansia dalam melaksanakan fungsi kehidupan sehari-harinya harus dipertahankan semandiri mungkin. Aktivitas kehidupan harian yang dalam istilah bahasa Inggris disingkat ADL (*activity of daily living*) adalah aktivitas pokok bagi perawatan diri yang meliputi: ke toilet, makan, berpakaian dan berdandan, mandi, serta berpindah tempat (Tamher dan Noorkasiani, 2009:70). Menurut Fatma (2010:166), aktivitas fisik adalah pergerakan anggota tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga yang sangat penting bagi pemeliharaan kesehatan fisik dan mental. Aktivitas fisik dapat mempertahankan kualitas hidup agar tetap sehat dan bugar sepanjang hari. Aktivitas fisik yang sesuai bagi lansia antara lain:

a. Ketahanan (*endurance*)

Aktivitas fisik yang bersifat ketahanan dapat membantu jantung, paru-paru, otot, dan sistem sirkulasi darah agar tetap sehat dan membuat kita lebih bertenaga. Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan untuk melatih ketahanan antara lain berjalan kaki, lari ringan, dan berkebun.

b. Kelenturan (*flexibility*)

Aktivitas fisik yang bersifat untuk kelenturan dapat membantu pergerakan menjadi lebih mudah, mempertahankan otot-otot tubuh tetap lentur, dan membuat sendi berfungsi dengan baik. Beberapa kegiatan yang dapat dipilih untuk melatih kelenturan pada lansia antara lain: kegiatan mencuci, mengepel, dan menyapu lantai.

c. Kekuatan (*strength*)

Aktivitas fisik yang bersifat kekuatan dapat membantu kerja otot tubuh dalam menahan suatu beban yang diterima, menjaga tulang tetap kuat, dan mempertahankan bentuk tubuh, serta membantu meningkatkan pencegahan osteoporosis. Beberapa kegiatan yang dapat dipilih antara lain naik turun tangga dan membawa belanjaan.

Seringkali orang menukarkan istilah aktivitas fisik dengan latihan olahraga atau *exercise*. Aktifitas fisik adalah aktifitas gerak sehari-hari yang tidak terencana, tidak terstruktur, dan tidak berulang serta dilakukan tidak dengan tujuan untuk memelihara kebugaran fisik. Meski seseorang yang melakukan aktivitas fisik tidak bertujuan untuk memelihara kebugaran fisik seperti olahraga, namun aktifitas fisik juga berhubungan positif dengan kebugaran fisik (Welis dan Rifki, 2013:1-2).

Peningkatan kualitas hidup secara fisik yang diperoleh dari aktivitas fisik antara lain peningkatan metabolisme glukosa, penguatan tulang dan otot, serta mengurangi kadar kolesterol dalam darah. Peningkatan kualitas hidup secara mental yang diperoleh dari aktivitas fisik adalah mengurangi stress, meningkatkan rasa antusias dan rasa percaya diri, serta mengurangi kecemasan dan depresi seseorang terkait penyakit yang dialaminya (Setiawan, 2013:761). Hal tersebut sesuai dengan pendapat McNaughton *et al.* (2012:2-6), bahwa aktivitas fisik merupakan faktor penentu utama kesehatan dan kualitas hidup. Berkurangnya masa otot terkait usia dapat menyebabkan berkurangnya kekuatan otot pada lanjut usia. Hal tersebut menjadi penyebab utama peningkatan prevalensi kecacatan pada lansia. Peningkatan aktivitas fisik pada lansia dapat menjaga status fungsional dan kemandirian mereka.

2.4.11 Aktivitas Olahraga

Olahraga adalah sebuah aktivitas manusia yang bertujuan untuk mencapai kesejahteraan. Bentuk kegiatan olahraga yang tepat bagi lansia antara lain; berjalan kaki, senam, berenang, bersepeda, latihan dengan beban, dan lari. Penyakit-penyakit yang dapat dihindari dengan berolahraga antara lain: hipertensi, diabetes, penyakit jantung dan stroke, kegemukan, osteoporosis, stress, dan kelemahan.

Dengan berolahraga, kelemahan yang timbul pada saat usia lanjut akan diperlambat, sehingga kualitas hidup dapat diperbaiki (Fatmah, 2010:179).

Olahraga adalah aktivitas fisik yang terencana, terstruktur, berulang, dan bertujuan untuk memelihara kebugaran fisik (Welis dan Rifki, 2013:2). Bukti ilmiah menunjukkan bahwa kemunduran jaringan terjadi pada lansia yang lebih sering karena tidak terpakainya jaringan daripada proses menuanya sendiri. Karena itu latihan fisik atau olahraga yang teratur dalam taraf tertentu dapat mengurangi lajunya proses menua (Hutapea, 2005:17-47). Untuk dapat menghadapi usia lanjut yang dapat menikmati hidupnya dan tetap terjaga baik kesehatannya maka lansia harus melakukan aktivitas olahraga yang teratur, melakukan pola hidup sehat, istirahat, tidak merokok, dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin. Salah satu usaha untuk mencapai kesehatan pada lansia adalah dengan olahraga secara rutin (Kurnianto, 2015:19).

2.4.12 Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Masyarakat

Pada upaya kesehatan ini, semua upaya yang berhubungan dengan kesehatan lansia dilaksanakan oleh masyarakat. Masyarakat harus diupayakan berperan serta dalam menangani kesehatan para lansia. Pada dasarnya layanan kesehatan lansia di tingkat masyarakat adalah dengan mendayagunakan dan mengikutsertakan masyarakat (termasuk para lansia) semaksimal mungkin. Salah satu contoh dari pelayanan kesehatan lansia di masyarakat adalah posyandu lansia. Dalam pelayanan kesehatan lansia di masyarakat perlu untuk diperhatikan dalam peningkatan kepedulian masyarakat terhadap lansia (Azizah, 2011:104). Penelitian yang dilakukan oleh Raningtyastuti (2016:49) menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara keaktifan lansia mengikuti kegiatan posyandu dengan kualitas hidup lansia. Bentuk hubungan ditunjukkan dengan hasil uji gamma dengan arah hubungan yang positif, sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin aktif lansia mengikuti kegiatan posyandu maka kualitas hidupnya akan semakin baik.

BKL juga merupakan suatu wadah kegiatan di masyarakat untuk meningkatkan dukungan keluarga dan masyarakat. Tujuan utama BKL adalah meningkatkan kualitas hidup lansia (BKKBN, 2016b:142). Dalam rangka

meningkatkan aktivitas olahraga, aktivitas fisik, dan partisipasi sosial pada lansia, BKL memiliki kegiatan diantaranya adalah senam lansia, pengajian, pemeriksaan kesehatan, penyuluhan, dan pembinaan (BKL Melati, 2014:12-14). Sampai saat ini masih belum ada penelitian mengenai hubungan BKL dengan kualitas hidup lansia.

2.5 Kerangka Teori

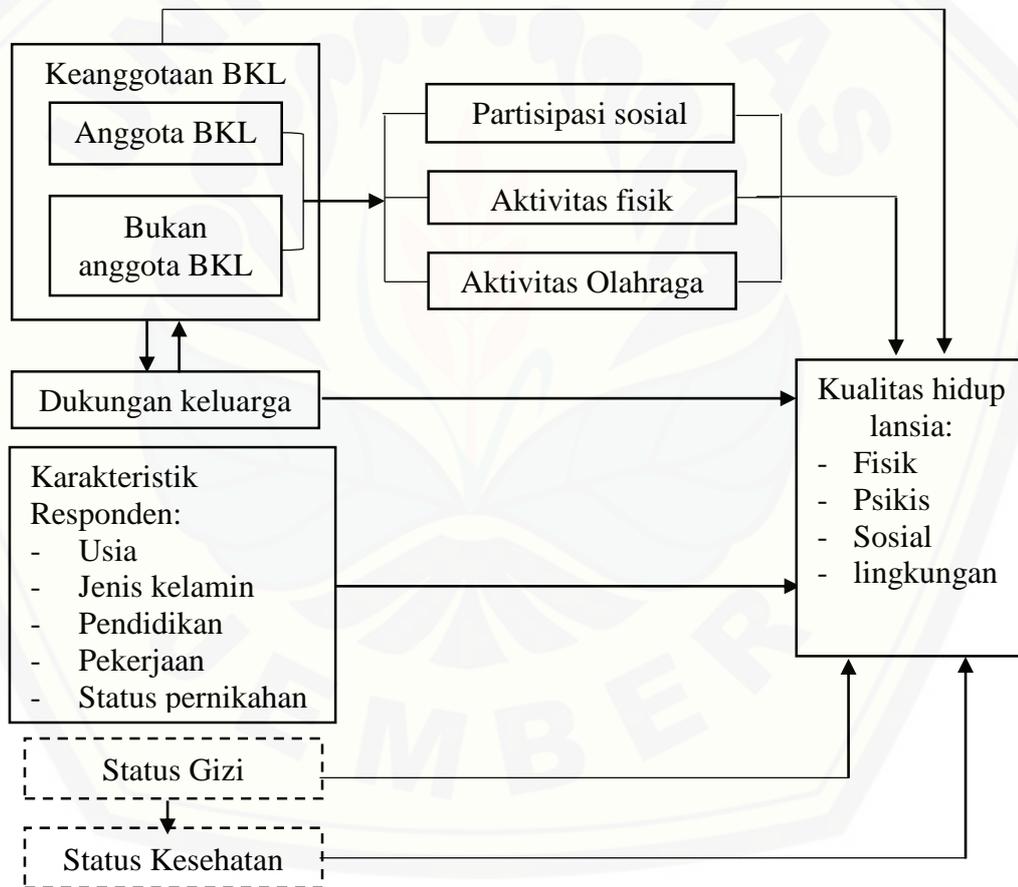


Sumber: Modifikasi (BKKBN, 2016b), Dewianti (2013), Ibrahim *et al.* (2013), Heydarnejad & Dehkordi (2010), Hong *et al.* (2015), Hurlock (1998), Rohmah *et al.* (2012), dan WHOQOL (1997)

Gambar 2. 1 Kerangka Teori

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini menunjukkan faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kualitas hidup lansia untuk dicari perbedaannya antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL. Variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup lansia. Variabel bebas penelitian ini adalah keanggotaan BKL; karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, dan status pernikahan; partisipasi sosial; aktivitas fisik; aktivitas olahraga; serta dukungan keluarga. Status gizi dan status kesehatan lansia tidak diteliti dikarenakan variabel ini tidak berhubungan dengan kegiatan BKL.



Keterangan:

= diteliti

= tidak diteliti

Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

2.7 Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah:

- a. Terdapat perbedaan yang signifikan pada karakteristik lansia (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan status pernikahan) berdasarkan keanggotaan BKL.
- b. Lansia anggota BKL memiliki dukungan keluarga yang lebih baik, partisipasi sosial yang aktif, aktivitas fisik yang lebih berat, dan aktivitas olahraga yang lebih sering dibandingkan dengan lansia bukan anggota BKL.
- c. Lanjut usia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember memiliki kualitas hidup secara subjektif dan menurut domain yang baik.
- d. Lansia pada kelompok usia 60-74 tahun, berjenis kelamin perempuan, memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi, memiliki pekerjaan, dan memiliki pasangan dalam hidupnya cenderung memiliki kualitas hidup secara subjektif maupun menurut domain yang lebih baik.
- e. Lansia dengan dukungan keluarga yang lebih baik, partisipasi sosial yang lebih aktif, aktivitas fisik yang lebih berat, dan lebih sering melakukan aktivitas olahraga cenderung memiliki kualitas hidup secara subjektif maupun menurut domain yang lebih baik.
- f. Lansia anggota BKL memiliki kualitas hidup secara subjektif maupun menurut domain yang lebih baik daripada lansia bukan anggota BKL.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk ke dalam desain penelitian analitik karena bertujuan untuk mencari perbedaan kualitas hidup antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL dengan melakukan analisis melalui uji hipotesis. Penelitian ini merupakan studi observasional karena tidak dilakukan intervensi pada subjek penelitian. Pada studi observasional dipilih jenis penelitian *cross sectional* karena dalam pengukuran variabel bebas (karakteristik responden, keanggotaan BKL, dukungan keluarga, partisipasi sosial, aktivitas fisik, dan aktivitas olahraga) serta variabel terikat (kualitas hidup lansia) dilakukan pada saat yang sama dan tidak ada prosedur tindak lanjut (*follow up*) (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:106-113).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember. Peneliti memilih lokasi ini karena kelompok Bina Keluarga Lanisa (BKL) yang berada di Kecamatan Kalisat merupakan salah satu kelompok BKL yang sudah berjalan di Kabupaten Jember. Kegiatan BKL di Kecamatan Kalisat sudah berjalan selama 9 tahun yaitu sejak tahun 2008. BKL di Kecamatan Kalisat juga pernah meraih juara III pada lomba Bina Keluarga Lansia tingkat Provinsi Jawa Timur. Tempat ini juga belum pernah dilakukan penelitian tentang perbedaan kualitas hidup antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL.

