



**STATUS GIZI DAN KUALITAS HIDUP LANSIA YANG TINGGAL  
BERSAMA KELUARGA DAN PELAYANAN SOSIAL  
TRESNA WERDHA  
(Studi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dan UPT  
Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso)**

**SKRIPSI**

Oleh

**Putri Istik Lailiyah  
NIM 132110101033**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2017**



**STATUS GIZI DAN KUALITAS HIDUP LANSIA YANG TINGGAL BERSAMA  
KELUARGA DAN PELAYANAN SOSIAL  
TRESNA WERDHA  
(Studi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dan UPT Pelayanan  
Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso)**

**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

**Putri Istik Lailiyah  
NIM 132110101033**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2017**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT, atas berkat limpahan kasih sayang-Nya saya bisa menyelesaikan skripsi ini;
2. Kedua orangtua saya Ibu Musrifah dan Bapak Imam Syafi'i yang selalu memberikan doa dan dukungan baik dalam bentuk moril maupun materiil;
3. M. Muslim Furqony yang selalu membantu memberikan semangat dan nasehat;
4. Guru-guru TK Al-Hikmah, SDN Dabasah 05 Bondowoso, SMPN 3 Bondowoso, dan SMAN 2 Bondowoso yang telah memberikan ilmu serta pengalamannya;
5. Almamater yang saya banggakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

**MOTTO**

Sesungguhnya bersama kesukaran itu ada keringanan. Karena itu bila kau sudah selesai (mengerjakan yang lain). Dan berharaplah kepada Tuhanmu.

(terjemahan Q.S Al Insyirah ayat 6-8)\*)

---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Putri Istik Lailiyah

NIM : 132110101033

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi saya yang berjudul : *Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 6 November 2017

Yang Menyatakan,

Putri Istik Lailiyah

NIM 132110101033

**PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**STATUS GIZI DAN KUALITAS HIDUP LANSIA YANG TINGGAL  
BERSAMA KELUARGA DAN PELAYANAN SOSIAL  
TRESNA WERDHA  
(Studi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dan UPT  
Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso)**

Oleh

Putri Istik Lailiyah

NIM 132110101033

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH.

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

**PENGESAHAN**

Sripsi berjudul *Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Senin  
Tanggal : 06 November 2017  
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tanda Tangan

Pembimbing

1. DPU : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH. (.....)  
NIP. 19840605 200812 2 001
2. DPA : Sulistiyani, S.KM., M.Kes. (.....)  
NIP. 19760615 200212 2 002

Penguji

1. Ketua : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes. (.....)  
NIP. 19801009 200501 2 002
2. Sekretaris: Mury Ririanty, S.KM., M.Kes. (.....)  
NIP. 19831027 201012 2 003
3. Anggota : Drs. T. Djokosumbowo, M.Si. (.....)  
NIP. 196504171986021008

Mengesahkan  
Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes  
NIP. 19800516 200312 2 002

## PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso)*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan apakah ada perbedaan antara karakteristik lansia, status gizi lansia, dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam penyelenggaraan program gizi dan kesejahteraan lansia di Kabupaten Bondowoso.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH., selaku Ketua Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat sekaligus Dosen Pembimbing Utama serta Sulistiyani, S. KM, M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran, dan perhatian untuk memberikan bimbingan dan pengarahan demi terselesainya skripsi ini;
3. Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes. selaku Ketua Penguji, Mury Ririanty S.KM., M.Kes. Selaku Sekretaris Penguji, dan Drs. T. Djokosumbowo, M.Si. Selaku Penguji Anggota yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran sebagai penguji skripsi.
4. Ni'mal Baroya, S. KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing akademik;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso dan Kepala Puskesmas Maesan, serta Kepala UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso yang telah memberikan ijin penelitian;

6. Kedua orang tuaku, Ibu Musrifah dan Bapak Imam Syafi'i tercinta yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun materiil serta doa yang tiada henti kepada penulis;
7. Tunanganku, M. Muslim Furqony yang selalu setia menjadi partner berdiskusi, mendengar keluh kesah, memberikan semangat dan nasehat, serta canda dan tawa dalam kesedihan dan kebahagiaan penulis;
8. Kakakku Septian Adi Candra serta adik-adikku Rizqi Bangun Saputra dan Amelia Suci Ramadani tercinta yang selalu mendoakan dan mendukung penulis;
9. Sahabat seperjuangan skripsi, Niken Apriliana yang selalu membantu dan berbagi informasi kepada penulis dalam penyelesaian skripsi ini;
10. Sahabat-sahabat terbaik Ega, Tatik, Rani, Melati, Bekti, Raisa, Vita, Nika, Lucky dan Mayrose yang selalu memberikan kebahagiaan dan semangat dalam proses pembuatan skripsi;
11. Teman-teman seperjuangan peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat 2013 dan angkatan 2013 FKM UNEJ serta seluruh pihak yang telah membantu yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, terima kasih telah memberikan semangat kepada penulis.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 6 November 2017

Penulis

## RINGKASAN

**Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso (Studi Di Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dan Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso);** Putri Istik Lailiyah; 132110101033; 2017; 118 halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Indonesia mengalami peningkatan jumlah populasi dan umur harapan hidup lansia dari tahun ke tahun. Peningkatan jumlah populasi penduduk lansia akan berbanding lurus dengan peningkatan berbagai permasalahan kesehatan pada kelompok lansia yang semakin kompleks. Permasalahan kesehatan tersebut dikaitkan dengan perubahan lingkungan dan status gizi mereka sehingga akan berpengaruh terhadap kualitas hidupnya. Pada lansia terjadi penurunan kemampuan sosial dan finansialnya. Kelangsungan hidupnya akan menjadi tanggungan keluarga (anak-cucu) atau pemerintah (badan sosial). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan status gizi dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dengan di Pelayanan Sosial Tresna Werdha.

Penelitian ini menggunakan pendekatan cross sectional dan dilakukan di wilayah Bondowoso dengan pengambilan data di Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso dan lansia yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Maesan. Sampel dalam penelitian berjumlah 72 responden, dengan pembagian 36 responden yang tinggal bersama keluarga dan 36 di PSTW Bondowoso. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Proporsional Random Sampling*. Pengambilan data menggunakan kuesioner yang diadaptasi dari WHOQOL-BREF oleh WHOQOL Group dengan 26 butir pertanyaan. Data dianalisis dengan menggunakan uji *ChiSquare* ( $\alpha = 0,05$ ).

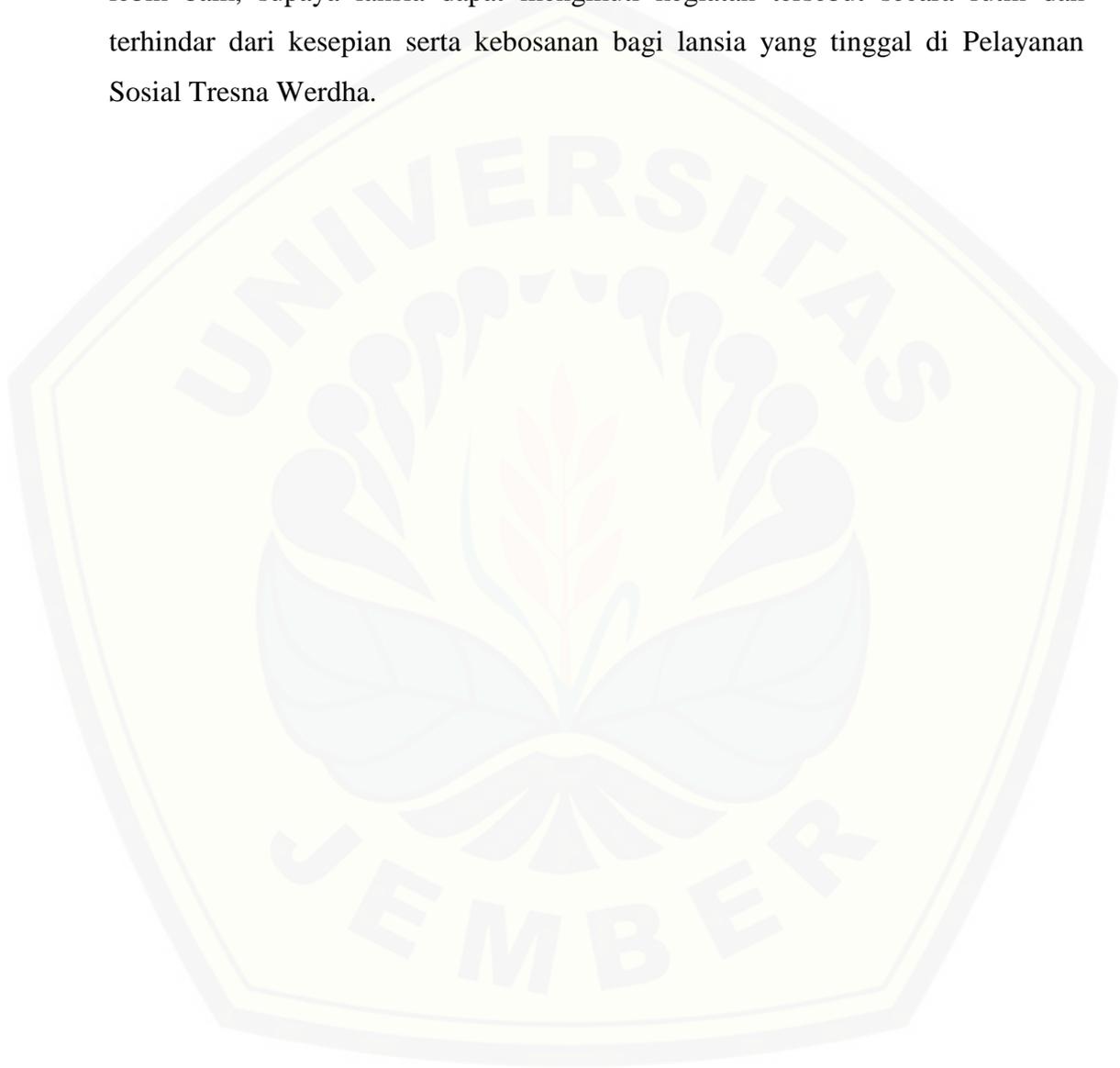
Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar lansia yang tinggal bersama keluarga dan di PSTW Bondowoso berusia 75 – 90 tahun (*elderly*), berjenis kelamin perempuan, berstatus janda/duda, memiliki tingkat kemandirian yang tinggi dan status gizi yang baik. Sebagian besar lansia yang tinggal bersama

keluarga mengaku memiliki kualitas hidup yang tinggi (58,3%), sedangkan lansia di PSTW mengaku memiliki kualitas hidup yang sedang (80,6%). Status gizi lansia yang tinggal di PSTW lebih baik daripada lansia yang tinggal bersama keluarga ( $p < 0,05$ ). Hal ini dikarenakan pada PSTW sudah diterapkan siklus menu harian dan jadwal makan teratur dengan makanan yang lebih bergizi dan beragam daripada lansia yang tinggal bersama keluarga.

Kualitas hidup lansia terdiri dari domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan serta kualitas hidup secara keseluruhan. Kualitas hidup menurut domain kesehatan fisik pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di PSTW ( $p < 0,05$ ). Lansia yang tinggal bersama keluarga merasa sakit fisiknya tidak mencegahnya dalam beraktifitas. Kualitas hidup menurut domain psikologis pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di PSTW ( $p < 0,05$ ). Lansia yang tinggal di PSTW mengaku lebih sering merasa kesepian. Hal ini dikarenakan lansia yang tinggal bersama keluarga lebih mendapatkan dukungan emosional dan rasa dibutuhkan yang lebih tinggi dari pada lansia yang tinggal di PSTW. Kualitas hidup menurut domain hubungan sosial pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di PSTW ( $p < 0,05$ ). Hal ini dikarenakan interaksi sosial pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih luas daripada lansia yang tinggal di PSTW. Sedangkan pada kualitas hidup menurut domain lingkungan pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan PSTW adalah sama ( $p > 0,05$ ). Lansia yang tinggal di pelayanan sosial merasa aman dan senang tinggal di PSTW karena banyak fasilitas dan pelayanan yang memadai untuk lansia. Berdasarkan dari domain kualitas hidup diatas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup lansia secara keseluruhan pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di UPT PSTW Bondowoso ( $p < 0,05$ ).

Upaya peningkatan program penyuluhan dan motivasi yang tidak hanya diberikan kepada lansia saja, melainkan kepada pihak keluarga sangat penting dilakukan untuk mendukung para lansia melakukan kunjungan ke posyandu lansia bagi lansia yang tinggal bersama keluarga. Selain itu, perlu adanya pendekatan

dan pelayanan yang holistik terhadap setiap lansia sehingga dapat diketahui permasalahan khusus pada lansia terutama dalam permasalahan status gizi dan kualitas hidup lansia, dan upaya peningkatan minat lansia dalam mengikuti kegiatan rutin seperti penyediaan sarana informasi dan hiburan yang dimodifikasi lebih baik, supaya lansia dapat mengikuti kegiatan tersebut secara rutin dan terhindar dari kesepian serta kebosanan bagi lansia yang tinggal di Pelayanan Sosial Tresna Werdha.



## SUMMARY

**Nutritional Status and Quality of Life of Elderly People Who's Lived With Family and Tresna Werdha Social Service in Bondowoso Regency (Study in Region of Maesan Public Health Centre and Tresna Werdha Social Service in Bondowoso Regency);** Putri Istik Lailiyah; 132110101033; 2017; 118 pages; Departement of Public Health Nutrition, Faculty of Public Health, University of Jember.

The number of population and life expectancy of elderly in Indonesia have increased every year. Increasing the number of elderly population will be directly proportional to increasing complexity health problem. Health problems are associated with the environmental change and nutritional status that will affect for their quality of life. Declining sosial and financial capacity usually happen in elderly. Their life would be depend on their family (grandchildren) or government (social division). This research aims to determine the differences of nutritional status and quality of life among the elderly that living with their family and Tresna Werdha Social Service.

This research used a cross sectional approach and conducted in Bondowoso area with data at Tresna Werdha Social Service Bondowoso and elderly living in region of Maesan Public Health Centre. The research based on 72 respondents, consist of 36 respondents that living with family and 36 respondents that living in Tresna Werdha Social Service Bondowoso. The sampling technique used Proportional Random Sampling. Methods of data collection used questionnaires adapted from WHOQOL-BREF by WHOQOL Group consist of 26 questions. Data analyzed by Chi Square test ( $\alpha = 0,05$ ).

The results showed that most of the elderly living with their family and Tresna Werdha Social Service Bondowoso aged 75-90 years (elderly), female, widow / widower, had a high degree of independence and good nutritional status. Most of the elderly that living with their family had a high quality of life (58.3%), while the elderly in Tresna Werdha Social Service have a medium quality of life

(80.6%). Nutritional status of elderly living in PSTW were better than elderly living with their family ( $p < 0,05$ ). Good nutritional status mostly found in elderly who living in PSTW because PSTW has been applied daily diet cycles and regular eating schedule with foods that more nutritious and diverse than elderly living with their family.

The quality of life of the elderly consist of physical health domain, psychological domain, social relationship domain, environmental domain and overall quality of life. Quality of life according of physical health domain in elderly living with their family were better than the elderly living in PSTW ( $p < 0,05$ ). Elderly who living with their family felt that their physical pain didn't prevent their activity. Quality of life according to the psychological domain of elderly living with family were better than the elderly living in PSTW ( $p < 0,05$ ). Elderly living in PSTW claim that they often feel lonely. Elderly who living with their family had more emotional support and feel of being needed. Quality of life according to social relationships domain in elderly who living with their family were better than elderly living in PSTW ( $p < 0,05$ ) because social interaction in elderly living with family are wider than elderly living in PSTW. While on quality of life according to the environment domain in elderly living with their family and PSTW have same result ( $p > 0,05$ ). The elderly who living in social services felt safe and happy because many facilities and adequate services for the elderly in PSTW. Based on the domain of quality of life above, it can be concluded that quality of life of elderly living with their family better than elderly who lived in PSTW Bondowoso ( $p < 0,05$ ).

Important to increase the extension program and motivation that not only given to elderly, but also to the family for supporting them to visit Posyandu. In addition, need to be a holistic integration and service for each elderly to knowing their nutritional problems and quality of life, and efforts to increase them in following routine activities such as the provision of information and entertainment facilities that has been modified to be better, so elderly will be attend for these activities and avoid the loneliness and boredom for elderly who living in Tresna Werdha Social Services.

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN MOTTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PRAKATA.....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>ix</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xx</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI.....</b>	<b>xxi</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian .....</b>	<b>7</b>
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
<b>1.4 Manfaat Penelitian .....</b>	<b>8</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	8

1.4.2	Manfaat Praktis .....	8
<b>BAB 2.</b>	<b>TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1</b>	<b>Lansia.....</b>	<b>10</b>
2.1.1	Definisi Lansia.....	10
2.1.2	Perubahan Pada Lansia .....	11
2.1.3	Gangguan Fungsi Kognitif Lansia dan MMSE ( <i>Mini Mental State Examination</i> ) .....	14
<b>2.2</b>	<b>Status Gizi Lansia.....</b>	<b>16</b>
2.2.1	Definisi Status Gizi Lansia .....	16
2.2.2	Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Lansia .....	16
2.2.3	Penilaian Status Gizi Pada Lansia .....	19
2.2.4	<i>Body Mass Armspan</i> (BMA) / Panjang Depa.....	21
<b>2.3</b>	<b>Tingkat Kemandirian Lansia .....</b>	<b>23</b>
<b>2.4</b>	<b>Kualitas Hidup Lansia .....</b>	<b>25</b>
2.3.1	Definisi Kualitas Hidup Lansia .....	25
2.3.2	Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup .....	26
2.3.3	Pengukuran Kualitas Hidup Pada Lansia .....	26
<b>2.5</b>	<b>Pelayanan Sosial Bagi Lansia .....</b>	<b>28</b>
2.5.1	UPT Pelayanan Sosial Tresna WerdhaBondowoso.....	32
<b>2.6</b>	<b>Status Gizi Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha .....</b>	<b>34</b>
<b>2.7</b>	<b>Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha.....</b>	<b>35</b>
<b>2.8</b>	<b>Kerangka Teori.....</b>	<b>39</b>
<b>2.9</b>	<b>Kerangka Konseptual .....</b>	<b>40</b>

<b>2.10 Hipotesis Penelitian .....</b>	<b>42</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian .....</b>	<b>43</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>43</b>
3.2.1 Tempat Penelitian .....	43
3.2.2 Waktu Penelitian.....	44
<b>3.3 Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>44</b>
3.3.1 Populasi Penelitian.....	44
3.3.2 Sampel Penelitian .....	45
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	46
<b>3.4 Variabel dan Definisi Operasional.....</b>	<b>48</b>
3.4.1 Variabel Penelitian.....	48
3.4.2 Definisi Operasional .....	48
<b>3.5 Data dan Sumber Data.....</b>	<b>51</b>
3.5.1 Data Primer .....	51
3.5.2 Data Sekunder.....	52
<b>3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data .....</b>	<b>52</b>
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data .....	52
3.6.2 Instrumen dan Prosedur Pengumpulan Data.....	53
<b>3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data.....</b>	<b>56</b>
3.7.1 Teknik Pengolahan Data.....	56
3.7.2 Teknik Penyajian Data.....	58
3.7.3 Analisis Data.....	58
<b>3.1 Alur Penelitian .....</b>	<b>60</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>61</b>

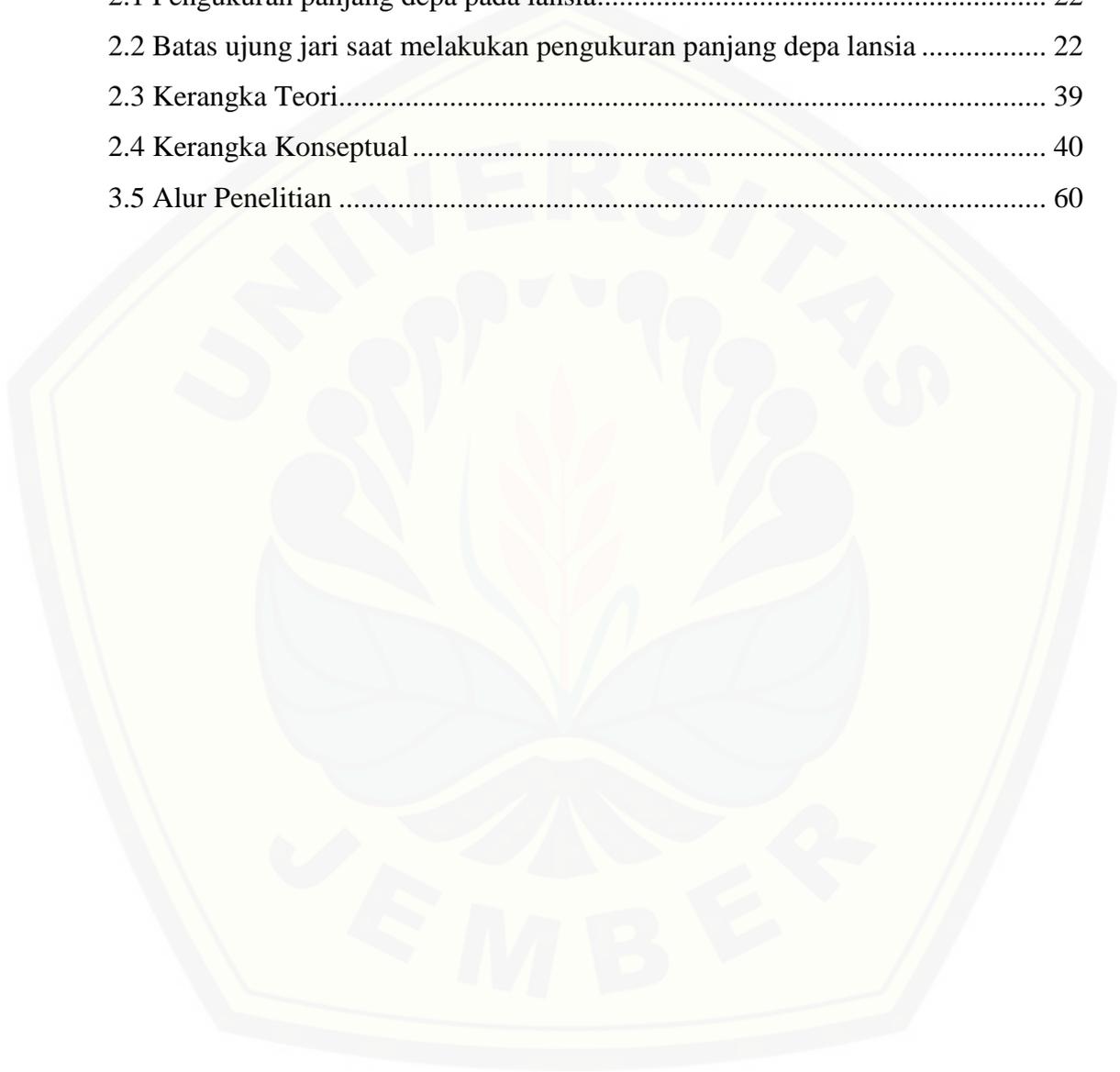
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>61</b>
4.1.1 Gambaran Karakteristik Lansia .....	61
4.1.2 Perbedaan Status Gizi Lansia .....	63
4.1.3 Perbedaan Kualitas Hidup Lansia.....	64
<b>4.2 Pembahasan .....</b>	<b>67</b>
4.2.1 Gambaran Karakteristik Lansia .....	67
4.2.2 Perbedaan Status Gizi Lansia .....	69
4.2.3 Perbedaan Kualitas Hidup Lansia.....	71
<b>BAB 5. PENUTUP.....</b>	<b>80</b>
<b>5.1 Kesimpulan .....</b>	<b>80</b>
<b>5.2 Saran.....</b>	<b>80</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>83</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Derajat Gangguan Kognisi berdasarkan MMSE.....	15
3.1 Distribusi Besar Sampel Menurut Desa .....	47
3.2 Distribusi Besar Sampel Menurut Wisma.....	47
3.3 Variabel, Definisi Operasional, Kriteria Penilaian, dan Skala Data .....	49
3.4 Data Sekunder dan Sumber Data .....	52
3.5 Skor <i>Cut-off</i> Alat Ukur WHOQOL-BREF.....	56
4.1 Gambaran Karakteristik Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial Tresna Werdha.....	61
4.2 Perbedaan Status Gizi Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial Tresna Werdha.....	63
4.3 Perbedaan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial Tresna Werdha .....	64