3.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian mulai dilakukan pada bulan Juli 2017 yaitu dengan melakukan pengumpulan data terhadap responden hingga bulan September 2017. Pengolahan data dan pelaporan hasil penelitian dilakukan hingga bulan Oktober 2017.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010:79). Adapun populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Lansia anggota BKL maupun bukan anggota BKL yang berada di 6 desa di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember. Keenam desa terpilih tersebut adalah Gumuksari, Sukoreno, Sumberjeruk, Glagahwero, Kalisat, dan Ajung. Pemilihan keenam desa tersebut didasarkan atas keberadaan kelompok BKL di Kecamatan Kalisat yang hanya berada di 6 desa tersebut dari 12 desa di Kecamatan Kalisat. Jumlah keseluruhan lansia yang berada di enam desa terpilih adalah 2.482 lansia. Dari keseluruhan jumlah lansia tersebut, lansia yang mengikuti BKL sejumlah 227 lansia. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian pada populasi target dan populasi terjangkau (Sastroasmoro dan Ismael, 2014: 56). Dalam penelitian ini kriteria inklusinya yaitu:

- 1) Lanjut usia yang tinggal di desa Gumuksari, Sukoreno, Sumberjeruk, Glagahwero, Kalisat, dan Ajung Kecamatan Kalisat.
- 2) Lanjut usia yang berusia 60 tahun ke atas.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah keadaan yang menyebabkan sebagian subjek dalam kriteria inklusi harus dikeluarkan. Keadaan tersebut bisa karena adanya faktor pengganggu, kemampulaksanaan, hambatan etis, dan penolakan subjek untuk berpartisipasi (Sastroasmoro & Ismael, 2014:57). Dalam penelitian ini kriteria eksklusinya yaitu:

- 1) Lanjut usia yang tidak dapat diwawancarai karena keterbatasan pendengaran, mengalami gangguan dalam berbicara, dan gangguan lain yang mengakibatkan lansia tidak dapat menjawab pertanyaan yang diberikan.

- 2) Lanjut usia yang sudah tidak bisa melakukan aktivitas dasar (mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah tempat, dan makan) karena keterbatasan fisiknya.
- 3) Lanjut usia yang terganggu kejiwaannya.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010:79). Besar sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Sastroasmoro dan Ismael (2014:366) untuk uji hipotesis terhadap beda 2 proporsi dua kelompok independen sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_\alpha \sqrt{2PQ} + Z_\beta \sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q_2})^2}{(P_1 Q_1)^2}$$

Keterangan :

- n_1 : besar sampel lansia anggota Bina Keluarga Lansia
- n_2 : besar sampel lansia bukan anggota Bina Keluarga Lansia
- P_1 : proporsi standar kualitas hidup lansia yang baik berdasarkan penelitian terdahulu oleh Supraba (2015), sebesar 35,4%.
- P_2 : proporsi kualitas hidup lansia yang diharapkan peneliti (*clinical judgement*) yaitu sebesar 45,4 %.
- α : tingkat kemaknaan yaitu sebesar 0,05
- Z_β : *power* penelitian yaitu sebesar 0,842.
- P : $\frac{1}{2} (P_1 + P_2)$

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

$$n_1 = n_2 = \frac{(1,96 \sqrt{2(0,631 \times 0,369)} + 0,842 \sqrt{0,354 \times 0,644 + 0,454 \times 0,546})^2}{(35,4 \times 64,4)^2}$$

$$n_1 = n_2 = 42,9 \approx 43$$

Setelah dihitung dengan menggunakan rumus diatas, maka didapatkan nilai besar sampel untuk masing-masing kelompok sampel minimal 43 responden. Peneliti menetapkan sampel yang diambil pada penelitian ini untuk masing-masing kelompok sampel berjumlah 45 responden. Untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya *drop out* pada responden yang telah terpilih, maka perlu dilakukan koreksi terhadap besar sampel dengan menambahkan sejumlah responden agar besar sampel tetap terpenuhi. Penghitungan koreksi besar sampel terhadap kemungkinan *drop out* menggunakan rumus dari Satroasmoro dan Ismael (2014:381) sebagai berikut:

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

Keterangan:

n : besar sampel yang dihitung

f : perkiraan proporsi *drop out*, yaitu sebesar 10%

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

$$n'_1 = n'_2 = \frac{45}{(1 - 0,1)}$$

$$n'_1 = n'_2 = 50$$

Setelah dihitung dengan menggunakan rumus diatas, maka dapat diketahui bahwa jumlah responden yang diperlukan sebagai sampel dalam penelitian ini untuk setiap kelompok sampel berjumlah 50 responden. Jadi jumlah keseluruhan subjek penelitian berjumlah 100 responden dengan rincian 50 lansia anggota BKL dan 50 lansia bukan anggota BKL.

3.3.3 Metode Pengambilan Sampel

Pada penelitian ini dipilih 6 desa dari 12 desa di Kecamatan Kalisat sebagai populasi penelitian. Pemilihan keenam desa tersebut berdasarkan keberadaan kelompok BKL pada desa tersebut. Sampel diambil dengan proporsi yang sama di 6 desa yang dipilih. Metode pengambilan sampel pada lansia dilakukan dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. *Simple random sampling* adalah

metode pengambilan sampel secara acak dengan cara setiap unit populasi diberi nomor kemudian sampel yang diinginkan ditarik secara acak (Nazir, 2009:276). Data lansia anggota BKL diperoleh dari daftar anggota kelompok BKL.

Besar sampel yang diambil dari setiap desa di Kecamatan Kalisat dihitung dengan menggunakan rumus Sugiarto *et al.* (2003:84) untuk menentukan besar sampel sub populasi, yaitu sebagai berikut:

$$n_h = \frac{N_h}{N} \times n$$

Keterangan:

n_h : besar sampel untuk sub populasi

N_h : total masing-masing sub populasi

N : total populasi secara keseluruhan

n : besarnya sampel

Berdasarkan rumus tersebut maka diperoleh besar sampel di setiap desa yang terpilih. Perolehan besar sampel di setiap desa dapat dilihat di tabel berikut:

Tabel 3. 1 Distribusi Besar Sampel Menurut Desa

| No. | Desa | Bukan Anggota BKL | | | | Anggota BKL | | | |
|-----|-------------|-------------------|------|-----|-------|-------------|-----|-----|-------|
| | | N_h | N | n | n_h | N_h | N | n | n_h |
| 1. | Gumuksari | 288 | 2305 | 50 | 6 | 26 | 227 | 50 | 6 |
| 2. | Sukoreno | 269 | 2305 | 50 | 6 | 32 | 227 | 50 | 7 |
| 3. | Sumberjeruk | 298 | 2305 | 50 | 7 | 31 | 227 | 50 | 7 |
| 4. | Glagahwero | 467 | 2305 | 50 | 10 | 26 | 227 | 50 | 6 |
| 5. | Kalisat | 594 | 2305 | 50 | 13 | 80 | 227 | 50 | 17 |
| 6. | Ajung | 389 | 2305 | 50 | 8 | 32 | 227 | 50 | 7 |
| | Jumlah | | | | 50 | | | | 50 |

Sumber: Koordinator DPPPAKB Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel merupakan karakteristik subjek penelitian yang berbeda dari satu subjek ke subjek lain. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini ada dua yaitu variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas adalah variabel yang apabila berubah akan mengakibatkan perubahan pada variabel lain. Variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas disebut variabel terikat (Sastroasmoro & Ismael,

2014:302). Variabel bebas pada penelitian ini adalah keanggotaan BKL, dukungan keluarga, partisipasi sosial, aktivitas fisik, dan aktivitas olahraga pada lansia. Sedangkan variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup lansia.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan suatu batasan dalam menjelaskan istilah pada konsep dan variabel yang digunakan dalam penelitian. Definisi yang telah ditetapkan harus digunakan secara taat asas dalam keseluruhan usulan penelitian, dalam pelaksanaan penelitian, bahkan dalam laporan hasil penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:66). Definisi operasional yang diberikan kepada variabel pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3. 2 Definisi Operasional

| No. | Variabel | Definisi Operasional | Parameter dan Klasifikasi | Skala Data |
|-----------|--------------------------|---|--|------------|
| 1. | Variabel Dependen | | | |
| | Kualitas hidup | Persepsi individu tentang posisi mereka di kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal serta berhubungan dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian mereka. (WHOQOL, 1997:1). | 0 = sangat buruk 1 = buruk 2 = biasa-biasa saja 3 = baik 4 = sangat baik | Ordinal |
| | a. Domain Fisik | Penilaian individu terhadap keadaan fisiknya seperti rasa sakit, rasa tidak nyaman, kegiatan sehari-hari, dan kemampuan melakukan pekerjaan (WHO,1997:4) | $\bar{X} \pm 2SD$ | Rasio |
| | b. Domain psikis | Tanggapan atau respon seseorang mengenai penampilannya, perasaan negatif, perasaan positif, penghargaan diri, cara berfikir, ingatan, dan konsentrasinya (WHO, 1997:4). | $\bar{X} \pm 2SD$ | Rasio |

| No. | Variabel | Definisi Operasional | Parameter dan Klasifikasi | Skala Data |
|-------------------------------|-------------------|---|---|------------|
| c. | Domain sosial | Tanggapan atau respon seseorang mengenai hubungan personal, dukungan sosial, dan aktivitas seks yang dialaminya (WHO, 1997:4). | $\bar{X} \pm 2SD$ | Rasio |
| d. | Domain lingkungan | Tanggapan atau respon seseorang mengenai sumber penghasilan, kebebasan, keamanan lingkungannya, pelayanan sosial dan kesehatan, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan informasi baru, keahlian, partisipasi, kesempatan untuk melakukan rekreasi, keadaan lingkungan fisik (polusi, kebisingan, cuaca), serta keadaan sarana transportasi (WHO, 1997:4). | $\bar{X} \pm 2SD$ | Rasio |
| 2. Variabel Independen | | | | |
| a. Karakteristik Responden | | | | |
| | Usia | Lama waktu hidup responden terhitung sejak dilahirkan sampai dengan ulang tahun terakhir sesuai dengan kartu identitas atau pengakuan responden | a. <i>Elderly</i> (60-74 Tahun) b. <i>Old</i> (75-90 tahun) c. <i>Very old</i> (> 90 Tahun) | Nominal |
| | Jenis Kelamin | Karakteristik yang digunakan untuk membedakan laki-laki dan perempuan berdasarkan ciri fisik dan biologis. | a. Laki-laki b. Perempuan | Nominal |
| | Pendidikan | Pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh responden. | 0= tidak sekolah 1= pendidikan dasar (SD) 2= pendidikan menengah (SMP dan SMA) 3= pendidikan tinggi (perguruan tinggi) | Nominal |
| | Status Pekerjaan | Ada atau tidaknya kegiatan ekonomi yang dilakukan oleh lansia dengan maksud memperoleh pendapatan. | 0= tidak bekerja 1= bekerja | Nominal |

| No. | Variabel | Definisi Operasional | Parameter dan Klasifikasi | Skala Data |
|-----|--------------------|--|--|------------|
| | Status Pernikahan | Keterikatan secara lahir dan batin antara laki-laki dan perempuan secara sah atau sudah tidak dalam ikatan pernikahan (janda atau duda). | 0= tidak menikah 1= janda/duda 2= menikah | Nominal |
| b. | Keanggotaan BKL | Kedudukan lansia yang terdaftar secara tertulis sebagai anggota BKL | 0= bukan anggota 1= anggota | Nominal |
| c. | Dukungan keluarga | Dukungan nyata yang diberikan oleh anggota keluarga kepada lansia dalam melakukan kegiatan sehari-harinya. | 0= kurang (skor APGAR : 0-3) 1= sedang (skor APGAR : 4-7) 2= baik (skor APGAR : 8-10) | Ordinal |
| d. | Partisipasi Sosial | Keikutsertaan lansia dalam berbagai kegiatan sosial yang ada di masyarakat. | 0= tidak mengikuti 1= kurang aktif 2= aktif | Nominal |
| e. | Aktivitas fisik | Gerakan tubuh yang dihasilkan otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi (Welis dan Rifki, 2013:1). | 0= ringan (indeks baecke <1,6) 1= sedang (indeks baecke = 1,6-3,2) 2= berat (indeks baecke >3,2) | Ordinal |
| f. | Aktivitas Olahraga | Aktivitas fisik yang terencana, terstruktur, berulang, dan bertujuan untuk memelihara kebugaran fisik (Welis dan Rifki, 2013:2). | 0= tidak pernah (indeks baecke=0) 1= jarang (indeks baecke=0,01-3,6) 2= sering (indeks baecke=3,7-7,3) | Ordinal |

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah data yang berasal langsung dari sumber data pertama di lokasi penelitian atau data yang diperoleh dari objek penelitian (Bungin, 2006: 122). Dalam penelitian ini data primer diperoleh dari hasil wawancara dengan bantuan kuesioner kepada sampel penelitian. Data primer dalam penelitian ini untuk mengetahui variabel *dependent* dan *independent* yaitu kualitas hidup, karakteristik responden, keanggotaan BKL, dukungan keluarga, partisipasi sosial, aktivitas fisik, dan aktivitas olahraga pada lansia.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber kedua dari data yang dibutuhkan. Data sekunder dapat diperoleh dari laporan suatu instansi, data register, lembaga yang memiliki aktivitas mengumpulkan data, atau dari keterangan yang relevan dengan masalah yang diambil (Bungin, 2006:122). Dalam penelitian ini, data sekunder diperoleh dari Dinas Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak dan Keluarga Berencana (DPPPAKB) Kabupaten Jember, Koordinator DPPPAKB Kecamatan Kalisat, kantor desa Gumuksari, kantor desa Sumberjeruk, kantor desa Glagahwero, kantor desa Kalisat, kantor desa Sukoreno, kantor desa Ajung, dan Kelompok Bina Keluarga Lansia Melati Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Instrument Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari responden. Wawancara yang akan dilakukan adalah wawancara secara terpimpin berdasarkan kuesioner yang telah disiapkan (Notoatmodjo, 2010:102-103). Setiap responden pada penelitian ini diberikan lembar *informed consent* sebagai persetujuan untuk dijadikan subjek penelitian.

b. Pencatatan dokumen

Metode pencatatan dokumen dilakukan dengan cara menelusuri data. Data tersebut dapat berupa surat-surat, catatan harian, laporan, dan sebagainya (Bungin, 2006:144). Pencatatan dokumen pada penelitian ini dilakukan dengan mencatat seluruh data-data anggota BKL dan data lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrument pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang sudah tersusun

dengan baik. Responden dan interviewer tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu. Pada kuesioner terdapat penjabaran dari variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010:116). Kuesioner pada penelitian ini digunakan untuk mengukur variabel-variabel yang berisi pertanyaan tentang kualitas hidup, karakteristik responden, keanggotaan BKL, dukungan keluarga, partisipasi sosial, dan aktivitas fisik pada lansia.