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Pengukuran panjang depa pada lansia.....	22
2.2 Batas ujung jari saat melakukan pengukuran panjang depa lansia .....	22
2.3 Kerangka Teori.....	39
2.4 Kerangka Konseptual .....	40
3.5 Alur Penelitian .....	60



**DAFTAR LAMPIRAN**

A. <i>Informed Consent</i> .....	93
B. Kuesioner MMSE .....	94
C. Kuisisioner Penelitian.....	95
D. Hasil Uji Statistik.....	102
E. Dokumentasi Penelitian .....	112
F. Surat Rekomendasi Penelitian .....	114
G. Daftar Nama Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso.....	117

## DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

### Daftar Singkatan :

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
AKS	: Aktivitas Sehari – hari
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BMA	: <i>Body Mass Armspan</i>
BPS	: Badan Pusat Statistik
CDT	: <i>Clock Drawing Test</i>
Cm	: Centimeter
IMT	: Indeks Massa Tubuh
Kg	: Kilogram
MMSE	: <i>Mini Mental State Examination</i>
MoCA	: <i>Montreal Cognitive Assesment</i>
PD	: Panjang Depa
PSTW	: Pelayanan Sosial Tresna Werdha
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solutions</i>
TB	: Tinggi Badan
UHH	: Usia Harapan Hidup
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
WHO – QOL	: <i>World Health Organization Quality of Live</i>

### Daftar Notasi

$\alpha$	: alfa
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
%	: Persen

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan adalah cita-cita suatu bangsa yang terlihat dari peningkatan taraf hidup dan Usia Harapan Hidup (UHH). Perubahan struktur demografi ini diakibatkan oleh peningkatan populasi lanjut usia (lansia) dengan menurunnya angka kematian serta penurunan jumlah kelahiran (Kemenkes RI, 2013a:1). Berdasarkan Permenkes RI No. 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016 – 2019, lanjut usia (Lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas. Semakin tinggi usia harapan hidup suatu bangsa, maka akan bertambah pula jumlah populasi penduduk lanjut usia. Berdasarkan Sensus penduduk pada tahun 2010, jumlah lanjut usia di Indonesia yaitu 18,1 juta jiwa (7,6% dari total penduduk) (BPS, 2014:3). Populasi lansia di Indonesia diprediksi meningkat lebih tinggi daripada populasi lansia di wilayah Asia dan global setelah tahun 2050. Indonesia termasuk negara berstruktur tua, hal ini terlihat dari persentase lansia pada tahun 2008, 2009, dan 2012 yang mencapai lebih dari 7% (Rhosma, 2014:3). Tren kenaikan angka usia harapan hidup setiap tahunnya akan diikuti pula dengan permasalahan kesehatan yang semakin kompleks pada lansia. Hal ini dapat disebabkan karena kebutuhan gizi pada lansia mengalami perubahan akibat meningkatnya morbiditas dan penyakit degeneratif seperti tekanan darah tinggi, serangan jantung, serta penyakit kronis lainnya (Gusti dan Sofia, 2017:55).

Peningkatan populasi membuat perlunya perhatian yang lebih dalam terhadap kondisi dan jumlah lansia di Indonesia. Semakin meningkatnya jumlah lansia, dibutuhkan perhatian dari semua pihak dalam mengantisipasi berbagai permasalahan yang berkaitan dengan penuaan penduduk. Penuaan penduduk membawa berbagai implikasi baik dari aspek sosial, ekonomi, dan terutama kesehatan. Permasalahan tersebut bila tidak diantisipasi sejak sekarang, maka tidak tertutup kemungkinan bahwa proses pembangunan mengalami berbagai hambatan (Tanaya dan Yasa, 2015:9). Peningkatan jumlah populasi penduduk

lansia akan berbanding lurus dengan peningkatan berbagai permasalahan kesehatan pada kelompok lansia yang semakin kompleks. Angka kesakitan penduduk lansia tahun 2012 sebesar 26,93% artinya bahwa setiap 100 orang lansia terdapat 27 orang di antaranya menderita sakit (Kemenkes RI, 2013a:10). Semakin tinggi angka kesakitan menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang buruk. Sebaliknya, semakin rendah angka kesakitan menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang baik. Derajat kesehatan penduduk merupakan cerminan kualitas sumber daya manusia suatu bangsa untuk menciptakan kesejahteraan bersama (BPS, 2014:49). Peningkatan UHH juga dapat mengakibatkan terjadinya transisi epidemiologi dalam bidang kesehatan akibat meningkatnya jumlah angka kesakitan karena penyakit degeneratif. Dengan bertambahnya umur, fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat sehingga penyakit tidak menular banyak muncul pada lansia. Selain itu masalah degeneratif menurunkan daya tahan tubuh sehingga rentan terkena infeksi penyakit menular (Kemenkes RI, 2013b:9). Berkenaan dengan hal tersebut di atas, maka kelompok lansia di Indonesia perlu mendapatkan perhatian yang serius dari semua pihak, terutama pemerintah melalui berbagai kebijakan dan program yang ditujukan kepada kelompok lansia, sehingga mereka dapat berperan dalam pembangunan nasional dan tidak menjadi beban bagi masyarakat (Hermawati, 2015:2).

Pada lansia terjadi penurunan kemampuan sosial dan finansialnya. Kelangsungan hidupnya akan menjadi tanggungan keluarga (anak-cucu) atau pemerintah (badan sosial) (Pudjiastuti dan Utomo, 2003:18). Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga dalam perawatan lansia antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia (Maryam *et al*, 2008:42). Selain keluarga, lansia juga menjadi tanggung jawab pemerintah. Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI No. 43 Tahun 2004 tentang pelaksanaan upaya peningkatan kesejahteraan lansia, upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia adalah serangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara terkoordinasi antara pemerintah dan masyarakat untuk

memberdayakan lanjut usia agar lanjut usia tetap dapat melaksanakan fungsi sosialnya dan berperan aktif secara wajar dalam hidup bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Dalam hal ini, status kesejahteraan lansia telah menjadi tanggung jawab seluruh warga negara, khususnya pada lansia yang sudah tidak memiliki keluarga (lansia terlantar). Kondisi ini perlu menjadi perhatian khusus pemerintah melalui dinas sosial dan dinas kesehatan terkait pelayanan sosial dan perawatan pada lansia. Beragam jenis pelayanan sosial dan perawatan para lanjut usia, baik dalam panti maupun di luar panti dapat memberikan pengaruh yang berbeda terhadap kesehatan dan fungsi kognitif lansia. Selain itu perbedaan sifat pelayanan juga mempengaruhi aktivitas sehari-hari, minat terhadap lingkungan dan afek para penghuninya (Wreksoatmodjo,2013:739).

Dewasa ini, banyak sekali dijumpai fenomena-fenomena anak yang menitipkan orang tua di panti jompo. Hal ini dilakukan karena kesibukan anak tersebut sehingga tidak mampu lagi mengurus orang tuanya. Selain itu, permasalahan yang terjadi dalam kehidupan orang tua seperti keadaan ekonomi yang terhimpit terkadang membuat anak merasa terbebani dan sulit menjalani kehidupan rumah tangga (Sari, 2014:61). Dengan begitu, tak jarang anak menitipkan orang tua ke panti jompo atau bahkan menelantarkannya. Rumah jompo (pelayanan sosial terhadap lansia) yang dikelola baik oleh pemerintah maupun pihak swasta memang menjanjikan perhatian dan pelayanan yang intens dari para perawatnya. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Sub Bagian Tata Usaha UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso, UPT ini merupakan satu-satunya pusat pelayanan sosial khusus lansia yang ada di Kabupaten Bondowoso dibawah naungan Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur. UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso bertugas melayani dan merawat lansia terlantar, tidak memiliki keluarga, serta lansia yang dititipkan oleh anak yang ada di Kabupaten Bondowoso dan sekitarnya.

Permasalahan kesehatan lansia dikaitkan dengan perubahan lingkungan dan status gizi mereka. Status kesehatan pada lansia ditentukan oleh kualitas dan kuantitas asupan zat gizi. Kondisi yang tidak sehat, aktivitas fisik dan asupan makanan yang kurang baik adalah faktor utama penyebab gangguan status gizi

dan penurunan kualitas hidup (Burhan *et al*, 2013:266). Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Supriasa *et al*, 2012:18). Status gizi pada lansia perlu mendapat perhatian lebih agar dapat mengurangi angka kesakitan pada lansia. Status gizi lansia dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi, pekerjaan, kebiasaan merokok, status perkawinan, aktivitas fisik, aktivitas sosial, pola tempat tinggal, gangguan suasana hati, riwayat sakit, dan konsumsi makanan (Depkes RI,2008). Status gizi lansia berhubungan positif terhadap kualitas hidup terutama pada domain fisik (Burhan *et al*, 2013: 272).

Tingkat kemandirian dalam melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi lansia, baik ketergantungan dalam makan (menyuap makanan dan mempersiapkan makanan) maupun ketergantungan dalam mobilitas. Ketergantungan pada lansia baik itu keluarga maupun petugas perawatan merupakan salah satu faktor resiko gangguan gizi pada lansia (Alfyanita *et al*, 2016:206). Pengkajian AKS penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan untuk menilai besarnya bantuan yang diperlukan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari serta untuk menyusun rencana perawatan jangka panjang (Tamher dan Noorkasiani, 2009:70). Bertambahnya usia seseorang mengakibatkan kecepatan metabolisme tubuh lansia sedikit menurun. Untuk itu pemberian kebutuhan gizi yang adekuat bagi lansia dapat mengatasi permasalahan tersebut. Salah satu komponen penting dalam menentukan status kesehatan individu terutama selama proses penuaan adalah kualitas hidup (Vagetti *et al*, 2014 dalam Labiibah, 2015).

Meningkatnya jumlah populasi lanjut usia yang diiringi dengan meningkatnya permasalahan yang terjadi pada lanjut usia juga berdampak terhadap penurunan kualitas hidup lansia seperti penurunan kapasitas mental, perubahan peran sosial, kepikunan serta depresi (Pratiwi, 2015:3). *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada terkait dengan tujuan, harapan, dan perhatian. Berbagai

permasalahan yang terjadi pada lansia yang dapat mempengaruhi status gizi dan kualitas hidup lansia tentunya membutuhkan dukungan dari orang-orang terdekat yang berada di sekitar lansia baik yang bertempat tinggal dirumah maupun di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Yuliati *et al*, 2014:88).

Karakteristik responden juga berhubungan dengan kualitas hidup. Karakteristik responden tersebut antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan dan status menikah (Hong, 2015:10). Hasil penelitian dari Utami *et al* (2014), menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara umur dan status pernikahan dengan kualitas hidup. Mayoritas responden yang mempunyai pasangan memiliki kualitas hidup yang tinggi. Hal tersebut disebabkan karena responden mendapatkan dukungan dari pasangannya. Perbedaan tempat tinggal pada lansia juga dapat menyebabkan munculnya perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologi dan spiritual religius lansia yang dapat berpengaruh terhadap status kesehatan penduduk lansia yang tinggal di dalamnya (Ekawati, 2014).

Indonesia termasuk dalam daftar lima negara dengan jumlah lansia tertinggi di dunia. Provinsi Jawa Timur merupakan Provinsi dengan jumlah penduduk lansia tertinggi ketiga (11,5%) setelah Yogyakarta (13,04%) dan Jawa Tengah (11,8%) (Kemenkes RI, 2015:2). Provinsi Jawa Timur memiliki lokasi UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia yang dimiliki pemerintah paling banyak dibandingkan dengan Yogyakarta dan Jawa Tengah yaitu berjumlah 7 UPT Pelayanan Sosial Lansia yang terdapat di Kabupaten Pasuruan, Banyuwangi, Blitar, Bondowoso, Jember, Jombang dan Magetan (Dinsos Jatim, 2017). Berdasarkan data Jawa Timur dalam Angka (2016), pada Kabupaten Bondowoso ditemukan jumlah lanjut usia terlantar paling tinggi ke tiga (3.811 lansia) setelah Kabupaten Banyuwangi (21.449 lansia) dan Magetan (5.722 lansia) diantara kabupaten yang memiliki UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia. Sedangkan jumlah penduduk lansia diatas 60 tahun di Kabupaten Bondowoso adalah 110.113 dari 765.094 jiwa (14,39%). Kecamatan Maesan merupakan daerah yang memiliki jumlah lansia paling banyak di Kabupaten Bondowoso. Pada tahun 2016 terdapat 5.652 jiwa lansia dengan kelompok umur 60-74 tahun, dan 1.194 jiwa lansia

dengan kelompok umur 75 tahun lebih di Kecamatan Maesan (Dinkes Bondowoso, 2016). Kabupaten Bondowoso memiliki UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha yang dibawah oleh Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur. UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha memberikan kontribusi dalam pembinaan pada lansia. UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso mengadakan penyelenggaraan makanan untuk lansia setiap harinya dan kegiatan aktivitas fisik rutin yang terjadwal. Jumlah lansia yang tinggal di Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso hingga Desember 2016 sebanyak 90 jiwa (UPT PSTW Bondowoso, 2016).

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk menilai status gizi maupun kualitas hidup lansia di Indonesia, salah satunya adalah penelitian Burhan *et al*(2013:267), pada lansia etnis Bugis terdapat lansia dengan status gizi kurang sebesar 21,1%. Penelitian yang dilakukan Rohmawati *et al*, (2013) terhadap lansia di Kabupaten Jember diperoleh data lansia dengan status gizi normal sebesar 40,8%, status gizi lebih sebesar 45%, dan status gizi kurang sebesar 14,2%. Penelitian lainnya dilakukan Jannah (2015:6) pada lansia anggota dan bukan anggota Karang Werda, terdapat perbedaan antara tingkat konsumsi dan tingkat aktivitas fisik. Tetapi tidak terdapat perbedaan status gizi antar lansia anggota dan bukan anggota Karang Werda. Sedangkan menurut Sam (2014:6) pada lansia di Yogyakarta, diperoleh hasil bahwa terdapat perbedaan status gizi antara lansia yang mengikuti posyandu dan tidak mengikuti posyandu. Lansia yang mengikuti kegiatan posyandu memiliki status gizi lebih baik daripada yang tidak mengikuti posyandu.

Menurut Penelitian Yuliati *et al* (2014:93), menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup lansia yang tinggal di komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jember, namun terdapat perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup lansia yang tinggal di komunitas dan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia berdasarkan domain fisik, psikologis, sosial dan lingkungan. Sedangkan berdasarkan penelitian Labiibah (2015), terdapat hubungan yang signifikan antara status gizi dan kualitas hidup lansia, dengan begitu dapat diasumsikan jika status gizi lansia semakin normal, maka kualitas hidupnya akan

semakin baik pula. Sebaliknya, semakin status gizinya malnutrisi, maka akan semakin tidak baik pula kualitas hidupnya. Belum terdapat penelitian yang membahas mengenai perbedaan status gizi dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk menganalisis perbedaan status gizi dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada perbedaan status gizi dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis perbedaan status gizi dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Menggambarkan karakteristik lansia (usia, jenis kelamin, dan status menikah), serta tingkat kemandirian lansia yang tinggal bersama keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso
- b. Menganalisis perbedaan status gizi lansia yang tinggal bersama keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso
- c. Menganalisis perbedaan kualitas hidup yang meliputi domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, domain lingkungan serta

kualitas hidup secara keseluruhan pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan tentang kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang gizi masyarakat berkaitan dengan perbedaan status gizi lansia dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan di Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso**

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi sehingga dapat dijadikan bahan tambahan atau masukan dalam perencanaan kegiatan selanjutnya khususnya pada program pelayanan bagi kelompok lansia.

#### **b. Bagi Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso**

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi sehingga dapat dijadikan bahan tambahan atau masukan dalam rangka perbaikan atau perencanaan kegiatan selanjutnya khususnya pada program pelayanan lansia di Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso

#### **c. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Jember**

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan mengenai status gizi dan kualitas hidup lansia sebagai bahan rujukan bagi penelitian atau kegiatan pemberian edukasi terhadap lansia.

#### **d. Bagi Masyarakat**

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada masyarakat khususnya kepada yang memiliki anggota keluarga tergolong dalam kelompok lansia sehingga dapat meningkatkan pelayanan serta pengawasan dan memperbaiki pola hidup lansia.

e. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi dan rekomendasi oleh peneliti lain untuk dikembangkan pada penelitian selanjutnya khususnya terkait kelompok lanjut usia (lansia).



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Lansia

#### 2.1.1 Definisi Lansia

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

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

Patokan usia lebih spesifik dikelompokkan menjadi :

- a. Usia Biologis

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

- b. Usia Psikologis

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

- c. Usia Sosial

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

d. Proses Penuaan

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

2.1.2 Perubahan Pada Lansia

a. Perubahan Fisiologis Pada Lansia

Perubahan-perubahan secara fisik maupun mental banyak terjadi saat seseorang memasuki usia senja, seperti timbulnya uban, penglihatan berkurang, tanggalnya gigi, pikun, depresi atau merasa dikucilkan (Wirakusumah, 2002:23). Perubahan fisiologis yang berhubungan dengan aspek gizi pada lansia menurut Krause dan Kathleen (1984, dalam Istiany dan Rusilanti, 2014:202) adalah sebagai berikut :

- 1) Semakin berkurangnya indra penciuman dan perasa sehingga umumnya kurang dapat menikmati makanan yang lebih baik
- 2) Perubahan yang banyak terjadi pada fisiologis *gastrointestinal* yang memengaruhi *bioavailabilitas* adalah *atrophy gastritis*.
- 3) Berkurangnya sekresi saliva yang dapat menimbulkan kesulitan dalam menelan dan dapat mempercepat terjadinya proses kerusakan pada gigi.
- 4) Separuh lansia telah banyak kehilangan gigi. Hal itu mengakibatkan terganggunya kemampuan dalam mengkonsumsi makanan dengan tekstur keras, sedangkan makanan yang memiliki tekstur lunak biasanya kurang mengandung vitamin C, vitamin A, dan serat sehingga menyebabkan mudah mengalami konstipasi.
- 5) Menurunnya sekresi HCl. HCl merupakan faktor ekstrinsik yang membantu penyerapan vitamin B12 dan Kalsium, serta utilisasi protein.

Kekurangan HCl dapat menyebabkan lansia mudah terkena *osteoporosis*. Selain itu, menurunnya HCl dapat mengakibatkan terjadinya defisiensi zat besi yang menyebabkan anemia, sehingga oksigen tidak dapat diangkut dengan baik.

- 6) Menurunnya sekresi pepsin dan enzim proteolitik yang mengakibatkan pencernaan protein tidak efisien.
- 7) Terjadinya sekresi garam empedu, sehingga mengganggu proses penyerapan lemak A, D, E, dan K.
- 8) Terjadinya penurunan moralitas usus, sehingga memperpanjang *transit time* dalam saluran *gastrointestinal* yang mengakibatkan pembesaran perut atau konstipasi.

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

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

b. Perubahan Psikologis Pada Lansia

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

- 1) Depresi hampir dialami oleh 12-14% populasi lansia. Perubahan lingkungan sosial kondisi yang terisolasi, kesediaan, berkurangnya aktivitas menjadikan lansia mengalami rasa frustrasi dan berkurang

semangat (depresi dan kondisi mental). Akibatnya selera makan terganggu, dan pada akhirnya dapat mengakibatkan terjadinya penurunan berat badan. Dengan demikian kondisi mental yang tidak sehat secara tidak langsung dapat memicu terjadinya status gizi buruk.

- 2) Berkurangnya, penampilan, persepsi dan keterampilan psikomotor, dan terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan-tekanan dari faktor waktu.
- 3) Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitas dan identitas yang dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun (purna tugas), ia akan mengalami kehilangan – kehilangan antara lain sebagai berikut :
  - a) Kehilangan finansial( *income* berkurang).
  - b) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya).
  - c) Kehilangan teman/kenalan atau relasi.
  - d) Kehilangan pekerjaan/kegiatan.
- 4) Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*).
- 5) Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
- 6) Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*).
- 7) Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
- 8) Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- 9) Gangguan saraf dan panca indra, timbul kebutaan dan ketulian.
- 10) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
- 11) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga.
- 12) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri).

13) Perkembangan Spiritual :

- a) Agama atau kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan (Maslow, 1970 dalam Istiany dan Rusilanti, 2014:206)
- b) Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berpikir dan bertindak dalam sehari-hari (Muray dan Zentner, 1970 dalam Istiany dan Rusilanti, 2014:206)
- c) Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut Folwer (1978 dalam Istiany dan Rusilanti, 2014:206), *universalizing*, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai keadilan.

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

Salah satu gangguan kesehatan yang dapat muncul pada lansia adalah gangguan mental. Gangguan mental yang sering muncul pada masa ini adalah depresi dan gangguan fungsi kognitif. Sejumlah faktor resiko psikososial juga mengakibatkan lansia pada gangguan fungsi kognitif. Faktor resiko tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya ekonomi, kematian teman atau sanak saudaranya, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi karena hilangnya interaksi sosial dan penurunan fungsi kognitif. Lansia yang mengalami kesulitan dalam mengingat atau kurangnya pengetahuan penting dilakukan pengkajian fungsi kognitif dengan tujuan dapat memberikan informasi tentang fungsi kognitif lansia. Pengkajian fungsi kognitif pada lansia berfungsi untuk membantu mengidentifikasi lansia yang berisiko mengalami penurunan fungsi kognitif (Gallo, Reichel & Andersen, 2000). Kemunduran dan kelemahan yang biasanya diderita oleh lansia adalah *intellectual impairment (dementia)* (Maryam *et al*, 2015:46). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maryam *et al*(2015), usia  $\geq 65$  tahun mempunyai peluang 2,520 kali untuk demensia dibandingkan dengan usia 60-64 tahun dan lansia perempuan mempunyai peluang 1,158 kali untuk demensia dibandingkan dengan lansia laki-laki.