Instrumen yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga adalah dengan menggunakan kuesioner APGAR keluarga. Instrumen ini menilai lima fungsi pokok keluarga yaitu (Sutikno, 2011:74):

- a. Adaptasi (*Adaptation*), merupakan tingkat kepuasan anggota keluarga dalam menerima bantuan yang diperlukan dari anggota keluarga lainnya.
- b. Kemitraan (*Partnership*), merupakan tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap berkomunikasi, bermusyawarah dalam mengambil suatu keputusan, dan menyelesaikan suatu masalah yang sedang dihadapi oleh anggota keluarga lainnya.
- c. Pertumbuhan (*Growth*), merupakan kepuasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang diberikan keluarga dalam mematangkan pertumbuhan atau kedewasaan setiap anggota keluarganya.
- d. Kasih sayang (*Affection*), merupakan tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional yang berlangsung dalam keluarga.
- e. Kebersamaan (*Resolve*), merupakan tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dalam membagi waktu, kekayaan, dan ruang antar anggota keluarga.

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur aktivitas olahraga dan aktivitas fisik adalah dengan menggunakan kuesioner Baecke. Kuesioner ini terdiri dari 16 pertanyaan yang terdiri dari pertanyaan tentang indeks aktivitas olahraga, aktivitas bekerja, dan aktivitas di waktu luang. Setiap pertanyaan diberi skor dan dikalkulasikan dengan rumus yang ada. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup adalah dengan menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF yang memiliki 26 item pertanyaan. Kuesioner ini merupakan alat ukur kualitas

hidup subjektif yang memiliki empat domain yaitu domain kesehatan fisik, keadaan psikis, hubungan sosial, dan lingkungan. Pada setiap pertanyaan terdapat skor yang kemudian dihitung skor untuk setiap domain.

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dalam 3 tahap yaitu tahap memeriksa (*editing*), proses pemberian identitas (*coding*), dan proses pembeberan (*tabulating*).

a. Editing

Editing adalah kegiatan yang dilakukan setelah peneliti mengumpulkan data di lapangan. Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan dan perbaikan data apabila data yang terhimpun belum memenuhi harapan peneliti, misalnya data kurang atau terlewatkan, tumpang tindih, berlebihan, bahkan terlupakan, atau terdapat kejanggalan pada pengisian instrument (Bungin, 2006:165).

b. Pengkodean (*Coding*)

Pengkodean data dilakukan dengan memberikan identitas pada data sehingga memberikan arti tertentu pada saat dilakukan proses analisis. Pengkodean dilakukan dalam dua cara yaitu pengkodean frekuensi dan pengkodean lambang (Bungin, 2006:166). Pengkodean frekuensi digunakan apabila jawaban pada poin tertentu memiliki bobot dan arti frekuensi tertentu, yaitu pada poin dukungan keluarga, aktivitas fisik, dan kualitas hidup. Pengkodean lambang digunakan pada poin yang tidak memiliki bobot tertentu, yaitu pada poin usia, jenis kelamin, pendidikan, status bekerja, status pernikahan, partisipasi sosial, dan aktivitas olahraga.

c. Tabulasi (*Tabulating*)

Tabulasi dilakukan dengan cara memasukkan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya (Bungin, 2006:168).

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data adalah kegiatan mengatur dan menyusun data sedemikian rupa sehingga menjadi jelas sifat-sifat yang dimilikinya untuk keperluan laporan dan analisis selanjutnya (Azwar dan Prihartono, 2014:125). Data dalam penelitian ini disajikan ke dalam bentuk tabular dan tekstular yaitu data disajikan dalam bentuk tabel dan diberi penjelasan dalam bentuk narasi sebagai hasil dari pengolahan kuesioner.

3.7.3 Teknik Analisis Data

Pada penelitian ini data dianalisis dengan menggunakan *software* SPSS. Dalam penelitian ini, analisis data dilakukan dalam dua cara, yaitu:

a. Analisis Univariabel

Analisis univariabel adalah analisa yang dilakukan untuk mendeskripsikan tiap variabel dari hasil penelitian yang dinyatakan dengan sebaran frekuensi, baik secara angka-angka mutlak maupun secara presentase, disertai dengan penjelasan kualitatif (Notoadmodjo, 2010:188). Analisis univariabel yang dilakukan pada penelitian ini untuk mendapatkan gambaran mengenai variabel *dependent* yaitu kualitas hidup lansia dan gambaran mengenai variabel *independent* berupa karakteristik responden, keanggotaan BKL, dukungan keluarga, partisipasi sosial, aktivitas fisik, dan aktivitas olahraga.

b. Analisis Bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan dengan menghubungkan antara dua variabel, yaitu sebuah variabel *independent* dengan sebuah variabel *dependent* (Nazir, 2009:363). Dalam penelitian ini analisis bivariabel dilakukan dengan uji komparasi. Analisis bivariabel untuk menjawab tujuan khusus pertama dan kedua adalah dengan menggunakan uji statistika non-parametrik yaitu *Chi-Square*. Uji *Chi-Square* merupakan uji komparasi untuk 2 kelompok *independent* dengan syarat jumlah sampel > 40 dan *expected value* > 5 (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:345). Apabila setelah penelitian, data yang ditemukan tidak memenuhi syarat uji *Chi-square*, maka digunakan uji *Fisher Exact*. Pengambilan keputusan didasarkan pada taraf signifikansi 0,05 atau

dengan tingkat kepercayaan 95%. Dasar pengambilan keputusan hipotesis adalah H_0 diterima jika nilai signifikansi $> \alpha$ (0,05) dan H_0 ditolak jika nilai signifikansi $\leq \alpha$ (0,05).

Untuk menjawab tujuan khusus keempat, kelima, dan keenam, dilakukan dua uji komparasi. Uji yang pertama adalah *Chi-square* untuk menganalisis perbedaan kualitas hidup secara subjektif antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL. Sama seperti uji sebelumnya, apabila data yang dikumpulkan ternyata tidak memenuhi syarat uji *Chi-square*, maka digunakan uji *Fisher Exact* dan pengambilan keputusan didasarkan pada taraf signifikansi 0,05 atau dengan tingkat kepercayaan 95%. Dasar pengambilan keputusan hipotesis adalah H_0 diterima jika nilai signifikansi $> \alpha$ (0,05) dan H_0 ditolak jika nilai signifikansi $\leq \alpha$ (0,05).

Uji yang kedua untuk menganalisis perbedaan kualitas hidup lansia menurut domain WHOQOL-BREF (fisik, psikis, sosial, dan lingkungan) antara anggota BKL dengan bukan anggota BKL. Pada analisis ini variabel *dependent* berskala rasio sehingga perlu dilakukan uji normalitas terlebih dahulu. Uji normalitas digunakan untuk mengetahui variabel tersebut berdistribusi normal atau tidak sehingga dapat ditentukan jenis uji yang akan digunakan. Uji normalitas menggunakan uji *Kolmogorov smirnov* karena besar sampel > 50 . Distribusi data dianggap normal jika nilai signifikansi $> \alpha$ (0,05). Apabila variabel *dependent* berdistribusi normal, maka digunakan uji *independent sample t-test*. Tujuan *independent sample t-test* adalah untuk mengetahui perbedaan rata-rata (*mean*) antara 2 kelompok. Apabila data tidak berdistribusi normal, maka digunakan uji *Mann Whitney* dan *Kruskal Wallis*. Uji *Mann Whitney* digunakan untuk variabel *independent* yang terdiri dari 2 katagori sedangkan uji *Kruskal Wallis* digunakan untuk variabel *independent* yang terdiri lebih dari 2 katagori. Pengambilan keputusan analisis uji *independent sample t-test*, *Mann Whitney*, dan *Kruskal Wallis* pada penelitian ini didasarkan pada taraf signifikansi 0,05 atau dengan tingkat kepercayaan 95%. Dasar pengambilan keputusan hipotesis adalah H_0 diterima jika nilai signifikansi $> \alpha$ (0,05) dan H_0 ditolak jika nilai signifikansi $\leq \alpha$ (0,05).

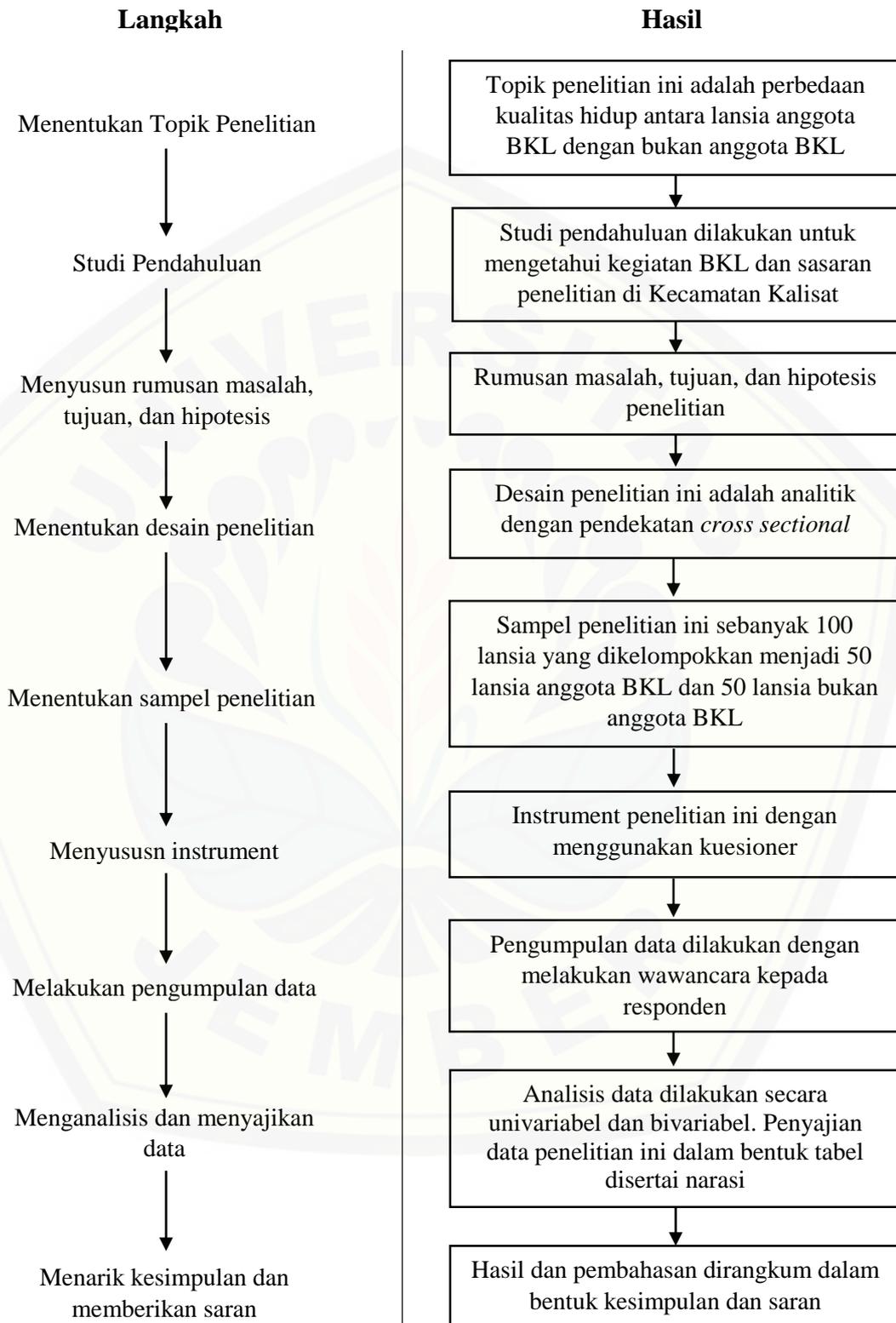
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur atau instrument yang digunakan dalam penelitian benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012:164). Uji validitas dapat menggunakan uji korelasi antara nilai setiap item pertanyaan dengan skor total kuesioner. Koefisien korelasi yang diperoleh harus diuji signifikansinya dengan membandingkan dengan tabel r . butir pertanyaan dikatakan valid jika nilai r hitung $> r$ tabel atau nilai $p < 0,05$. Syarat minimum untuk dianggap memenuhi syarat adalah jika $r=0,3$. Butir pertanyaan dinyatakan tidak valid jika korelasi antara skor pertanyaan dengan skor total $< 0,3$ (Sugiyono, 2009:179). Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur penelitian dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2012:168). Uji reliabilitas dapat dilakukan dengan melakukan uji coba instrument satu kali kemudian hasil yang diperoleh dianalisis dengan menggunakan Cornbach's α .

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrument WHOQOL-BREF yang dilakukan oleh Salim *et al.* (2007) di Jakarta Selatan terhadap 306 lansia menunjukkan bahwa WHOQOL-BREF merupakan instrument yang valid dan reliabel untuk mengukur kualitas hidup lansia. Keempat domain pada instrument WHOQOL-BREF secara bermakna mampu menjelaskan variasi dari pertanyaan tentang kualitas hidup secara subjektif dan kesehatan umum ($p=0,000$) sehingga dapat dikatakan bahwa instrument WHOQOL-BREF merupakan instrument yang valid untuk mengukur kualitas hidup lansia. Instrument WHOQOL-BREF juga menunjukkan nilai konsistensi internal yang baik (Cornbach's $\alpha > 0,7$) kecuali pada domain hubungan sosial dengan besar Cornbach's $\alpha = 0,41$. Nilai Cornbach's α umumnya lebih rendah ($< 0,7$) bila sebuah domain hanya terdiri dari beberapa item pertanyaan. Domain hubungan sosial hanya memiliki 3 item pertanyaan dan jumlah tersebut jauh lebih rendah jika dibandingkan dengan pertanyaan pada domain yang lain yaitu 6-8 pertanyaan sehingga hasil penelitian menunjukkan secara keseluruhan WHOQOL-BREF reliabel (konsisten) untuk mengukur kualitas hidup pada lansia (Salim *et al.*, 2007:33-36).