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

*Mini Mental State Examination* (MMSE) terdiri dari dua bagian yaitu bagian pertama hanya membutuhkan respon-respon verbal saja dan hanya mengkaji orientasi, ingatan serta perhatian. Bagian kedua adalah memeriksa kemampuan untuk menuliskan suatu kalimat, menamai objek, mengikuti perintah verbal dan tertulis, serta menyalin suatu desain poligon yang kompleks. Nilai maksimum untuk pemeriksaan MMSE adalah 30. Tes ini mudah dikerjakan, membutuhkan waktu yang relatif singkat yaitu antara lima sampai sepuluh menit. Pasien dinilai secara kuantitatif pada fungsi-fungsi tersebut dengan nilai sempurna adalah 30 (Setyopranoto, 2002:5).

Tabel 2.1 Derajat Gangguan Kognisi berdasarkan MMSE

Derajat	Nilai MMSE
Ringan	MMSE 21-26
Sedang	MMSE 15-20
Sedang – berat	MMSE 10-14
Berat	MMSE 0-9

Sumber : Panduan Praktik Klinik Diagnosis dan Penatalaksanaan Demensia (2015)

## 2.2 Status Gizi Lansia

### 2.2.1 Definisi Status Gizi Lansia

Status gizi merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara makanan yang masuk kedalam tubuh (*nutrient input*) dengan kebutuhan tubuh (*nutrient output*) akan zat gizi tersebut. Kebutuhan akan zat gizi ditentukan oleh banyak faktor seperti tingkat metabolisme basal, tingkat pertumbuhan, aktifitas fisik dan faktor yang bersifat relatif yaitu gangguan pencernaan (*ingestion*), perbedaan daya serap (*absorption*), tingkat penggunaan (*utilization*) dan perbedaan pengeluaran dan penghancuran (*excretion* dan *destruction* dari zat gizi tersebut dalam tubuh) (Supriasa, 2012).

Status gizi seseorang dapat dinilai dengan dua cara yaitu secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri, klinis, biokimia dan biofisik. Sedangkan secara tidak langsung dapat menggunakan metode survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi. (Ningtyias, 2010:10-14). Penilaian status gizi berdasarkan pemeriksaan terhadap lansia seperti antropometri, biokimia serta uji kekebalan telah dimengerti oleh sebagian kalangan medis. Namun cara penilaian dan nilai baku ini hanya digunakan bagi mereka yang berusia 55 tahun ke bawah. Sebagian besar indikator menjadi tidak sensitif dan tidak tepat karena seluruh aspek fisik dan mental lansia ikut turun karena usia (Arisman, 2010:108).

### 2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Lansia

#### a. Umur

Pada lanjut usia kebutuhan energi dan lemak menjadi menurun. Setelah usia 50 tahun, kebutuhan energi berkurang sebesar 5% untuk setiap 10 tahun. Kebutuhan protein, vitamin dan mineral tetap yang berfungsi sebagai regenerasi sel dan antioksidan untuk melindungi sel-sel tubuh dari radikal bebas yang dapat merusak sel (Kemenkes, 2012:7). Berdasarkan penelitian Simanjuntak (2010:51), menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang

bermakna antara umur dengan status gizi pada lansia (hasil signifikansi  $p < 0,05$ ).

b. Jenis Kelamin

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

c. Aktivitas Fisik dan Pekerjaan

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

d. Kondisi Kesehatan

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

e. Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Gizi

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

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

f. Status Perkawinan

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

g. Status Tinggal

Lingkungan tempat tinggal yang berbeda mengakibatkan perubahan peran lansia dalam keluarga, sosial ekonomi, dan sosial masyarakat tersebut mengakibatkan kemunduran dalam beradaptasi dengan lingkungan baru dan berinteraksi dengan lingkungan sosialnya. Berbeda dengan lansia yang tinggal bersama keluarga, lansia yang tinggal di panti werdha akan mengalami paparan terhadap lingkungan dan teman baru yang mengharuskan lansia beradaptasi secara positif ataupun negatif. Perbedaan tempat tinggal dapat menyebabkan munculnya perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologi dan spiritual religius lansia yang dapat berpengaruh terhadap status kesehatan penduduk lansia yang tinggal di dalamnya (Ekawati, 2014). Berdasarkan penelitian dari Mendoko *et al* (2017), lansia yang tinggal di panti werdha mempunyai peluang 0,086 kali lebih besar mengalami stress psikososial daripada lansia yang tinggal bersama keluarga.

#### h. Perubahan Fungsi Fisiologis

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

### 2.2.3 Penilaian Status Gizi Pada Lansia

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

#### a. Pengukuran Antropometri

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

- 1) Berat dan tinggi badan terhadap umur
- 2) Lingkar kepala, lingkar lengan, lingkar dada diukur dengan pita pengukur
- 3) Tebal kulit

#### 4) BMA (*Body Mass Armspan*)

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

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

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

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

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

- 1) Tidak sensitif. Metode ini tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu singkat. Disamping itu tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu seperti Zinc dan Fe.

- 2) Faktor di luar gizi (penyakit genetik dan penurunan penggunaan energi) dapat menurunkan spesifisitas dan sensitifitas pengukuran antropometri.
- 3) Kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi dan validitas pengukuran antropometri gizi.
- 4) Kesalahan ini terjadi karena pengukuran, perubahan hasil pengukuran baik fisik maupun komposisi jaringan, analisis dan asumsi yang keliru.
- 5) Sumber kesalahan, biasanya berhubungan dengan latihan petugas yang tidak cukup, kesalahan alat atau alat tidak ditera, dan kesulitan pengukuran.

#### 2.2.4 *Body Mass Armspan(BMA) / Panjang Depa*

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

Pengukuran panjang depa atau rentang lengan dilakukan jika lansia yang diukur memiliki kedua tangan yang dapat direntangkan sepanjang mungkin dalam posisi lurus mendatar horisontal dan tidak dikepal. Jika salah satu tangan tidak dapat diluruskan karena sakit atau sebab lainnya maka pengukuran ini tidak dapat dilakukan. Panjang depa tidak dianjurkan diukur dalam posisi berbaring atau terlentang karena dapat mengurangi tingkat ketelitian hasil pengukuran sehingga hasilnya kurang tepat. Alat ukur panjang depa (PD) menggunakan mistar

kayu atau *medline* sepanjang 2m (Kemenkes RI, 2012:15-16). Adapun cara pengukurannya dilakukan sebagai berikut :

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



Gambar 2.1 Pengukuran panjang depa pada lansia



Gambar 2.2 Batas ujung jari saat melakukan pengukuran panjang depa lansia  
Sumber: Fatmah (2010:41-42)

Status gizi lansia akan dihitung dengan menggunakan *body mass armpspan* (BMA) yaitu dengan rumus berat badan aktual (BBA) (kg)/ panjang depa (PD) (m<sup>2</sup>). BMA merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang lansia khususnya berhubungan dengan kelebihan dan kekurangan berat badan (Rabe *et al*, 1995:80). Keuntungan apabila berat badan normal adalah penampilan baik, lincah, dan risiko sakit rendah. Berat badan yang kurang dan berlebihan akan menimbulkan risiko terhadap berbagai macam penyakit. (Supriasa *et al*, 2012:61)

*Body mass armpspan* (BMA) dapat ditentukan status gizi lansia. Pengkategorian sebagai berikut:

- a. Status gizi kurang, jika perempuan BMA <18,7 ; laki-laki <20,1
- b. Status gizi baik, jika perempuan BMA 18,7 – 22,8 ; laki-laki 20,1 – 25
- c. Status gizi lebih, jika perempuan BMA >22,8 ; laki-laki >25 (Rabe *et al*, 1995:82)

### 2.3 Tingkat Kemandirian Lansia

Kemandirian merupakan sikap individu yang diperoleh secara kumulatif dalam perkembangan dimana individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi di lingkungan, sehingga individu mampu berfikir dan bertindak sendiri. Dengan kemandirian seseorang dapat memilih jalan hidupnya untuk berkembang ke yang lebih mantap. Kemandirian lansia dalam ADL (*Activities Daily Living*) didefinisikan sebagai kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi – fungsi kehidupan sehari – hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal (Rohaedi *et al*, 2013:17). Tingkat kemandirian dalam melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi lansia, baik ketergantungan dalam makan (menyuap makanan dan mempersiapkan makanan) maupun ketergantungan dalam mobilitas. Ketergantungan pada lansia baik itu keluarga maupun petugas perawatan merupakan salah satu faktor resiko gangguan gizi pada lansia (Alfyanita *et al*, 2016:206).

Aktivitas kehidupan harian yang dalam istilah bahasa Inggris disingkat ADL (*Activities Daily Living*) merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. ADL meliputi antara lain: ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat. Pengkajian ADL penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan. Dengan kata lain, besarnya bantuan yang diperlukan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari serta untuk menyusun rencana perawatan jangka panjang (Tamher dan Noorkasiani, 2009:70). Ketergantungan lanjut usia disebabkan kondisi orang lansia banyak mengalami kemunduran fisik maupun psikis. Sedangkan bila dilihat dari tingkat kemndiriannya yang dinilai berdasarkan kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari – hari. Kurang imobilitas fisik merupakan masalah yang sering dijumpai pada pasien lanjut usia akibat berbagai masalah fisik, psikologis, dan lingkungan yang di alami oleh lansia. (Rohaedi *et al*, 2013:18). Bertambahnya usia seseorang mengakibatkan kecepatan metabolisme tubuh lansia sedikit menurun. Untuk itu pemberian kebutuhan gizi yang adekuat bagi lansia dapat mengatasi permasalahan tersebut. Selain itu, pemeliharaan kesehatan dan kemandirian fisik pada lansia telah menjadi topik banyak dibahas di literatur. Salah satu komponen penting dalam menentukan status kesehatan individu terutama selama proses penuaan adalah kualitas hidup (Vagetti *et al*, 2014 dalam Labiibah, 2015).

Katz Indeks merupakan instrumen untuk mengukur tingkat kemandirian lansia yang meliputi kemampuan mandiri lansia untuk mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah tempat, kontinen (BAB/BAK), dan makan. Secara konsisten instrumen ini ditujukan dan digunakan dalam mengevaluasi status fungsional lansia. Indeks ini membentuk suatu kerangka kerja untuk mengkaji kehidupan mandiri lansia atau bila ditemukan terjadi penurunan fungsi akan disusun titik fokus perbaikannya. Skala yang ditetapkan pada Katz Indeks terdiri dari tujuh skala A sampai dengan G. Indeks Katz A yaitu kemandirian dalam 6 aktivitas yaitu mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah tempat, kontinen (BAB/BAK), dan makan. Indeks Katz B yaitu kemandirian dalam 5. Katz Index C yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan. Indeks Katz D yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu

fungsi tambahan. Indeks Katz E yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan. Indeks Katz F yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Indeks Katz G yaitu ketergantungan terhadap keenam fungsi tersebut (Shelkey dan Wallace, 2012). Skala yang ditetapkan oleh Katz Index dalam ADL (*Activity Daily Living*) terdiri dari dua kategori yaitu kemandirian tinggi (Index A, B, C, D) dan kemandirian rendah (E, F, dan G) (Ediawati, 2012:9).