Instrument untuk menilai dukungan keluarga menggunakan instrument APGAR Keluarga. Instrument APGAR sudah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia dengan melakukan konsultasi ke pakar psikologi keluarga untuk menjaga validitas instrument. Berdasarkan penelitian sebelumnya (Sutikno, 2011) diketahui bahwa nilai reliabilitas instrument APGAR sebesar 0,80-0,85 dan nilai validitasnya sebesar 0,80. Berdasarkan nilai tersebut, instrument ini valid dan reliabel untuk digunakan ke dalam penelitian. Instrument untuk mengukur aktivitas fisik dan aktivitas olahraga pada lansia menggunakan kuesioner Baecke yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya secara internasional. Berdasarkan penelitian sebelumnya (Supeni, 2007:112), hasil uji validitas kuesioner Baecke yaitu $r = 0,8$ dan uji reliabilitasnya sebesar 0,8. Dapat disimpulkan bahwa instrument baecke valid dan reliabel untuk digunakan dalam menilai aktivitas fisik.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian, hipotesis penelitian, dan hasil penelitian maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Tingkat pendidikan merupakan satu-satunya variabel yang memiliki perbedaan signifikan antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember. Kebanyakan lansia anggota BKL memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan lansia bukan anggota BKL.
- b. Lansia anggota BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember memiliki dukungan keluarga yang lebih baik, partisipasi sosial yang lebih aktif, dan memiliki aktivitas olahraga yang lebih sering daripada lansia bukan anggota BKL. Variabel aktivitas fisik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL.
- c. Sebagian besar lanjut usia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember memiliki kualitas hidup yang baik. Domain lingkungan memiliki skor terendah dibandingkan ketiga domain kualitas hidup yang lainnya.
- d. Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki kualitas hidup secara subjektif maupun menurut semua domain yang lebih baik. Kelompok usia 60-74 tahun memiliki kualitas hidup pada domain lingkungan yang lebih baik dibandingkan kelompok usia 75-90 tahun. Lansia yang memiliki pasangan atau berstatus menikah memiliki kualitas hidup di semua domain yang lebih baik.
- e. Lansia yang memiliki dukungan keluarga yang lebih baik, partisipasi sosial yang lebih aktif, dan aktivitas olahraga yang lebih sering cenderung memiliki kualitas hidup secara subjektif dan pada semua domain yang lebih baik. Lansia yang memiliki aktivitas fisik sedang cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik namun hanya signifikan pada domain psikis dan sosial.

- f. Lanjut usia anggota BKL cenderung memiliki kualitas hidup secara subjektif yang lebih baik dan rata-rata skor pada semua domain yang lebih tinggi daripada lansia bukan anggota BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

5.2 Saran

a. Bagi Lansia

Disarankan bagi lansia untuk tetap berperan aktif dan berpartisipasi dalam kegiatan sosial di masyarakat serta tetap menjaga kebugaran dengan cara berolahraga secara teratur minimal seminggu sekali selama 30 menit atau lebih agar memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

b. Bagi Keluarga Lansia

- 1) Disarankan bagi keluarga lansia agar tetap memberikan dukungannya kepada lansia dan menjalin komunikasi dengan baik kepada lansia serta tetap melibatkan lansia dalam musyawarah pengambilan keputusan di dalam sebuah keluarga sebagai bentuk perhatian dan penghargaan.
- 2) Disarankan bagi keluarga lansia untuk lebih berperan dalam kegiatan BKL sebagai kader maupun sebagai anggota.

c. Bagi Pengelola BKL dan DPPPAB Jember

- 1) Meningkatkan pembimbingan kader BKL untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan kader dalam menjalankan kelompok BKL dengan selalu aktif dalam melakukan penyuluhan kepada lansia maupun keluarga lansia.
- 2) Perlu diadakan pertemuan antar kader BKL pada semua desa di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember untuk saling berbagi informasi dan agar dapat mencari solusi secara bersama-sama terhadap masalah yang dihadapi dalam kelompok BKL.
- 3) Disarankan kepada kader untuk lebih aktif lagi dalam mengajak lansia untuk ikut serta dalam kegiatan BKL.

3) Bagi BKKBN

BKKBN diharapkan dapat memberikan pelatihan kepada pengelola BKL dan dapat mengalokasikan dana sebagai bentuk dukungan terhadap kelompok BKL, karena beberapa kegiatan BKL tidak dapat dilakukan

disebabkan keterbatasan dana yang dimiliki. Diharapkan dengan diadakannya pelatihan kepada pengelola BKL dan memberikan alokasi dana untuk kegiatan BKL maka kegiatan BKL dapat berjalan dengan lebih baik lagi.

4) Bagi Penelitian Selanjutnya

Skripsi ini diharapkan dapat menjadi rujukan untuk penelitian selanjutnya dengan mempertimbangkan pengukuran kualitas hidup menggunakan kuesioner dengan beberapa pembaharuan dan penyesuaian terhadap keadaan lansia di tempat penelitian serta menambahkan aspek spiritual pada salah satu domain kualitas hidup.



DAFTAR PUSTAKA

- Aziz, A. 2013. *19 Keys Happy, Healthy, Wealthy-19 kunci hidup bahagia, sehat, dan sejahtera*. Jakarta: Erlangga.
- Azizah, L. M. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Azwar, A. dan Prihartono, J. 2014. *Metodologi Penelitian Kedokteran & Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Binurupa Aksara.
- Badan Pusat Statistik. 2015a. *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2014*. Jakarta: Badan Pusat Statistik. http://www.bappenas.go.id/files/data/Sumber_Daya_Manusia_dan_Kebudayaan/Statistik%20Penduduk%20Lanjut%20Usia%20Indonesia%202014.pdf . [15 Oktober 2016].
- Badan Pusat Statistik. 2015b. *Jawa Timur dalam Angka 2015*. Surabaya: CV Media Konstruksi. http://jatim.bps.go.id/4dm!n/pdf_publicasi/Jawa-Timur-Dalam-Angka-2015.pdf. [18 Mei 2017].
- Badan Pusat Statistik. 2016. *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2015*. Jakarta: Badan Pusat Statistik. <http://www.bps.go.id/publikasi/view/>. [18 Mei 2017].
- BKKBN. 2012. *Kualitas Penduduk Lansia terhadap Partisipasi Kerja di Kota Medan Provinsi Sumatra Utara*. Jakarta: Direktorat Analisis Dampak Kependudukan BKKBN. <http://www.bkkbn.go.id/kependudukan/>. [14 Oktober 2016].
- BKKBN. 2015. *Kesiapan Kelompok Kegiatan Bina Keluarga Lansia: Menuju Lansia Tangguh*. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan KB-KS Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. <http://www.bkkbn.go.id/litbang/>. [15 Oktober 2016].
- BKKBN. 2016a. *Laporan Kinerja Instansi Pemerintah 2015*. Jakarta: BKKBN. https://www.bkkbn.go.id/po-content/uploads/LAKIP_BKKBN_2016_1.pdf. [13 Februari 2017]
- BKKBN. 2016b. *Lansia Tangguh dengan Tujuh Dimensi*. Surabaya: BKKBN Provinsi Jawa Timur.
- BKL Melati. 2014. *Profil Kelompok BKL Melati*. Jember: Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Jember.
- Bungin, B. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif: Komunikasi, Ekonomi, dan Kebijakan Publik, serta Ilmu-Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Kencana.

- Datta, D., Datta, P. P., Majumdar, K. K. 2015. Role of Social Interaction on Quality of Life. *National Journal of Medical Research*. [serial online]. <http://njmr.in/home/download/557>. [25 Februari 2017].
- Dewianti, Adhi, T. dan Kuswardhani, T. 2013. Fungsi Keluarga, Dukungan Sosial, dan Kualitas Hidup Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas III Denpasar Selatan. *Artikel Ilmiah*. Denpasar: Universitas Udayana. [serial online]. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/phpma/article/viewFile/7878/5965>. [1 Desember 2016].
- Fatmah. 2010. *Gizi Lanjut Usia*. Depok: PT Gelora Aksara Pratama.
- Giriwijoyo, S. dan Sidik, D. Z. 2013. *Ilmu Kesehatan Olahraga*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Hawari, H. D. 2007. *Sejahtera di Usia Senja*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Heydarnejad, S. dan Dehkordi, A. H. 2010. The Effect of an Exercise Program on Health Quality of Life in Older Adults. *Danish Medical Buletin*, 57(1):1-4. [serial online]. http://www.danmedj.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_d ocname=4214605.PDF. [19 Februari 2017].
- 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. doi:10.1186/s40557-015-0077-9. [serial online]. <https://aoemj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40557-015-0077-9>. [14 Oktober 2016].
- Hurlock, E. B. 1980. *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Hutapea, R. 2005. *Sehat & Ceria di Usia Senja*. Jakarta: PT Asdi Mahasatya.
- Ibrahim, Din, Ahmad, Ghazali, Said, Shahr, dan Razali. 2013. Relationships between Social Support and Depression, and Quality of Life of the Elderly in a Rural Community in Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5: 59-66. doi:10.1111/appy.12068 [serial online]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/appy.12068/epdf>. [23 Februari 2017].
- Indrayati, R. 2013. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat dengan Pelayanan Kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat Tembilahan Hulu Kabupaten Indragiri Hilir. *Tugas Akhir Gelar Magister*. Jakarta: Universitas Terbuka. [serial online]. <http://arsip.ut.ac.id>. [1 Oktober 2017].

- Kementrian Kesehatan RI. 2012. *Pedoman Pelayanan Gizi Lanjut Usia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI. <http://digilib.poltekkesdepkes-sby.ac.id/public/POLTEKKESSBY-Books-399-Pedomanpelayanangizilanjutusia.PDF>. [25 Februari 2017].
- Kresnawati, I. dan Kartinah. 2011. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Keaktifan Lansia (Lanjut Usia) dalam Mengikuti Kegiatan di Posyandu Lansia Desa Goniran Kecamatan Kartasura. *Artikel Ilmiah*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta. [serial online]. <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/>. [3 Januari 2017].
- Kumar, G., Majumdar, A., dan Pavithra. 2014. Quality of Life (QOL) and Its Associated Factors Using WHOQOL-BREF Among Elderly in Urban Puducherry, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(1): 54-57. doi:10.7860/JCDR/2014/6996.3917. [serial online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939587/>. [28 Oktober 2016].
- Kurnianto, D. 2015. Menjaga Kesehatan di Usia Lanjut. *Jurnal Olahraga Prestasi*, 11(2): 19-30. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta. [serial online]. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=355103&val=470&title=MENJAGA%20KESEHATAN%20DI%20USIA%20LANJUT>. [31 Desember 2016].
- Kuswardani, I. H. 2009. Gambaran Peranan Keluarga terhadap Perilaku Hidup Sehat Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas Darussalam Kecamatan Medan Petisah tahun 2009. *Skripsi*. Medan: Universitas Sumatra Utara. <http://repository.usu.ac.id>. [16 Oktober 2016].
- Maneesin, Sampatanukul, Lertmaharit, dan Nagara. 2012. Health-Related Quality of Life of Patients Living with Ostomy in Thailand and Cost Implications. *Asian Biomedicine*. 6(2):235-243. doi: 10.5372/1905-7415.0602.050. [serial online]. <http://www.degruyter.com/downloadpdf>. [1 November 2017].
- McNaughton, Crawford, Ball, dan Salmon. 2012. Understanding Determinants of Nutrition, Physical Activity, and Quality of Life among Older Adults: the Wellbeing, Eating, and Exercise for a Long Life (WELL) Study. *BioMed Central*, 10(1):1-7. doi:10.1186/1477-7525-10-109. [serial online]. <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-109>. [2 Januari 2017].
- Moller, P. H., Smit, R., dan Petr, P. 2004. *The SF-36 Questionnaire: a Tool to Assess Health-Related Quality of Life*. [serial online]. https://www.zsf.jcu.cz/Members/ppetr/Informace/elektronicke-studijni-texty/texty_KZ05/12DotaznikSF36.doc/at_download/file. [20 Februari 2017].

- Muhlisoh, Adenan, dan Herawati. 2013. Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru. *Artikel Ilmiah*, 1(1): 88-95. Banjarmasin: Universitas Lambung Mangkurat. [serial online].
<http://ppjp.unlam.ac.id/journal/index.php/JDK/article/viewFile/1658/1432>. [20 Maret 2017].
- Nazir, M. 2009. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, W. 2012. *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik Edisi 3*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Padila. 2013. *Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Putri, R. S. 2012. Partisipasi Sosial Masyarakat dalam Proses Kebijakan Mutu Sekolah SD Kansius Kadirojo Kalasan. *Skripsi*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta. <http://eprints.uny.ac.id/7876/>. [3 Mei 2017].
- Raningtyastuti, W. D. 2016. Hubungan Keaktifan Mengikuti Kegiatan Posyandu Lansia dengan Kualitas Hidup Lansia di Dusun Gedongan Kecamatan Bambanglipuro Bantul. *Skripsi*. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani. <http://repository.stikesayaniy.ac.id/640/>. [21 Mei 2017].
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga*. Jakarta: Lembaran Negara Republik Indonesia No. 161.
- Rohmah, A. I. N., Purwaningsih, dan Badriyah, K. 2012. Kualitas Hidup Lanjut Usia. *Jurnal Keperawatan*, 3(2):120-132. [serial online]. <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/2589>. [18 Februari 2017].
- Salim, Sudharman, Kusumaratna, dan 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>. [30 Juni 2017].
- Sari, N. K. 2013. Status Gizi, Penyakit Kronis, dan Konsumsi Obat terhadap Kualitas Hidup Dimensi Kesehatan Fisik Lansia. *Artikel Penelitian*. Semarang: Universitas Diponegoro. [serial online]. http://eprints.undip.ac.id/42675/1/588_Novita_Kurnia_Sari_G2C009007.pdf. [3 Januari 2016].

- Sastroasmoro, S. dan Ismael, S. 2014. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setiabudhi, S., dan Hardywinoto. 2005. *Panduan Gerontologi: Tinjauan dari Berbagai Aspek*. Jakarta: PT Ikrar Mandiri Abadi.
- Setiawan, G. W., Wungow, H. I., dan Pangemanan, D. H. 2013. Pengaruh Senam Bugar Lanjut Usia (Lansia) terhadap Kualitas Hidup Penderita Hipertensi. *Artikel Ilmiah*. Manado: Universitas Sam Ratulagi. [serial online]. <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/ebiomedik/article/download/3632/3159>. [3 Januari 2013].
- Skevington, S. M., Lotfy, M., dan O'Connell, K. A. 2004. The World Health Organization's WHOQOL:BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Result of the International Field Trial a Report from the WHOQOL Group. *Kluwer Accademic Publisher*, 13: 299-310. [serial online]. <http://download.springer.com/static/pdf>. [21 April 2017].
- Stanley, M. dan Beare, P. G. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Sugiarto, Siagian, Sunaryanto, dan Oetomo. 2003. *Teknik Sampling*. Jakarta: PT Sun.
- Supeni dan Asmayuni. 2007. Kegemukan (*Overweight*) pada Perempuan Umur 25-50 Tahun. *Artikel Penelitian*. Padang: Universitas Andalas. [serial online]. <http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/article/view/18>. [30 Juni 2017].
- Supraba, N., P. 2015. Hubungan Aktivitas Sosial, Interaksi Sosial, dan Fungsi Keluarga dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Utara Kota Denpasar. *Tesis*. Denpasar: Universitas Udayana. http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf_thesis/unud-1479-1094552982-tesisfinal_nandini.pdf. [23 Februari 2017].
- Sutikno, E. 2011. Hubungan Fungsi Keluarga dengan Kualitas hidup Lansia. *Tesis*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=256967&val=6970&title=Hubungan%20antara%20Fungsi%20Keluarga%20dan%20Kualitas%20Hidup%20Lansia>. [25 Februari 2017].
- Suyono, H. dan Haryanto, R. 2011. *Buku Pedoman Pembentukan dan Pengembangan Pos Pemberdayaan Keluarga*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Tamher, S. dan Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Welis, W. dan Rifki, M. S. 2013. *Gizi untuk Aktifitas Fisik dan Kebugaran*. [serial online].

<http://repository.unp.ac.id/489/1/BUKU%20PETUNJUK%20GIZI%20UNTUK%20AKTIFITAS%20FISIK.pdf>. [6 April 2017].

WHOQOL.1997. *Measuring Quality of Life*. [serial online]. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. [28 September 2016].

Wikananda, G. 2017. Hubungan Kualitas Hidup dan Faktor Resiko pada Usia Lanjut di Wilayah Kerja Puskesmas Tampaksiring I Kabupaten Gianyar Bali 2015. *Artikel Penelitian*. Denpasar: Universitas Udayana. [serial online]. <http://isainsmedis.id/>. [20 Mei 2017].

Yenni. 2011. Hubungan Dukungan Keluarga dan Karakteristik Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282740-T%20Yenni.pdf>. [3 Januari 2017].

Yusnadi dan Yusniar. 2013. *Pelaksanaan Pendampingan Kelompok dalam Program Bina Keluarga Lansia (BKL)*. [serial online]. <http://jurnal.unimed.ac.id/2012/index.php/school/article/download/1725/1389>. [30 November 2016].

Lampiran A. Pengantar Kuesioner

PENGANTAR

Dengan hormat,

Dalam upaya menyelesaikan Program Pendidikan S-1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM), penulis melakukan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup antara lansia anggota BKL dengan lansia bukan anggota BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

Untuk mencapai tujuan tersebut, peneliti dengan hormat meminta kesediaan anda untuk membantu dalam pengisian kuesioner yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas anda akan dijamin oleh kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terimakasih atas perhatian dan kesediaan anda untuk mengisi kuesioner yang peneliti ajukan.

Jember, 2017

Peneliti

(Aldiar Annisa Putri)

Lampiran B. Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN
(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Bersedia untuk dijadikan responden terkait dengan penelitian yang berjudul “Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat (Studi Komparatif antara Lansia Anggota Bina Keluarga Lansia dengan Lansia Bukan Anggota Bina Keluarga Lansia”. Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak dan risiko apapun pada responden. Saya telah diberikan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban saya yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

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

Jember, - - 2017

Responden

(.....)

Lampiran C. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Judul: Perbedaan Kualitas Hidup antara Lansia Anggota BKL dengan Lansia Bukan Anggota BKL di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

| Tanggal pengumpulan data : | | | |
|-----------------------------------|---|--|--------------------------|
| Nomor sampel : | | | |
| A. Karakteristik Responden | | | |
| Nama : | | | |
| Tanggal Lahir : | | | |
| Alamat : | | | |
| No. HP/ Telp. : | | | |
| No. | Pertanyaan | Klasifikasi | Kode |
| 1. | Jenis kelamin | 1. Laki-laki 2. Perempuan | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Berapakah usia bapak/ibu pada tahun terakhir? | Tahun | |
| 3. | Apa pendidikan terakhir bapak/ibu? | 1. Tidak sekolah 2. Pendidikan dasar (SD) 3. Pendidikan menengah (SMP,SMA) 4. Pendidikan tinggi (D1/D2/D3/S1) | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Apakah bapak/ibu sekarang bekerja? | 1. Bekerja 2. Tidak Bekerja | <input type="checkbox"/> |

| No. | Pertanyaan | Klasifikasi | Kode |
|---------------------------|--|---|--------------------------|
| 5. | Darimana sumber keuangan utama bapak/ibu setiap bulan? | 1. Gaji/pendapatan 2. Uang pensiun 3. Keluarga/anak 4. Lainnya, sebutkan..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Apa status pernikahan bapak/ibu sekarang? | 1. Tidak menikah 2. Janda/duda 3. Menikah | <input type="checkbox"/> |
| B. Keanggotaan BKL | | | |
| 1. | Apakah bapak/ibu termasuk anggota Bina Keluarga Lansia (BKL)? | 1. Anggota 2. Bukan anggota → ke pertanyaan 12 | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Apakah bapak/ibu aktif mengikuti seluruh kegiatan BKL? | 1. Aktif 2. Kurang Aktif | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Apa saja kegiatan BKL yang ibu ikuti? | 1. Senam lansia 2. Pengajian 3. Penyuluhan 4. Pemeriksaan kesehatan 5. Lainnya, sebutkan..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Dalam satu bulan, berapa kali ibu ikut serta dalam kegiatan BKL? | | |
| 5. | Apakah keluarga bapak/ibu mengikuti BKL? | 1. Ya 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Apa alasan bapak/ibu tidak mengikuti BKL? | | |

| C. Penilaian Partisipasi Sosial | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| No. | Pertanyaan | Klasifikasi | Kode |
| 1. | Apakah bapak/ibu bergabung dalam suatu kelompok kegiatan sosial di masyarakat seperti arisan, kelompok pengajian, kelompok sosial, sukarela? | 1. Ya 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Kegiatan sosial apa saja yang bapak/ibu ikuti? | 1. Pengajian 2. Arisan 3. Melayat 4. Kerja bakti 5. Kelompok sosial 6. Kerja sukarela/amal Lainnya, sebutkan: 7. 8. 9. | |
| 3. | Dalam satu tahun terakhir, seberapa sering anda melakukan kegiatan tersebut? Nilai : 0= jika tidak pernah 1= jika rata-rata <1 kali/minggu 2= jika rata-rata \geq 1 kali/minggu | 1. Pengajian | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. Arisan | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. Melayat | <input type="checkbox"/> |
| | | 4. Kerja bakti | <input type="checkbox"/> |
| | | 5. Kelompok sosial | <input type="checkbox"/> |
| | | 6. Kerja sukarela/amal | <input type="checkbox"/> |
| | | 7. | <input type="checkbox"/> |
| | | 8. | <input type="checkbox"/> |
| | | 9. | <input type="checkbox"/> |
| Penilaian: Jika jumlah jawaban no. 3 rata-rata >1 : aktif Jika jumlah jawaban no. 3 rata-rata ≤ 1 : kurang aktif | | | |

D. Penilaian Aktivitas Olahraga dengan Kuesioner Baecke

| | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| 1. | Apakah anda berolahraga? | <input type="radio"/> Tidak (skor = 0) <input type="radio"/> Ya → lanjut ke pertanyaan 1a-1c | <input type="checkbox"/> |
| | a. Termasuk dalam kelompok apakah olahraga yang anda lakukan? | <input type="radio"/> Intensitas rendah (skor = 0,76) <input type="radio"/> Intensitas medium (skor = 1,26) <input type="radio"/> Intensitas tinggi (skor = 1,76) | <input type="checkbox"/> |
| Ket.: (1) intensitas rendah contohnya adalah jalan santai, (2) intensitas sedang contohnya adalah senam, (3) intensitas tinggi contohnya adalah badminton, tenis, bersepeda, dan berenang. | | | |
| | b. Berapa jam anda berolahraga dalam seminggu? | <input type="radio"/> < 1 jam (skor = 0,5) <input type="radio"/> 1-2 jam (skor = 1,5) <input type="radio"/> 2-3 jam (skor = 2,5) <input type="radio"/> 3-4 jam (skor = 3,5) <input type="radio"/> >4 jam (skor = 4,5) | <input type="checkbox"/> |
| | c. Berapa bulan anda berolahraga dalam satu tahun? | <input type="radio"/> < 1 bulan (skor = 0,04) <input type="radio"/> 1-3 bulan (skor = 0,17) <input type="radio"/> 4-7 bulan (skor = 0,42) <input type="radio"/> 7-9 bulan (skor = 0,67) <input type="radio"/> >9 bulan (skor = 0,92) | <input type="checkbox"/> |
| <p>Cara menghitung Q1 : skor Q1a x skor Q1b x skor Q1c</p> <p>Klasifikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak pernah : 0 • Jarang : 0,01-3,6 • Sering : 3,7-7,3 | | | |

E. Penilaian Aktivitas Fisik (Aktifitas Bekerja dan Aktivitas di Waktu Luang) dengan Kuesioner Baecke

| | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| 1. | Apa jenis pekerjaan utama anda? | <input type="radio"/> Aktivitas rendah (skor = 1) <input type="radio"/> Aktivitas sedang (skor = 3) <input type="radio"/> Aktivitas berat (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| <p>Ket.: (1) aktivitas rendah meliputi aktivitas menulis, mengemudi, penjaga toko, mengajar, ibu rumah tangga, dll. (2) aktivitas sedang meliputi pekerjaan dalam bidang pertanian, pabrik, pertukangan kayu, dll. (3) pekerjaan berat meliputi pekerjaan konstruksi.</p> | | | |
| 2. | Pada saat bekerja, apakah anda bekerja dengan duduk? | <input type="radio"/> Tidak pernah (skor = 1) <input type="radio"/> Jarang (skor = 2) <input type="radio"/> Kadang-kadang (skor = 3) <input type="radio"/> Sering (skor = 4) <input type="radio"/> Selalu (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Pada saat bekerja, apakah anda bekerja dengan berdiri? | <input type="radio"/> Tidak pernah (skor = 1) <input type="radio"/> Jarang (skor = 2) <input type="radio"/> Kadang-kadang (skor = 3) <input type="radio"/> Sering (skor = 4) <input type="radio"/> Selalu (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Pada saat bekerja, apakah anda bekerja dengan berjalan? | <input type="radio"/> Tidak pernah (skor = 1) <input type="radio"/> Jarang (skor = 2) <input type="radio"/> Kadang-kadang (skor = 3) <input type="radio"/> Sering (skor = 4) <input type="radio"/> Selalu (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Pada saat bekerja, berapa kali anda mengangkat benda berat? | <input type="radio"/> Tidak pernah (skor = 1) <input type="radio"/> Jarang (skor = 2) <input type="radio"/> Kadang-kadang (skor = 3) <input type="radio"/> Sering (skor = 4) <input type="radio"/> Selalu (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-----|--|---|--------------------------|
| 6. | Setelah bekerja, apakah anda merasa lelah? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Tidak pernah (skor = 1) ○ Jarang (skor = 2) ○ Kadang-kadang (skor = 3) ○ Sering (skor = 4) ○ Sangat sering (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Pada saat bekerja, apakah anda berkeringat? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Tidak pernah (skor = 1) ○ Jarang (skor = 2) ○ Kadang-kadang (skor = 3) ○ Sering (skor = 4) ○ Sangat sering (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Menurut anda, seberapa berat pekerjaan fisik anda dibandingkan dengan teman sebaya? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Sangat ringan (skor = 1) ○ Lebih ringan (skor = 2) ○ Agak berat (skor = 3) ○ Lebih berat (skor = 4) ○ Sangat berat (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Dibandingkan dengan teman anda, seberapa banyak aktifitas fisik anda di waktu luang? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Sangat banyak (skor = 1) ○ Lebih banyak (skor = 2) ○ Sama (skor = 3) ○ Lebih sedikit (skor = 4) ○ Sangat sedikit (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Selama waktu luang, apakah anda berkeringat? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Sangat sering (skor = 5) ○ Sering (skor = 4) ○ Kadang (skor = 3) ○ Jarang (skor = 2) ○ Tidak pernah (skor = 1) | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Selama waktu luang, apakah anda berolahraga? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Tidak pernah (skor = 1) ○ Jarang (skor = 2) ○ Kadang-kadang (skor = 3) ○ Sering (skor = 4) ○ Sangat sering (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|---|---|--------------------------|
| 12. | Selama waktu luang, apakah anda menonton televisi? | <input type="radio"/> Tidak pernah (skor = 1) <input type="radio"/> Jarang (skor = 2) <input type="radio"/> Kadang-kadang (skor = 3) <input type="radio"/> Sering (skor = 4) <input type="radio"/> Sangat sering (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Selama waktu luang, apakah anda sering berjalan? | <input type="radio"/> Tidak pernah (skor = 1) <input type="radio"/> Jarang (skor = 2) <input type="radio"/> Kadang-kadang (skor = 3) <input type="radio"/> Sering (skor = 4) <input type="radio"/> Sangat sering (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Selama waktu luang, apakah anda bersepeda? | <input type="radio"/> Tidak pernah (skor = 1) <input type="radio"/> Jarang (skor = 2) <input type="radio"/> Kadang-kadang (skor = 3) <input type="radio"/> Sering (skor = 4) <input type="radio"/> Sangat sering (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Berapa lama anda pergi keluar dengan berjalan atau bersepeda? | <input type="radio"/> < 1 menit (skor = 1) <input type="radio"/> 5-15 menit (skor = 2) <input type="radio"/> 15-30 menit (skor = 3) <input type="radio"/> 30-40 menit (skor = 4) <input type="radio"/> >45 menit (skor = 5) | <input type="checkbox"/> |
| <p>Skor total aktivitas fisik : $((6-Q2) + (6-Q12) + Q1 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7 + Q8 + Q9 + Q10 + Q11 + Q13 + Q14 + Q15)/15$</p> <p>Klasifikasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitas ringan : < 1,6 • Aktivitas sedang : 1,6 - 3,2 • Aktivitas berat : > 3,2 | | | |