## 2.4 Kualitas Hidup Lansia

### 2.3.1 Definisi Kualitas Hidup Lansia

Menurut G Kempen dan J. Ormel (1997) kualitas hidup merupakan suatu konsep multidimensional yang luas meliputi domain fungsi sehari-hari dan pengalaman subyektif, seperti fungsi fisik, sensasi somatik, pemahaman terhadap kesehatan, fungsi sosial dan peran, serta kesejahteraan subyektif. Kualitas hidup merupakan indikator penting untuk menilai keberhasilan intervensi pelayanan kesehatan, baik dari segi pencegahan maupun pengobatan. Dimensi kualitas hidup tidak hanya mencakup dimensi fisik saja, namun juga mencakup kinerja dalam memainkan peran sosial, keadaan emosional, fungsi-fungsi intelektual dan kognitif serta perasaan sehat dan kepuasan hidup (Reno, 2010).

*World Health Organisation Quality of Life* atau WHOQOL dalam Pratiwi (2015:26) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada yang terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian. Kualitas hidup dalam hal ini merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan.

### 2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan dan status menikah (Hong, 2015:10). Hasil penelitian dari Utami *et al* (2014), menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara umur dan status pernikahan dengan kualitas hidup. Mayoritas responden yang mempunyai pasangan memiliki kualitas hidup yang tinggi. Hal tersebut disebabkan karena responden mendapatkan dukungan dari pasangannya. Perbedaan tempat tinggal pada lansia juga dapat menyebabkan munculnya perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologi dan spiritual religius lansia yang dapat berpengaruh terhadap status kesehatan penduduk lansia yang tinggal di dalamnya (Ekawati, 2014).

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

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

### 2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup Pada Lansia

Meningkatnya gangguan penyakit pada lansia dapat menyebabkan perubahan pada kualitas hidup mereka. Kualitas hidup seseorang merupakan fenomena yang multidimensional. Betapa pentingnya berbagai dimensi tersebut tanpa melakukan evaluasi sulit menentukan dimensi mana yang penting dari

kualitas hidup seseorang. Seseorang sering kali berpendapat semua aspek dari kualitas hidup sama pentingnya ( Yuliati, 2013).

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

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

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

## 2.5 Pelayanan Sosial Bagi Lansia

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

Pelayanan sosial lanjut usia adalah proses penyuluhan sosial, bimbingan, konseling, bantuan, santunan dan perawatan yang dilakukan secara terarah, terencana dan berkelanjutan yang ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan sosial lanjut usia atas dasar pendekatan pekerjaan sosial (Kemensos, 2012). Menurut Demartoto (2007), pelayanan lanjut usia dibagi menjadi tiga, yakni meliputi pelayanan yang berbasis pada keluarga, masyarakat dan lembaga.

### a. Pelayanan Berbasis Keluarga

Secara sosial keluarga terbagi menjadi dua pengertian, yakni keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anaknya serta keluarga luas yang terdiri dari ayah, ibu, anak-anak, orang tua (nenek atau kakek), dan saudara-saudara dekat. Pada saat ini keluarga di Indonesia pada umumnya masih berbentuk *extended family*. Jumlah lansia yang semakin banyak, maka tidak memungkinkan seluruh lansia tinggal di rumah-rumah jompo atau panti-panti werdha. Sehingga diharapkan ada penanganan berbasis keluarga sebagai pilihan utama dalam upaya penanganan permasalahan lansia di masa yang akan datang.

Keluarga sebagai lembaga sosialisasi pertama dan utama di dalam masyarakat merupakan wadah penanganan permasalahan yang paling layak bagi lanjut usia, karena :

- 1) Dukungan emosional dari lingkungan keluarga sangat menentukan keberhasilan dalam menangani permasalahan lansia.
- 2) Lanjut usia tetap dapat mengalihkan pengalaman kepada seluruh anggota keluarga, khususnya generasi muda.
- 3) Interaksi antara lansia dengan generasi yang lebih muda akan sangat menguntungkan bagi upaya pemanfaatan lanjut usia dalam pembangunan.
- 4) Keluarga merupakan titik awal tumbuh kembangnya pola pikir, pola sikap, dan pola tindak yang tepat bagi lansia.
- 5) Mengurangi beban sumber-sumber pemerintah dalam upaya menangani permasalahan lanjut usia.

Beberapa permasalahan lanjut usia dapat ditangani melalui keluarga karena membutuhkan pelayanan atau perawatan intensif dan jangka panjang yang hanya dapat disediakan melalui pelayanan profesional dalam lembaga, seperti penyakit jiwa atau penyakit fisik-fisik tertentu (Demartoto, 2007).

b. Pelayanan Berbasis Masyarakat

Dalam upaya ini lanjut usia tetap tinggal dirumah atau keluarga masing-masing dan hanya menggunakan fasilitas atas pelayanan pada waktu-waktu tertentu di siang hari (Demartoto,2007). Semua upaya kesehatan yang berhubungan dan dilaksanakan oleh masyarakat harus diupayakan berperan serta dalam menangani kesehatan para lansia. Puskesmas disini juga ikut berperan, yakni dalam membentuk kelompok lanjut usia, sehingga pelayanan kesehatan dapat lebih mudah dilaksanakan, baik usaha promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Azizah, 2011:104).Kegiatan pelayanan lansia berbasis masyarakat contohnya seperti :

1) Pusat Pelayanan Lanjut Usia

Berbagai kegiatan yang disediakan di lingkungan fasilitas adalah rekreasi, latihan keterampilan, kegiatan kesenian dan kebudayaan,

rehabilitasi, kesehatan, dan kegiatan positif yang disupresi, khususnya untuk mengisi waktu senggang mereka (Demartoto, 2007).

## 2) Program Kerukunan Tetangga

Kegiatan ini bersifat informal, dilaksanakan secara sukarela oleh warga suatu lingkungan tetangga untuk mengadakan hubungan dengan para lanjut usia yang hidupnya sendirian atau mengalami masalah tertentu sehingga memerlukan kedekatan hubungan dengan lingkungan sosialnya (Demartoto, 2007).

## 3) Posyandu Lanjut Usia

Salah satu bentuk pelayanan kesehatan dari puskesmas yang baru lahir sehubungan dengan lansia. Kegiatan posyandu adalah perwujudan dari peran serta masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan mereka. Menurut Azizah (2011:106) posyandu lansia adalah pusat kegiatan masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan lanjut usia. Posyandu sebagai suatu wadah kegiatan yang bernuansa pemberdayaan masyarakat, akan berjalan baik dan optimal apabila terjadi proses kepemimpinan, pengorganisasian, dan adanya kelompok dan kader, serta tersedianya pendanaan. Tujuan pelayanan posyandu lansia adalah :

- a) Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku positif dari lansia.
- b) Meningkatkan mutu dan derajat kesehatan lansia
- c) Meningkatkan kemampuan lansia untuk mengenali masalah kesehatan dirinya sendiri dan bertindak untuk mengatasi masalah tersebut terbatas kemampuan yang ada dan meminta pertolongan keluarga atau petugas jika diperlukan.

Sasaran penyelenggara posyandu lansia terbagi menjadi dua, yakni sasaran langsung dan tidak langsung. Sasaran langsung adalah kelompok usia menjelang lansia (45 – 54 tahun), kelompok lansia dalam masa *praseonium* (55 – 64 tahun) dan kelompok lansia masa *senescens* (65 tahun) dan lansia dengan resiko tinggi ( $\geq 70$  tahun). Selain itu, penyelenggaraan posyandu lansia juga diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pesertanya. Manfaat posyandu lansia adalah meningkatkan status kesehatan

lansia, meningkatkan kemandirian lansia, memperlambat *ageing process*, deteksi dini gangguan kesehatan lansia, dan meningkatkan harapan hidup (Azizah, 2011:106).

Ada lima upaya yang dilakukan dalam posyandu lansia. Upaya-upaya tersebut antara lain meningkatkan/promosi kesehatan, peningkatan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, peningkatan kesehatan dan kebugaran lanjut usia serta peningkatan keterampilan dan upaya pencegahan (Nurkhalim, 2012).

c. Pelayanan Berbasis Lembaga

Penanganan melalui lembaga kepada lanjut usia yang memerlukan pelayanan intensif untuk tujuan penyembuhan, rehabilitasi, dan perawatan jangka pendek atau panjang. Menurut Demartoto (2007) secara umum penanganan berbasis lembaga dapat dibagi beberapa alternatif kelompok, yakni :

1) Rumah Sakit Lanjut Usia

Pelayanan yang diberikan pada rumah sakit ini sama seperti rumah sakit lain, yaitu menyembuhkan penyakit-penyakit fisik yang disandang lanjut usia. Rumah sakit lanjut usia tidak menyediakan perawatan jangka panjang.

2) Panti Werdha

Bentuk pelayanan sosial bagi lanjut usia lebih dikenal dengan istilah “Panti Werdha”. Pada umumnya panti werdha memberikan akomodasi dan pelayanan atau perawatan jangka panjang bagi lanjut usia yang tidak memiliki sanak keluarga dan tidak mampu menyewa rumah sendiri, yang mengalami masalah hubungan dengan sanak keluarganya atau tidak ingin membebani keluarganya.

Panti Sosial Tresna Werdha mempunyai tugas memberikan bimbingan, pelayanan, dan rehabilitasi sosial yang bersifat kuratif, rehabilitatif, promotif dalam bentuk bimbingan pengetahuan dasar pendidikan, fisik, mental sosial, pelatihanketerampilan, resosialisasi bagi lanjut usia terlantar dan rawan terlantar agar dapat hidup secara wajar dalam kehidupan diri

sendiri, keluarga, dan bermasyarakat, serta pengkajian dan penyiapan standar pelayanan rujukan (Peraturan Menteri Sosial RI, 2009:8) .

#### 2.5.1 UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso

Berdasarkan Keputusan Gubernur Jawa Timur No.199 Tahun 2008 UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Sosial di bidang Penyantunan, Rehabilitasi, Bantuan, Bimbingan, Pengembangan dan Resosialisasi. Sasaran pelaksana program kesejahteraan sosial lanjut usia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha adalah lanjut usia terlantar (UPT PSTW Bondowoso, 2016).

Visi dan Misi dari UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso yaitu :

- a. Visi :  
Terwujudnya peningkatan kesejahteraan sosial bagi lanjut usia yang bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, Tua Berguna dan Berkualitas.
- b. Misi :
  - 1) Melaksanakan tugas pelayanan dan rehabilitasi bagi lanjut usia dalam upaya memenuhi kebutuhan rohani dan jasmani sehingga mereka dapat menikmati hari tua yang diliputi kebahagiaan dan ketentraman lahir batin.
  - 2) Mengembangkan sumber potensi bagi lanjut usia potensial sehingga dapat menjalani fungsi sosialnya secara wajar.
  - 3) Peningkatan peran serta masyarakat dalam penanganan lanjut usia terlantar.

UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso memiliki tujuan :

- a. Para Lanjut Usia dapat menikmati hari tuanya dengan aman, tentram dan sejahtera.
- b. Terpenuhinya kebutuhan lanjut usia baik jasmani maupun rohani.
- c. Terciptanya jaringan kerja pelayanan Lanjut Usia.
- d. Terwujudnya kualitas pelayanan.