F. Penilaian Dukungan Keluarga dengan Kuesioner APGAR Keluarga

| No. | Pertanyaan | Selalu (Skor = 2) | Kadang- Kadang (Skor = 1) | Hampir Tidak Pernah (Skor = 0) |
|--|---|----------------------|---------------------------------|---|
| 1. | Apakah bapak/ibu merasa puas terhadap bantuan dari keluarga pada saat ada sesuatu yang menyusahkan bapak/ibu? | | | |
| 2. | Apakah bapak/ibu merasa puas terhadap cara keluarga bapak/ibu membicarakan sesuatu dengan anda dan mengungkapkan masalah dengan anda? | | | |
| 3. | Apakah bapak/ibu merasa puas bahwa keluarga bapak/ibu menerima dan mendukung keinginan anda untuk melakukan aktivitas? | | | |
| 4. | Apakah bapak/ibu merasa puas dengan cara keluarga bapak/ibu merespon emosi-emosi anda seperti marah, sedih, atau mencintai? | | | |
| 5. | Apakah bapak/ibu merasa puas dengan cara keluarga bapak/ibu dan anda menyediakan waktu bersama-sama? | | | |
| Perhitungan dan analisis skor dukungan keluarga: | | | | |
| a. Baik = jumlah skor 8-10 | | | | |
| b. Sedang = jumlah skor 4-7 | | | | |
| c. Kurang = jumlah skor 0-3 | | | | |

G. Pengukuran Kualitas Hidup dengan Kuesioner WHOQOL-BREF

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? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Tidak sama sekali | Sedikit | Dalam jumlah sedang | Sangat sering | Dalam jumlah berlebihan |
|----|--|----------------------|---------|---------------------------|------------------|-------------------------------|
| 4. | Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 dengan sarana dan prasarana) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pertanyaan berikut ini adalah tentang **seberapa penuh anda mengalami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir.**

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

| | | Sangat buruk | Buruk | Biasa- biasa saja | Baik | Sangat baik |
|-----|---------------------------------------|-----------------|-------|----------------------|------|-------------|
| 15. | Seberapa baik kemampuan anda bergaul? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Sangat tidak memuaskan | Tidak memuaskan | Biasa- biasa saja | Memuas- -kan | 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? | 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 |

| | | Sangat tidak memuaskan | Tidak memuaskan | Biasa-biasa saja | Memuaskan | Sangat memuaskan |
|-----|---|------------------------|-----------------|------------------|-----------|------------------|
| 21. | Seberapa puasakah anda dengan kehidupan seksual anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Seberapa puasakah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Seberapa puasakah anda dengan kondisi tempat tinggal anda saat ini? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Seberapa puasakah anda dengan akses anda pada pelayanan kesehatan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | Seberapa puasakah 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 kesepian, putus asa, cemas, dan depresi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Komentar pewawancara tentang penilaian ini?

.....

.....

.....

.....

.....

Tabel berikut ini harus dilengkapi setelah wawancara selesai

| No. | Domain | Equations for computing domain scores | Raw score | Transformed score | |
|-----|----------|--|-----------|-------------------|-------|
| | | | | 4-20 | 0-100 |
| 27. | Domain 1 | $(6-Q3)+(6-Q4)+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$ | a = | b = | c = |
| 28. | Domain 2 | $Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+(6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$ | a = | b = | c = |
| 29. | Domain 3 | $Q20+Q21+Q22$ $\square + \square + \square$ | a = | b = | c = |
| 30. | Domain 4 | $Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$ | a = | b = | c = |

Lampiran D. Dokumentasi Penelitian



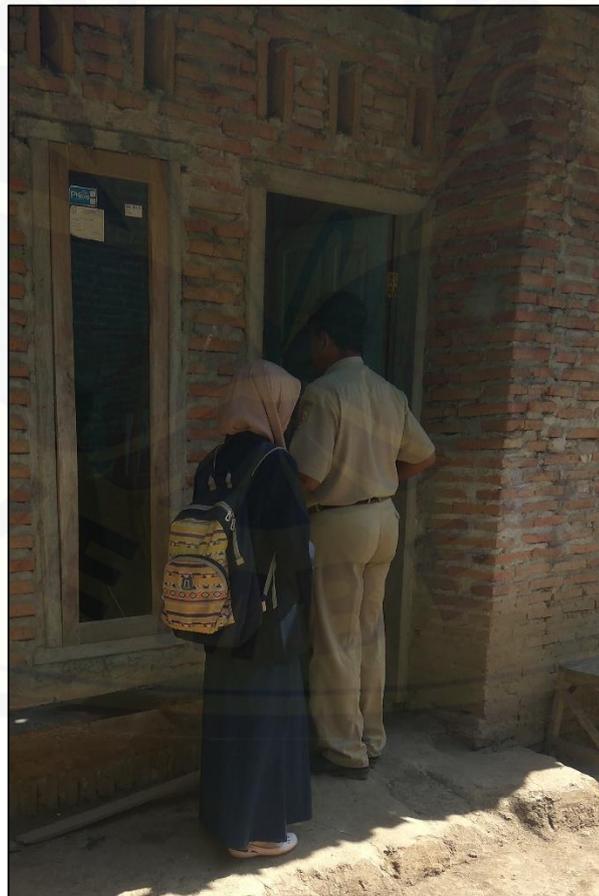
Gambar 1. Wawancara dengan Seorang Lansia



Gambar 2. Wawancara dengan Seorang Lansia Bersama Kepala Dusun



Gambar 3. Kegiatan Salah Satu Kelompok BKL



Gambar 4. Mengunjungi Rumah Salah Seorang Lansia

Lampiran E. Surat Ijin Penelitian

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Camat Kalisat Kab. Jember
di - TEMPAT

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/3313/314/2017

Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 12 Juni 2017 Nomor : 2896/UN25.1.12/SP/2017 perihal Ijin Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Aldiar Annisa Putri / 132110101135
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul :
"Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember (Studi Komparatif Antara Lansia Anggota BKL Dengan Lansia Bukan Anggota BKL)".
Lokasi : Desa Sukoreno, Gumuksari, Sumberjeruk, Kalisat, Ajung dan Glagahwero Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : Juli s/d September 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 13-07-2017
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Kajian Strategis dan Politik

ACHMAD DAVID, S.Sos
NIP. 196909171996021001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**
Jalan Letjen S Parman No. 89 ☒ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Pemberdayaan Perempuan,
Perlindungan Anak dan KB Kab. Jember
di -

T E M P A T

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/3313/314/2017

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 19 Juni 2017 Nomor : 3002/UN25.1.12/SP/2017 perihal Ijin Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Aldiar Annisa Putri / 132110101135
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul :
"Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember (Studi Komparatif Antara Lansia Anggota BKL Dengan Lansia Bukan Anggota BKL)".
Lokasi : Kelompok BKL Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : Juli s/d September 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 13-07-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK

KABUPATEN JEMBER

Kabid. Kejian, Stabilitas dan Politik

ACHMAD DAVID A. S.Sos

NIP. 19690912 199602 1 001

- Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
KECAMATAN KALISAT

Jalan Diponegoro No. 36A Telp. 0331-591645 Kalisat 68193

Kalisat, 18 Juli 2017

| | | |
|----------|----------------------------|------------------------------|
| Nomor | : 072/ /09.27/2017 | Kepada |
| Sifat | : Penting | Yth. 1. Kepala Desa Sukoreno |
| Lampiran | : - | 2. Kepala Desa Gumuksari |
| Perihal | : REKOMENDASI UNTUK | 3. Kepala Desa Sumberjeruk |
| | <u>PENELITIAN</u> | 4. Kepala Desa Kalisat |
| | | 5. Kepala Desa Ajung |
| | | 6. Kepala Desa Glagahwero |

Di -

KALISAT

Menindaklanjuti Surat Rekomendasi Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Jember Nomor : 072/3313/314/2017 Tanggal 13 Juli 2017 Tentang sebagaimana pokok surat, dengan ini kami beritahukan dan mohon kepada saudara untuk membantu dan memfasilitasi keperluan terkait dengan kegiatan tersebut sampai dengan selesai.

Rekomendasi sebagaimana dimaksud berdasarkan Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember Tanggal 12 Juni 2017 Nomor : 2896/UN.1.12/SP/2017 Tentang Ijin Penelitian atas nama :

Nama / NIM : ALDIAR ANNISA PUTRI / 132110101135
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
 Keperluan : Pengadakan penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul :
 "Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember (Study
 Komparatif Antara Lansia Anggota BKL dengan Lansia Bukan Anggota
 BKL)
 Waktu Kegiatan : Bulan Juli s/d September 2017

Demikian atas bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Camat Kalisat

Dr. EDY MANSUR, M.Si

Pembina Tingkat I

NIP. 19640906 199403 1 005



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS PEMBERDAYAAN PEREMPUAN, PERLINDUNGAN ANAK DAN KELUARGA BERENCANA
Jl. Jawa Nomor 51 Sumbersari Jember Telp. 0331 – 422103
JEMBER

Jember, 17 Juli 2017

Nomor : 0721 507 135.09.317/2017
Sifat : Penting
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Penghadapan Mahasiswa

Kepada
Yth. Koordinator DPPPAKB
Kecamatan Kalisat
di.

JEMBER

Berdasarkan Surat Rekomendasi Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember nomor : 072/3313/314/2017 tanggal 13 Juli 2017 tentang Penyusunan Skripsi dengan judul "Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember, maka bersama ini diminta kepada saudara untuk dapatnya membantu penelitian dimaksud yang akan dilakukan oleh :

Nama : **Aldiar Annisa Putri**
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
NIM : 132110101135
Waktu : Juli s/d September 2017.

Demikian disampaikan terima kasih.

Kepala Dinas Pemberdayaan Perempuan,
Perlindungan Anak Dan Keluarga Berencana
Kabupaten Jember


Dra.ITA POERI ANDAYANI
Pembina Tingkat I
NIP. 19670405-196602 2 001

Lampiran F. Analisis Data Hasil Penelitian

- a. Analisis Karakteristik Responden terhadap Keanggotaan BKL
 - 1) Analisis Usia terhadap Keanggotaan BKL

usia * keanggotaan BKL Crosstabulation

Count

| | | keanggotaan BKL | | Total |
|-------|---------|-----------------|---------|-------|
| | | BUKAN ANGGOTA | ANGGOTA | |
| usia | ELDERLY | 38 | 38 | 76 |
| | OLD | 12 | 12 | 24 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .000 ^a | 1 | 1.000 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .592 |
| Linear-by-Linear Association | .000 | 1 | 1.000 | | |
| N of Valid Cases | 100 | | | | |

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.00.
- b. Computed only for a 2x2 table

- 2) Analisis Jenis Kelamin terhadap Keanggotaan BKL

jenis kelamin * keanggotaan BKL Crosstabulation

Count

| | | keanggotaan BKL | | Total |
|---------------|-----------|-----------------|---------|-------|
| | | BUKAN ANGGOTA | ANGGOTA | |
| jenis kelamin | LAKI-LAKI | 12 | 13 | 25 |
| | PEREMPUAN | 38 | 37 | 75 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2- sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|---|-----------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | .053 ^a | 1 | .817 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .053 | 1 | .817 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .500 |
| Linear-by-Linear Association | .053 | 1 | .818 | | |
| N of Valid Cases | 100 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.50.

b. Computed only for a 2x2 table

3) Analisis Tingkat Pendidikan (4 katagori) terhadap Keanggotaan BKL

tingkat pendidikan * keanggotaan BKL Crosstabulation

| Count | | keanggotaan BKL | | Total |
|--------------------|---------------------|------------------|---------|-------|
| | | BUKAN ANGGOTA | ANGGOTA | |
| tingkat pendidikan | TIDAK SEKOLAH | 20 | 17 | 37 |
| | PENDIDIKAN DASAR | 26 | 16 | 42 |
| | PENDIDIKAN MENENGAH | 3 | 14 | 17 |
| | PENDIDIKAN TINGGI | 1 | 3 | 4 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2- sided) |
|------------------------------|---------------------|----|--|
| Pearson Chi-Square | 10.742 ^a | 3 | .013 |
| Likelihood Ratio | 11.417 | 3 | .010 |
| Linear-by-Linear Association | 4.679 | 1 | .031 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

4) Analisis Tingkat Pendidikan (3 Katagori) terhadap Keanggotaan BKL

Crosstab

Count

| | | keanggotaan BKL | | Total |
|--------------------|--------------------------------|-----------------|---------|-------|
| | | BUKAN ANGGOTA | ANGGOTA | |
| tingkat pendidikan | TIDAK SEKOLAH | 20 | 17 | 37 |
| | PENDIDIKAN DASAR | 26 | 16 | 42 |
| | PENDIDIKAN MENENGAH DAN TINGGI | 4 | 17 | 21 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 10.672 ^a | 2 | .005 |
| Likelihood Ratio | 11.309 | 2 | .004 |
| Linear-by-Linear Association | 4.571 | 1 | .033 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.50.

5) Analisis Status Pekerjaan terhadap Keanggotaan BKL

status pekerjaan * keanggotaan BKL Crosstabulation

Count

| | | keanggotaan BKL | | Total |
|------------------|---------------|-----------------|---------|-------|
| | | BUKAN ANGGOTA | ANGGOTA | |
| status pekerjaan | TIDAK BEKERJA | 27 | 36 | 63 |
| | BEKERJA | 23 | 14 | 37 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3.475 ^a | 1 | .062 | | |
| Continuity Correction ^b | 2.746 | 1 | .098 | | |
| Likelihood Ratio | 3.501 | 1 | .061 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .097 | .048 |
| Linear-by-Linear Association | 3.440 | 1 | .064 | | |
| N of Valid Cases | 100 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.50.

b. Computed only for a 2x2 table

6) Analisis Status Pernikahan terhadap Keanggotaan BKL

status pernikahan * keanggotaan BKL Crosstabulation

Count

| | | keanggotaan BKL | | Total |
|-------------------|------------|-----------------|---------|-------|
| | | BUKAN ANGGOTA | ANGGOTA | |
| status pernikahan | JANDA/DUDA | 31 | 22 | 53 |
| | MENIKAH | 19 | 28 | 47 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3.252 ^a | 1 | .071 | | |
| Continuity Correction ^b | 2.569 | 1 | .109 | | |
| Likelihood Ratio | 3.270 | 1 | .071 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .109 | .054 |
| Linear-by-Linear Association | 3.219 | 1 | .073 | | |
| N of Valid Cases | 100 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23.50.

b. Computed only for a 2x2 table

b. Analisis Perbedaan Keanggotaan BKL berdasarkan Dukungan Keluarga, Partisipasi Sosial, Aktivitas Fisik, dan Aktivitas Olahraga

1) Analisis Keanggotaan BKL berdasarkan Dukungan Keluarga

dukungan keluarga * keanggotaan BKL Crosstabulation

Count

| | | keanggotaan BKL | | Total |
|-------------------|--------|-----------------|---------|-------|
| | | BUKAN ANGGOTA | ANGGOTA | |
| dukungan keluarga | KURANG | 8 | 3 | 11 |
| | SEDANG | 18 | 10 | 28 |
| | BAIK | 24 | 37 | 61 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 7.329 ^a | 2 | .026 |
| Likelihood Ratio | 7.468 | 2 | .024 |
| Linear-by-Linear Association | 6.825 | 1 | .009 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

2) Analisis Keanggotaan BKL berdasarkan Partisipasi Sosial

partisipasi sosial * keanggotaan BKL Crosstabulation

Count

| | | keanggotaan BKL | | Total |
|--------------------|---------------|-----------------|---------|-------|
| | | BUKAN ANGGOTA | ANGGOTA | |
| partisipasi sosial | TDK MENGIKUTI | 22 | 0 | 22 |
| | KURANG AKTIF | 5 | 11 | 16 |
| | AKTIF | 23 | 39 | 62 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 28.379 ^a | 2 | .000 |
| Likelihood Ratio | 36.981 | 2 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 21.023 | 1 | .000 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

3) Analisis Keanggotaan BKL berdasarkan Aktivitas Fisik

aktivitas fisik * Keanggotaan BKL Crosstabulation

Count

| | | Keanggotaan BKL | | Total |
|-----------------|--------|-----------------|---------|-------|
| | | Bukan Anggota | Anggota | |
| aktivitas fisik | RINGAN | 15 | 17 | 32 |
| | SEDANG | 23 | 29 | 52 |
| | BERAT | 12 | 4 | 16 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 4.817 ^a | 2 | .090 |
| Likelihood Ratio | 5.005 | 2 | .082 |
| Linear-by-Linear Association | 2.179 | 1 | .140 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

4) Analisis Keanggotaan BKL berdasarkan Aktivitas Olahraga

aktivitas olahraga * keanggotaan BKL Crosstabulation

Count

| | | keanggotaan BKL | | Total |
|--------------------|--------------|-----------------|---------|-------|
| | | BUKAN ANGGOTA | ANGGOTA | |
| aktivitas olahraga | TIDAK PERNAH | 36 | 18 | 54 |
| | JARANG | 8 | 23 | 31 |
| | SERING | 6 | 9 | 15 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 13.858 ^a | 2 | .001 |
| Likelihood Ratio | 14.292 | 2 | .001 |
| Linear-by-Linear Association | 8.117 | 1 | .004 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

c. Gambaran Kualitas Hidup Lansia secara Subjektif maupun Menurut Domain

1) Gambaran Kualitas Hidup Lansia secara Subjektif

kualitas hidup

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | BURUK | 19 | 19.0 | 19.0 | 19.0 |
| | BIASA-BIASA SAJA | 26 | 26.0 | 26.0 | 45.0 |
| | BAIK | 49 | 49.0 | 49.0 | 94.0 |
| | SANGAT BAIK | 6 | 6.0 | 6.0 | 100.0 |
| Total | | 100 | 100.0 | 100.0 | |

2) Gambaran Kualitas Hidup Lansia menurut Domain

Statistics

| | | domain fisik | domain psikologi | domain sosial | domain lingkungan |
|----------------|---------|--------------|------------------|---------------|-------------------|
| N | Valid | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 58.0355 | 56.6667 | 55.9164 | 49.9711 |
| Std. Deviation | | 16.73934 | 15.23728 | 15.41155 | 14.47163 |
| Minimum | | 17.86 | 20.83 | 16.67 | 12.50 |
| Maximum | | 89.29 | 87.50 | 91.67 | 84.38 |

d. Analisis Perbedaan Karakteristik Lansia Terhadap Kualitas Hidup Lansia

1) Kualitas Hidup Secara Subjektif

a) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Usia

usia * kualitas hidup Crosstabulation

Count

| | | kualitas hidup | | | | Total |
|-------|---------|----------------|------------------|------|-------------|-------|
| | | BURUK | BIASA-BIASA SAJA | BAIK | SANGAT BAIK | |
| usia | ELDERLY | 12 | 20 | 39 | 5 | 76 |
| | OLD | 7 | 6 | 10 | 1 | 24 |
| Total | | 19 | 26 | 49 | 6 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 2.254 ^a | 3 | .521 |
| Likelihood Ratio | 2.122 | 3 | .548 |
| Linear-by-Linear Association | 1.884 | 1 | .170 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 3 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.44.

Karena *expected value* yang kurang dari 5 lebih besar dari 20% maka katagori kualitas hidup disederhanakan menjadi 2.

Crosstab

| Count | | kualitas hidup | | Total |
|-------|---------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | buruk dan biasa-biasa saja | baik dan sangat baik | |
| usia | ELDERLY | 32 | 44 | 76 |
| | OLD | 13 | 11 | 24 |
| Total | | 45 | 55 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|---|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.072 ^a | 1 | .300 | | |
| Continuity Correction ^b | .640 | 1 | .424 | | |
| Likelihood Ratio | 1.068 | 1 | .301 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .351 | .212 |
| Linear-by-Linear Association | 1.061 | 1 | .303 | | |
| N of Valid Cases | 100 | | | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.80.

b. Computed only for a 2x2 table

b) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Jenis Kelamin

Crosstab

| Count | | kualitas hidup | | Total |
|---------------|-----------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | buruk dan biasa-biasa saja | baik dan sangat baik | |
| jenis kelamin | LAKI-LAKI | 9 | 16 | 25 |
| | PEREMPUAN | 36 | 39 | 75 |
| Total | | 45 | 55 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.091 ^a | 1 | .296 | | |
| Continuity Correction ^b | .660 | 1 | .417 | | |
| Likelihood Ratio | 1.105 | 1 | .293 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .357 | .209 |
| Linear-by-Linear Association | 1.080 | 1 | .299 | | |
| N of Valid Cases | 100 | | | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.25.

b. Computed only for a 2x2 table

c) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Tingkat Pendidikan

Crosstab

Count

| | | kualitas hidup | | Total |
|--------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------|-------|
| | | buruk dan biasa-biasa saja | baik dan sangat baik | |
| tingkat pendidikan | TIDAK SEKOLAH | 22 | 15 | 37 |
| | PENDIDIKAN DASAR | 21 | 21 | 42 |
| | PENDIDIKAN MENENGAH DAN TINGGI | 2 | 19 | 21 |
| | Total | 45 | 55 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 14.229 ^a | 2 | .001 |
| Likelihood Ratio | 16.234 | 2 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 11.821 | 1 | .001 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.45.

d) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Status Pekerjaan

Crosstab

Count

| | | kualitas hidup | | Total |
|------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | buruk dan biasa-biasa saja | baik dan sangat baik | |
| status pekerjaan | TIDAK BEKERJA | 30 | 33 | 63 |
| | BEKERJA | 15 | 22 | 37 |
| Total | | 45 | 55 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|---|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | .472 ^a | 1 | .492 | | |
| Continuity Correction ^b | .229 | 1 | .632 | | |
| Likelihood Ratio | .474 | 1 | .491 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .537 | .317 |
| Linear-by-Linear Association | .467 | 1 | .494 | | |
| N of Valid Cases | 100 | | | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.65.

b. Computed only for a 2x2 table

e) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Status Pernikahan

Crosstab

Count

| | | kualitas hidup | | Total |
|-------------------|------------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | buruk dan biasa-biasa saja | baik dan sangat baik | |
| status pernikahan | JANDA/DUDA | 28 | 25 | 53 |
| | MENIKAH | 17 | 30 | 47 |
| Total | | 45 | 55 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|---|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 2.793 ^a | 1 | .095 | | |
| Continuity Correction ^b | 2.161 | 1 | .142 | | |
| Likelihood Ratio | 2.811 | 1 | .094 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .110 | .071 |
| Linear-by-Linear Association | 2.766 | 1 | .096 | | |
| N of Valid Cases | 100 | | | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.15.

b. Computed only for a 2x2 table

2) Kualitas Hidup Menurut Domain Uji Normalitas Skor Domain Kualitas Hidup WHOQOL-BREF

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-------------------|---------------------------------|-----|------|--------------|-----|------|
| | Statistic | Df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| domain fisik | .131 | 100 | .000 | .951 | 100 | .001 |
| domain psikologi | .091 | 100 | .041 | .973 | 100 | .035 |
| domain sosial | .172 | 100 | .000 | .955 | 100 | .002 |
| domain lingkungan | .092 | 100 | .036 | .986 | 100 | .369 |

a. Lilliefors Significance Correction

Karena distribusi data pada semua domain tidak normal, maka pengujian dilakukan dengan uji nonparametrik yaitu menggunakan uji Mann Whitney dan Kruskal Wallis.

a) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Usia dengan Mann Whitney

Ranks

| | usia | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---------------|---------|-----|-----------|--------------|
| Domain Fisik | ELDERLY | 76 | 51.82 | 3938.50 |
| | OLD | 24 | 46.31 | 1111.50 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Psikis | ELDERLY | 76 | 52.97 | 4026.00 |
| | OLD | 24 | 42.67 | 1024.00 |
| | Total | 100 | | |

| | | | | |
|-------------------|---------|-----|-------|---------|
| Domain Sosial | ELDERLY | 76 | 53.15 | 4039.50 |
| | OLD | 24 | 42.10 | 1010.50 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Lingkungan | ELDERLY | 76 | 54.55 | 4145.50 |
| | OLD | 24 | 37.69 | 904.50 |
| | Total | 100 | | |

Test Statistics^a

| | Domain Fisik | Domain Psikis | Domain Sosial | Domain Lingkungan |
|------------------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| Mann-Whitney U | 811.500 | 724.000 | 710.500 | 604.500 |
| Wilcoxon W | 1111.500 | 1024.000 | 1010.500 | 904.500 |
| Z | -.814 | -1.524 | -1.654 | -2.487 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .416 | .128 | .098 | .013 |

a. Grouping Variable: usia

b) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Jenis Kelamin dengan Mann Whitney

Ranks

| | jenis kelamin | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------|---------------|-----|-----------|--------------|
| Domain Fisik | LAKI-LAKI | 25 | 53.00 | 1325.00 |
| | PEREMPUAN | 75 | 49.67 | 3725.00 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Psikis | LAKI-LAKI | 25 | 48.46 | 1211.50 |
| | PEREMPUAN | 75 | 51.18 | 3838.50 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Sosial | LAKI-LAKI | 25 | 54.78 | 1369.50 |
| | PEREMPUAN | 75 | 49.07 | 3680.50 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Lingkungan | LAKI-LAKI | 25 | 52.94 | 1323.50 |
| | PEREMPUAN | 75 | 49.69 | 3726.50 |
| | Total | 100 | | |

Test Statistics^a

| | Domain Fisik | Domain Psikis | Domain Sosial | Domain Lingkungan |
|----------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| Mann-Whitney U | 875.000 | 886.500 | 830.500 | 876.500 |
| Wilcoxon W | 3725.000 | 1211.500 | 3680.500 | 3726.500 |

| | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Z | -.499 | -.408 | -.866 | -.487 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .618 | .684 | .386 | .626 |

a. Grouping Variable: jenis kelamin

c) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Tingkat Pendidikan dengan Kruskal Wallis

| Ranks | | | |
|-------------------|--------------------|-----|-----------|
| | tingkat pendidikan | N | Mean Rank |
| Domain Fisik | TIDAK SEKOLAH | 37 | 42.91 |
| | PENDIDIKAN DASAR | 42 | 48.65 |
| | PENDIDIKAN TINGGI | 21 | 67.57 |
| | Total | 100 | |
| Domain Psikis | TIDAK SEKOLAH | 37 | 37.57 |
| | PENDIDIKAN DASAR | 42 | 49.05 |
| | PENDIDIKAN TINGGI | 21 | 76.19 |
| | Total | 100 | |
| Domain Sosial | TIDAK SEKOLAH | 37 | 40.66 |
| | PENDIDIKAN DASAR | 42 | 45.55 |
| | PENDIDIKAN TINGGI | 21 | 77.74 |
| | Total | 100 | |
| Domain Lingkungan | TIDAK SEKOLAH | 37 | 36.35 |
| | PENDIDIKAN DASAR | 42 | 50.07 |
| | PENDIDIKAN TINGGI | 21 | 76.29 |
| | Total | 100 | |

| Test Statistics ^{a,b} | | | | |
|--------------------------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| | Domain Fisik | Domain Psikis | Domain Sosial | Domain Lingkungan |
| Chi-Square | 10.043 | 24.127 | 24.806 | 25.514 |
| df | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | .007 | .000 | .000 | .000 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: tingkat pendidikan

d) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Status Pekerjaan dengan Mann
Whitney

| Ranks | | | | |
|-------------------|------------------|-----|-----------|--------------|
| | status pekerjaan | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Domain Fisik | TIDAK BEKERJA | 63 | 49.57 | 3123.00 |
| | BEKERJA | 37 | 52.08 | 1927.00 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Psikis | TIDAK BEKERJA | 63 | 53.50 | 3370.50 |
| | BEKERJA | 37 | 45.39 | 1679.50 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Sosial | TIDAK BEKERJA | 63 | 53.84 | 3392.00 |
| | BEKERJA | 37 | 44.81 | 1658.00 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Lingkungan | TIDAK BEKERJA | 63 | 53.48 | 3369.50 |
| | BEKERJA | 37 | 45.42 | 1680.50 |
| | Total | 100 | | |

| Test Statistics ^a | | | | |
|------------------------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| | Domain Fisik | Domain Psikis | Domain Sosial | Domain Lingkungan |
| Mann-Whitney U | 1107.000 | 976.500 | 955.000 | 977.500 |
| Wilcoxon W | 3123.000 | 1679.500 | 1658.000 | 1680.500 |
| Z | -.419 | -1.355 | -1.528 | -1.345 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .675 | .175 | .126 | .179 |

a. Grouping Variable: status pekerjaan

e) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Status Pernikahan dengan Mann
Whitney

| Ranks | | | | |
|---------------|-------------------|-----|-----------|--------------|
| | status pernikahan | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Domain Fisik | JANDA/DUDA | 53 | 45.18 | 2394.50 |
| | MENIKAH | 47 | 56.50 | 2655.50 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Psikis | JANDA/DUDA | 53 | 44.93 | 2381.50 |
| | MENIKAH | 47 | 56.78 | 2668.50 |
| | Total | 100 | | |

| | | | | |
|-------------------|------------|-----|-------|---------|
| Domain Sosial | JANDA/DUDA | 53 | 42.00 | 2226.00 |
| | MENIKAH | 47 | 60.09 | 2824.00 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Lingkungan | JANDA/DUDA | 53 | 44.80 | 2374.50 |
| | MENIKAH | 47 | 56.93 | 2675.50 |
| | Total | 100 | | |

Test Statistics^a

| | Domain Fisik | Domain Psikis | Domain Sosial | Domain Lingkungan |
|------------------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| Mann-Whitney U | 963.500 | 950.500 | 795.000 | 943.500 |
| Wilcoxon W | 2394.500 | 2381.500 | 2226.000 | 2374.500 |
| Z | -1.954 | -2.046 | -3.164 | -2.090 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .051 | .041 | .002 | .037 |

a. Grouping Variable: status pernikahan

e. Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Lansia berdasarkan Dukungan Keluarga, Partisipasi Sosial, Aktivitas Fisik, dan Aktivitas Olahraga.

1. Kualitas Hidup secara Subjektif

a) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Dukungan Keluarga

Crosstab

| | | kualitas hidup | | Total |
|-------------------|--------|----------------------------|----------------------|-------|
| | | buruk dan biasa-biasa saja | baik dan sangat baik | |
| dukungan keluarga | KURANG | 8 | 3 | 11 |
| | SEDANG | 18 | 10 | 28 |
| | BAIK | 19 | 42 | 61 |
| Total | | 45 | 55 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|--------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 12.354 ^a | 2 | .002 |
| Likelihood Ratio | 12.565 | 2 | .002 |

| | | | |
|------------------------------|--------|---|------|
| Linear-by-Linear Association | 11.255 | 1 | .001 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.95.

b) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Partisipasi Sosial

Crosstab

| | | kualitas hidup | | Total |
|--------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | buruk dan biasa-biasa saja | baik dan sangat baik | |
| partisipasi sosial | TDK MENGIKUTI | 17 | 5 | 22 |
| | KURANG AKTIF | 6 | 10 | 16 |
| | AKTIF | 22 | 40 | 62 |
| Total | | 45 | 55 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2- sided) |
|------------------------------|---------------------|----|--|
| Pearson Chi-Square | 11.890 ^a | 2 | .003 |
| Likelihood Ratio | 12.227 | 2 | .002 |
| Linear-by-Linear Association | 9.941 | 1 | .002 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.20.

c) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Aktivitas Fisik

aktivitas fisik * kualitas hidup Crosstabulation

Count

| | | kualitas hidup | | Total |
|-----------------|--------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | buruk dan biasa-biasa saja | baik dan sangat baik | |
| aktivitas fisik | RINGAN | 13 | 19 | 32 |
| | SEDANG | 23 | 29 | 52 |
| | BERAT | 9 | 7 | 16 |
| Total | | 45 | 55 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.078 ^a | 2 | .583 |
| Likelihood Ratio | 1.075 | 2 | .584 |
| Linear-by-Linear Association | .901 | 1 | .342 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.20.

d) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Aktivitas Olahraga

Crosstab

| | | kualitas hidup | | Total |
|--------------------|--------------|----------------------------|----------------------|-------|
| | | buruk dan biasa-biasa saja | baik dan sangat baik | |
| aktivitas olahraga | TIDAK PERNAH | 34 | 20 | 54 |
| | JARANG | 7 | 24 | 31 |
| | SERING | 4 | 11 | 15 |
| Total | | 45 | 55 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 15.373 ^a | 2 | .000 |
| Likelihood Ratio | 15.924 | 2 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 11.526 | 1 | .001 |
| N of Valid Cases | 100 | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.75.

2. Kualitas Hidup menurut Domaian WHOQOL-BREF

a) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Dukungan Keluarga dengan Kruskal Wallis

| | dukungan keluarga | N | Mean Rank |
|-------------------|-------------------|-----|-----------|
| Domain Fisik | KURANG | 11 | 42.59 |
| | SEDANG | 28 | 40.20 |
| | BAIK | 61 | 56.66 |
| | Total | 100 | |
| Domain Psikis | KURANG | 11 | 33.59 |
| | SEDANG | 28 | 40.96 |
| | BAIK | 61 | 57.93 |
| | Total | 100 | |
| Domain Sosial | KURANG | 11 | 31.64 |
| | SEDANG | 28 | 34.52 |
| | BAIK | 61 | 61.24 |
| | Total | 100 | |
| Domain Lingkungan | KURANG | 11 | 43.59 |
| | SEDANG | 28 | 35.54 |
| | BAIK | 61 | 58.61 |
| | Total | 100 | |

| | Domain Fisik | Domain Psikis | Domain Sosial | Domain Lingkungan |
|-------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| Chi-Square | 7.143 | 10.850 | 22.236 | 12.904 |
| df | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | .028 | .004 | .000 | .002 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: dukungan keluarga

b) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Partisipasi Sosial dengan Kruskal Wallis

| | partisipasi sosial | N | Mean Rank |
|--------------|--------------------|----|-----------|
| Domain Fisik | TDK MENGIKUTI | 22 | 25.45 |

| | | | |
|-------------------|---------------|-----|-------|
| | KURANG AKTIF | 16 | 52.47 |
| | AKTIF | 62 | 58.88 |
| | Total | 100 | |
| Domain Psikis | TDK MENGIKUTI | 22 | 19.73 |
| | KURANG AKTIF | 16 | 55.31 |
| | AKTIF | 62 | 60.18 |
| | Total | 100 | |
| Domain Sosial | TDK MENGIKUTI | 22 | 28.45 |
| | KURANG AKTIF | 16 | 52.97 |
| | AKTIF | 62 | 57.69 |
| | Total | 100 | |
| Domain Lingkungan | TDK MENGIKUTI | 22 | 28.80 |
| | KURANG AKTIF | 16 | 60.06 |
| | AKTIF | 62 | 55.73 |
| | Total | 100 | |

Test Statistics^{a,b}

| | Domain Fisik | Domain Psikis | Domain Sosial | Domain Lingkungan |
|-------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| Chi-Square | 21.786 | 32.363 | 17.188 | 16.143 |
| df | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | .000 | .000 | .000 | .000 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: partisipasi sosial

c) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Aktivitas Fisik dengan Kruskal Wallis

Ranks

| | aktivitas fisik | N | Mean Rank |
|---------------|-----------------|-----|-----------|
| Domain Fisik | RINGAN | 32 | 46.56 |
| | SEDANG | 52 | 52.50 |
| | BERAT | 16 | 51.88 |
| | Total | 100 | |
| Domain Psikis | RINGAN | 32 | 47.83 |
| | SEDANG | 52 | 57.30 |
| | BERAT | 16 | 33.75 |

| | | | |
|-------------------|--------|-----|-------|
| | Total | 100 | |
| Domain Sosial | RINGAN | 32 | 43.59 |
| | SEDANG | 52 | 58.46 |
| | BERAT | 16 | 38.44 |
| | Total | 100 | |
| Domain Lingkungan | RINGAN | 32 | 48.59 |
| | SEDANG | 52 | 55.05 |
| | BERAT | 16 | 39.53 |
| | Total | 100 | |

Test Statistics^{a,b}

| | Domain Fisik | Domain Psikis | Domain Sosial | Domain Lingkungan |
|-------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| Chi-Square | .878 | 8.532 | 8.785 | 3.720 |
| df | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | .645 | .014 | .012 | .156 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: aktivitas fisik

d) Analisis Kualitas Hidup berdasarkan Aktivitas Olahraga dengan Kruskal Wallis

Ranks

| | aktivitas olahraga | N | Mean Rank |
|-------------------|--------------------|-----|-----------|
| Domain Fisik | TIDAK PERNAH | 54 | 42.79 |
| | JARANG | 31 | 55.71 |
| | SERING | 15 | 67.50 |
| | Total | 100 | |
| Domain Psikis | TIDAK PERNAH | 54 | 37.27 |
| | JARANG | 31 | 66.55 |
| | SERING | 15 | 64.97 |
| | Total | 100 | |
| Domain Sosial | TIDAK PERNAH | 54 | 40.65 |
| | JARANG | 31 | 59.32 |
| | SERING | 15 | 67.73 |
| | Total | 100 | |
| Domain Lingkungan | TIDAK PERNAH | 54 | 37.22 |

| | | |
|--------|-----|-------|
| JARANG | 31 | 67.11 |
| SERING | 15 | 63.97 |
| Total | 100 | |

Test Statistics^{a,b}

| | Domain Fisik | Domain Psikis | Domain Sosial | Domain Lingkungan |
|-------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| Chi-Square | 10.033 | 24.655 | 14.876 | 24.821 |
| df | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | .007 | .000 | .001 | .000 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: aktivitas olahraga

f. Analisis Perbedaan Kualitas Hidup antara Anggota BKL dengan Bukan Anggota BKL

1) Kualitas Hidup secara Subjektif

kualitas hidup * keanggotaan BKL Crosstabulation

| Count | | keanggotaan BKL | | Total |
|--------------------|--|-----------------|----------|----------|
| | | BUKAN ANGGOTA | ANGGOTA | |
| kualitas hi dup | buruk dan biasa-biasa saja baik dan sangat baik | 31 19 | 14 36 | 45 55 |
| Total | | 50 | 50 | 100 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 11.677 ^a | 1 | .001 | | |
| Continuity Correction ^b | 10.343 | 1 | .001 | | |
| Likelihood Ratio | 11.926 | 1 | .001 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .001 | .001 |
| Linear-by-Linear Association | 11.560 | 1 | .001 | | |
| N of Valid Cases | 100 | | | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.50.

b. Computed only for a 2x2 table

2) Analisis Perbedaan Kualitas Hidup antara Lansia Anggota BKL dengan Lansia Bukan Anggota BKL dengan Uji Mann Whitney

| Ranks | | | | |
|-------------------|-----------------|-----|-----------|--------------|
| | Keanggotaan BKL | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Domain Fisik | Bukan Anggota | 50 | 38.34 | 1917.00 |
| | Anggota | 50 | 62.66 | 3133.00 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Psikis | Bukan Anggota | 50 | 33.23 | 1661.50 |
| | Anggota | 50 | 67.77 | 3388.50 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Sosial | Bukan Anggota | 50 | 37.39 | 1869.50 |
| | Anggota | 50 | 63.61 | 3180.50 |
| | Total | 100 | | |
| Domain Lingkungan | Bukan Anggota | 50 | 36.05 | 1802.50 |
| | Anggota | 50 | 64.95 | 3247.50 |
| | Total | 100 | | |

| Test Statistics ^a | | | | |
|------------------------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| | Domain Fisik | Domain Psikis | Domain Sosial | Domain Lingkungan |
| Mann-Whitney U | 642.000 | 386.500 | 594.500 | 527.500 |
| Wilcoxon W | 1917.000 | 1661.500 | 1869.500 | 1802.500 |
| Z | -4.205 | -5.978 | -4.595 | -4.992 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .000 |

a. Grouping Variable: Keanggotaan BKL