Prinsip pelayanan yang dimiliki oleh UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso yaitu :

- a. Memberikan pelayanan yang menjunjung tinggi harkat dan martabat lanjut usia.
- b. Melaksanakan, mewujudkan hak azasi lanjut usia.
- c. Pelayanan didasarkan pada kebutuhan yang sesungguhnya.
- d. Mengupayakan kehidupan lanjut usia lebih bermakna bagi diri, keluarga dan masyarakat.
- e. Menjamin terlaksananya pelayanan bagi lanjut usia yang disesuaikan dengan perkembangan pelayanan lanjut usia secara terus menerus serta meningkatkan kemitraan dengan berbagai pihak.
- f. Mengupayakan lanjut usia memperoleh kemudahan dalam penggunaan sarana dan prasarana dalam kehidupan keluarga, serta perlindungan sosial dan hukum.
- g. Menciptakan suasana kehidupan yang bersifat kekeluargaan.

Proses pelayanan yang dimiliki oleh UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso yaitu :

- a. Pendekatan Awal
  - 1) Orientasi dan konsultasi.
  - 2) Identifikasi.
  - 3) Motivasi.
  - 4) Seleksi.
- b. Tahap Penerimaan
  - 1) Pemanggilan.
  - 2) Penerimaan.
    - a) Pendaftaran
    - b) Bimbingan Orientasi
    - c) Pemahaman Masalah
- c. Bimbingan
  - 1) Bimbingan Fisik.
  - 2) Bimbingan Mental.
  - 3) Bimbingan Sosial.
  - 4) Bimbingan Keterampilan.

- 5) Bimbingan Rekreatif.
- d. Pembinaan Lanjut dan Terminasi
- 1) Resosialisasi.
  - 2) Pembinaan lanjut.
  - 3) Terminasi/ Rujukan/ Penyaluran.

## **2.6 Status Gizi Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha**

Status gizi adalah keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat tersebut, atau keadaan fisiologi akibat dari tersedianya zat gizi dalam seluler tubuh (Azizah, 2011). Sari (2013:7) menjelaskan bahwa 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 ini menunjukkan pentingnya status gizi yang normal untuk lansia. Penelitian Oktariyani (2012:151) menunjukkan bahwa sebagian besar lansia yang tinggal di panti memiliki status gizi normal. Namun, pada masalah status gizi terlihat bahwa lansia yang memiliki status gizi kurang adalah lebih banyak dari pada lansia yang memiliki status gizi lebih. Hal ini menunjukkan bahwa masalah gizi kurang pada lansia masih tetap menjadi masalah fokus perhatian. Menurut Nugroho (2008:103), faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan gizi lansia adalah kerusakan gigi/ompong, berkurangnya cita rasa, berkurangnya koordinasi otot, keadaan fisik yang kurang baik, faktor ekonomi dan sosial, dan faktor penyerapan makanan pada lansia. Berkurangnya cairan saluran cerna (sekresi pepsin), dan enzim – enzim pencernaan proteolitik yang mengakibatkan penyerapan protein tidak berjalan efisien, kurangnya saliva dapat menimbulkan kesulitan dalam menelan dan dapat mempercepat terjadinya proses kerusakan pada gigi dan terjadinya penurunan motilitas usus yang memperpanjang waktu singgah (*transit time*) dalam saluran gastrointestinal mengakibatkan pembesaran perut dan konstipasi (Arisman, 2010).

## 2.7 Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha

Kualitas hidup dalam kuesioner WHO-*Quality of Life* terdiri dari empat domain, yakni domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, dan domain lingkungan. Pada kualitas hidup dimensi kesehatan fisik berisi 7 buah pertanyaan mengenai kepuasan dan kebahagiaan subjek tentang rasa sakit dan ketidaknyamanan, ketergantungan obat, kebugaran dan tenaga, kemampuan bergaul, dan kualitas tidur. Semakin puas seseorang terhadap aspek kesehatan fisik tersebut, semakin baik pula kualitas hidupnya. Nilai kepuasan tersebut bersifat subjektif dan berbeda-beda bagi setiap orang, tentunya dipengaruhi juga oleh faktor lain di luar kesehatan (Sari dan Pramono, 2013:11). Penelitian Putri *et al* (2015:4) menunjukkan bahwa pada domain fisik lansia yang tinggal di panti sebagian besar memiliki kualitas hidup yang kurang, sedangkan lansia yang tinggal bersama keluarga sebagian besar memiliki kualitas yang cukup. Lansia yang tinggal bersama keluarga di komunitas memiliki kemandirian yang berbeda dengan lansia yang tinggal di panti. Lansia di komunitas merasa masih cukup mampu memenuhi semua kebutuhannya sendiri secara sosial ekonomi. Selain itu, lansia di komunitas masih terlibat langsung dalam aktivitas keluarga sedangkan lansia yang tinggal di panti merasa sudah tidak mampu lagi melakukan kegiatan – kegiatan berat sehingga mereka membutuhkan bantuan.

Kualitas hidup dimensi psikologis diperoleh melalui hasil wawancara dari 6 buah pertanyaan mengenai kepuasan dalam menerima penampilan tubuh, perasaan negatif dan positif, *self-esteem*, keyakinan pribadi, dan konsentrasi (WHOQOL Bref, 1996:7). Menurut Istiany dan Rusilanti (2014:205) secara psikologis pada lansia terjadi ketidakmampuan untuk mengadakan penyesuaian terhadap situasi yang dihadapinya, antara lain sindrom lepas jabatan yang mengaibatkan sedih yang berkepanjangan, depresi karena tinggal sendiri atau isolasi diri, dan sebagainya. Penelitian Putri *et al* (2015:5) menjelaskan bahwa ada perbedaan bermakna antara tempat tinggal dengan kualitas hidup lansia menurut domain psikologi. Lansia yang tinggal di panti sebagian besar memiliki kualitas hidup yang kurang, sedangkan yang tinggal bersama keluarga sebagian besar

memiliki kualitas hidup cukup. Lansia yang tinggal di komunitas memiliki kedekatan dengan keluarga dimana keluarga merupakan sumber dukungan emosional. Dukungan sosial yang diterima dari berbagai pihak tersebut akan berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. Penelitian Yuselda dan Wardani (2016:11) juga menjelaskan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia. Dukungan emosional yang kuat dari keluarga, secara langsung memberikan efek bagi peningkatan kualitas hidup individu. Penurunan kemampuan psikologis disebabkan karena penurunan fungsi fisiologis, misalnya fungsi pendengaran menurun menyebabkan para lanjut usia gagal untuk mengerti apa yang orang lain katakan, tekanan darah tinggi mengakibatkan kerusakan intelektual pada lanjut usia. Perubahan psikologis berasal dari kesadaran tentang merosotnya dan perasaan rendah diri apabila dibandingkan dengan orang yang lebih muda, kekuatan, kecepatan, dan keterampilan. Pada tahap perkembangan lanjut usia, tugas perkembangan yang utama adalah mengerti dan menerima perubahan-perubahan fisik dan psikologis yang dialaminya, serta menggunakan pengalaman hidupnya untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik dan psikologis (Rohmah, 2012:127).

Kualitas hidup jika dilihat dari domain hubungan sosial merupakan evaluasi dari kepuasan dan kebahagiaan terhadap aspek-aspek hubungan sosial yang meliputi kepuasan terhadap hubungan personal/sosial, dukungan sosial dan kehidupan seksual (WHOQOL-Bref, 1996:7). Penelitian dari Putri *et al* (2015:5), menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara tempat tinggal dengan domain hubungan sosial dalam kualitas hidup lansia. Lansia yang berada di komunitas dipengaruhi oleh dukungan keluarga dan masyarakat. Dukungan pada keluarga dan masyarakat yang kurang akan membuat lansia mengalami perubahan negative terhadap kehidupannya, dan sebaliknya bila dukungan keluarga dan masyarakat cukup baik maka akan membuat lansia mengalami perubahan yang positive dalam kehidupannya, kedua hal ini akan mempengaruhi kualitas hidup pada lansia. Penelitian lain menyebutkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup dan dukungan keluarga pada lansia yang tinggal di komunitas maupun di Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jember. Hal ini

disebabkan karena lansia yang tinggal di pelayanan sosial cenderung akan berkurang waktunya bertemu dan berkumpul dengan keluarga. Berkurangnya waktu untuk bertemu dengan keluarga menyebabkan para lansia akan merasa tidak mendapatkan kebahagiaan dari keluarganya. Lansia yang tinggal di komunitas memiliki kedekatan dengan keluarga dimana keluarga merupakan sumber dukungan emosional. Dukungan sosial yang diterima dari berbagai pihak tersebut akan berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia (Yuliati *et al*, 2014:93).

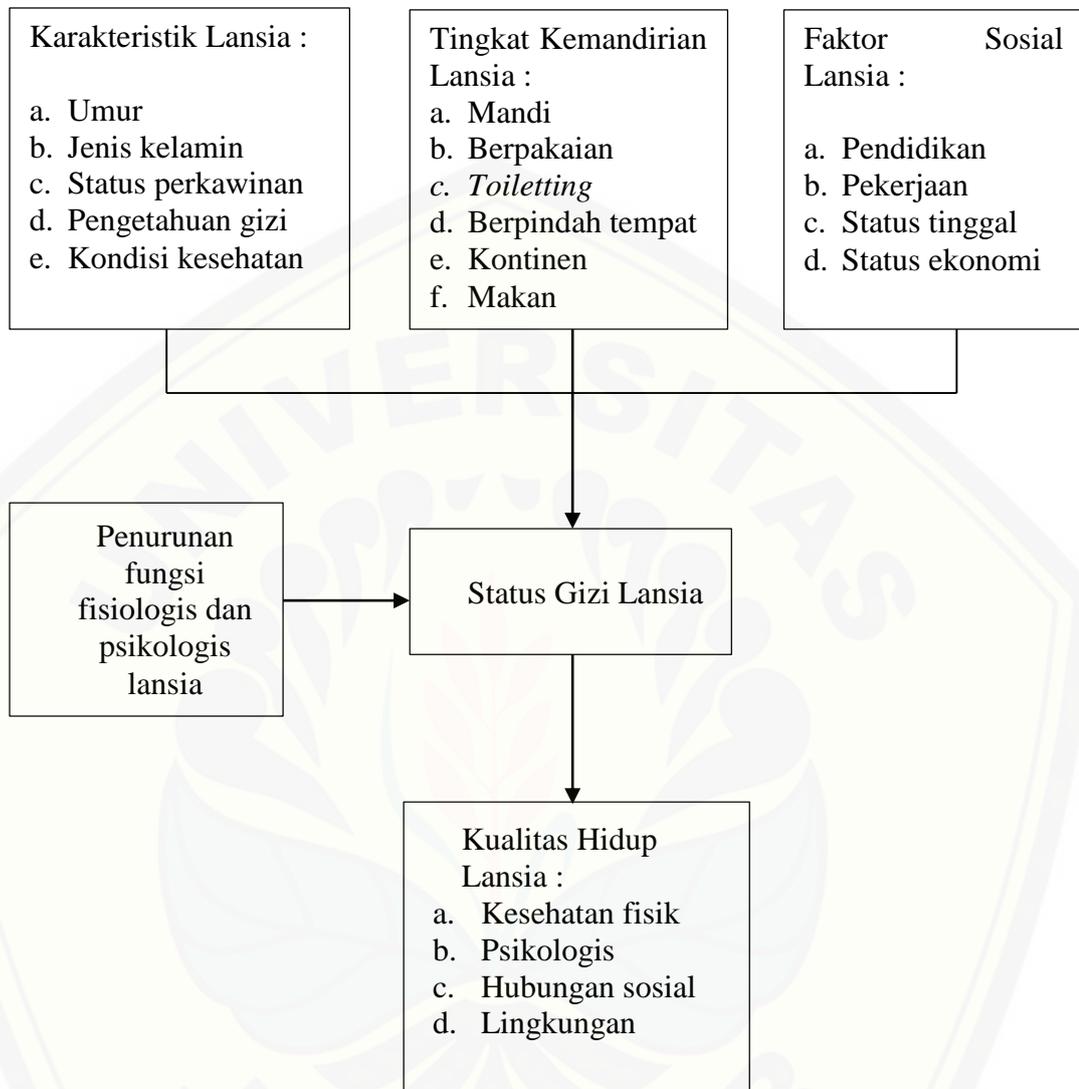
Kualitas hidup jika dilihat dari domain lingkungan merupakan evaluasi dari kepuasan dan kebahagiaan terhadap aspek-aspek lingkungan yang meliputi rasa aman, lingkungan yang sehat, ketersediaan uang, ketersediaan informasi, rekreasi atau bersenang-senang, kondisi tempat tinggal, akses pelayanan kesehatan dan transportasi (WHOQOL-Bref, 1996:7). Penelitian dari Putri *et al* (2015:5) yang menyebutkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara tempat tinggal dengan domain lingkungan yang menjadi faktor penting dalam kualitas hidup lansia. Lansia yang ada dipanti memiliki kualitas hidup kurang sedangkan lansia yang tinggal bersama keluarga memiliki kualitas hidup cukup. Lingkungan tempat tinggal yang berbeda mengakibatkan perubahan peran lansia dalam menyesuaikan diri. Bagi lansia, perubahan peran dalam keluarga, sosial ekonomi dan sosial masyarakat mengakibatkan kemunduran dalam beradaptasi dengan lingkungan baru dan berinteraksi dengan lingkungan sosialnya. Berbeda dengan lansia di komunitas, lansia yang tinggal dipanti akan mengalami paparan terhadap lingkungan dan teman baru yang mengharuskan lansia beradaptasi secara positive atau negative.

Kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada yang terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian. Kualitas hidup secara keseluruhan adalah penilaian secara menyeluruh dari empat domain yang terkandung di dalamnya. Menurut Rohmah *et al* (2012:125), Kesejahteraan menjadi salah satu parameter tingginya kualitas hidup lanjut usia. Kesejahteraan ini bisa dicapai bila keempat faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, seperti faktor fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan dapat mencapai kondisi sejahtera (*well-being*). Secara sosiologis

keluarga dituntut berperan dan berfungsi dengan baik untuk mencapai masyarakat sejahtera yang dihuni oleh individu (anggota keluarga) yang bahagia dan sejahtera. Fungsi keluarga perlu diamati sebagai tugas atau kewajiban yang harus diperankan oleh keluarga sebagai lembaga sosial terkecil di masyarakat (Dewianti *et al*, 2013:179). Penelitian Putri (2015:5) mengemukakan bahwa terdapat perbedaan bermakna antara tempat tinggal lansia yaitu panti dan keluarga dengan kualitas hidupnya.



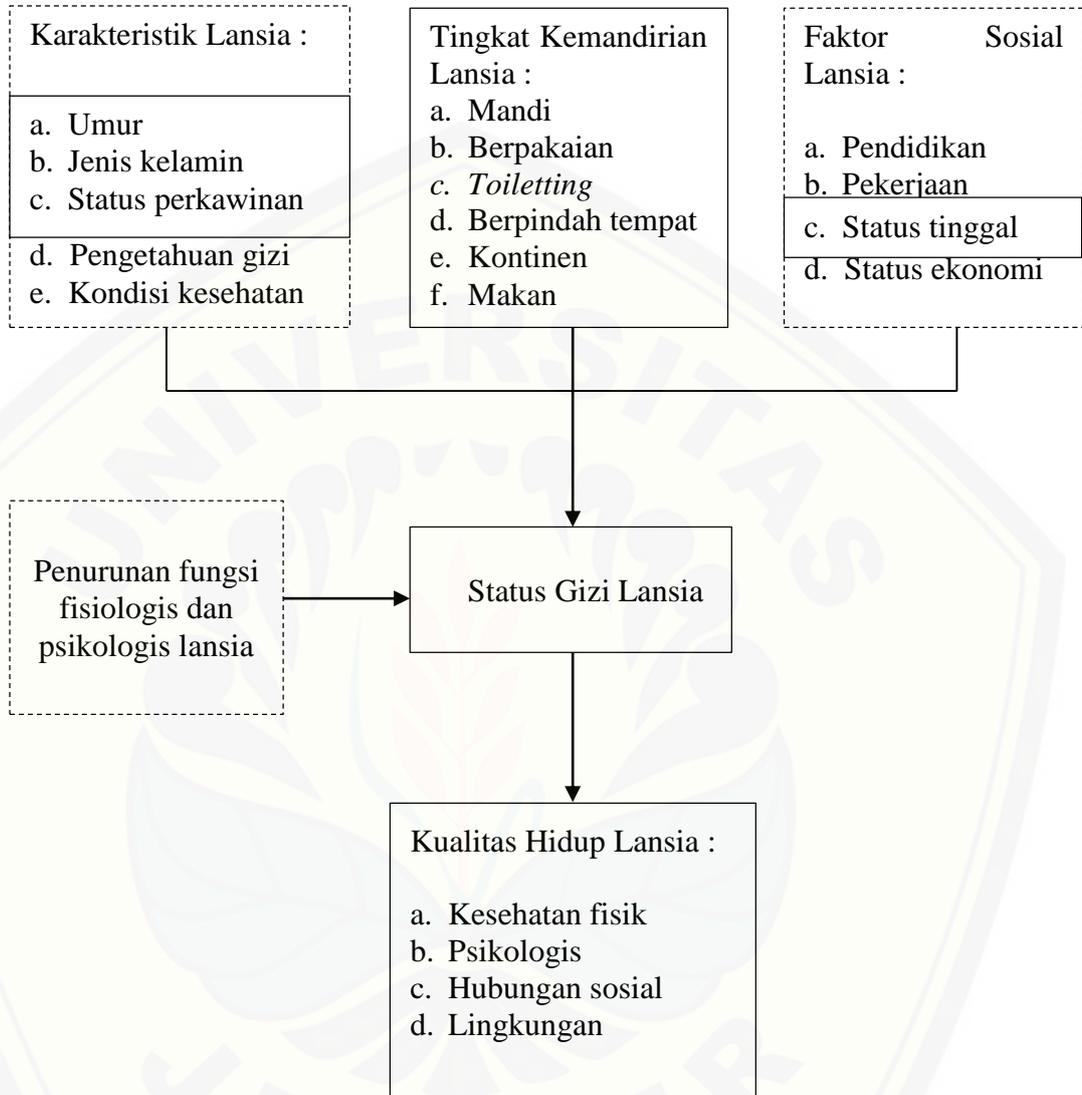
## 2.8 Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi Alfyanita *et al* (2016), Fatmah (2010), Labiibah (2015), Simanjutak (2010), Wreksoatmojo (2013), WHOQOL-BREF (1996)

2.9 Kerangka Konseptual



Gambar 2.4 Kerangka Konseptual

**Keterangan :**

- : diteliti
- : tidak diteliti

Proses menua (*aging*) ditandai dengan penurunan fungsi fisiologis dan psikologis pada lansia. Perubahan ini dapat menyebabkan penurunan asupan makanan yang berakibat pada penurunan status gizi. Penurunan fungsi fisiologis pada lansia yang memiliki kaitan yang erat dengan penurunan status gizi adalah menurunnya kemampuan mengunyah makanan dan berkurangnya sekresi enzim pencernaan (Fatmah, 2010:33). Status gizi lansia juga dipengaruhi oleh karakteristik lansia yang meliputi umur, jenis kelamin, status pernikahan, pengetahuan gizi dan kondisi kesehatan. Berdasarkan penelitian Simanjuntak (2010:51), menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara umur, jenis kelamin dan status perkawinan dengan status gizi pada lansia.

Seiring dengan penurunan fungsi fisiologis pada lansia, maka tingkat kemandiriannya juga akan semakin menurun. Tingkat kemandirian dalam melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi lansia, baik ketergantungan dalam makan (menyuap makanan dan mempersiapkan makanan) maupun ketergantungan dalam mobilitas. Ketergantungan pada lansia baik itu keluarga maupun petugas perawatan merupakan salah satu faktor resiko gangguan gizi pada lansia (Alfyanita *et al*, 2016:206).

Beragam jenis pelayanan sosial dan perawatan para lanjut usia, baik dalam panti maupun di luar panti dapat memberikan pengaruh yang berbeda terhadap kesehatan dan fungsi kognitif mereka (Wreksoatmojo, 2013:739). Menurut Yulianti *et al* (2014:90), terdapat perbedaan kualitas hidup antara lansia yang tinggal di komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia menurut domain fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Peran dari pihak keluarga maupun pendamping lansia di panti sosial juga sangat mempengaruhi pemberian makanan sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan energi pada lansia. Gizi yang seimbang sangat diperlukan guna memenuhi kebutuhan harian lansia agar dapat menyesuaikan perubahan metabolisme dan imunitas tubuh pada lansia. Berdasarkan penelitian Wreksoatmojo, 2013:739), terdapat perbedaan status gizi lansia yang tinggal di panti dan bersama keluarga. Karena adanya perbedaan status gizi, maka dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Menurut Labiibah (2015), jika status gizi lansia

semakin normal maka kualitas hidupnya akan semakin baik pula. Kualitas hidup lansia yang baik memiliki kebiasaan mengatur pola makan dan gaya hidup yang sehat, begitupun sebaliknya. Karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, maka keluarga memiliki peran penting dalam perawatan lanjut usia untuk meningkatkan kualitas hidup dan status gizinya. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap perbedaan status gizi dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso.

## 2.10 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini adalah :

- a. Status gizi lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha lebih baik daripada lansia yang tinggal bersama keluarga
- b. Kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso.
  - 1) Kualitas hidup menurut domain kesehatan fisik pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso
  - 2) Kualitas hidup menurut domain psikologis pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso
  - 3) Kualitas hidup menurut domain hubungan sosial pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso
  - 4) Kualitas hidup menurut domain lingkungan pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso

## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

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

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan status gizi dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan Panti Sosial Tresna Werdha di Kabupaten Bondowoso. Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu status gizi dan kualitas hidup lansia dan variabel bebas yaitu status tinggal lansia, karakteristik lansia, dan tingkat kemandirian lansia.

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

#### 3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso dan Posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Maesan yang terletak didaerah perbatasan dengan Kabupaten Jember. Hal ini dikarenakan jumlah lansia tertinggi di Kabupaten Bondowoso terletak di Kecamatan Maesan yakni sebanyak 5.432 lansia, sehingga peneliti memilih wilayah kerja Puskesmas Maesan sebagai tempat Penelitian.

### 3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei – Agustus 2017. Seminar proposal dilakukan pada bulan Mei 2017. Proses perijinan dilakukan pada bulan Juni 2017. Pengumpulan data dilakukan mulai bulan Juli – Agustus 2017. Selanjutnya kegiatan pengolahan dan analisa data dilakukan pada bulan September – Oktober 2017. Ujian skripsi dilaksanakan pada bulan November 2017.

## 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi juga disebut sekelompok individu atau objek yang memiliki karakteristik sama. Dikatakan juga populasi keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012:86-87). Populasi dalam penelitian ini yaitu 5.522 lansia yang terdiri dari 90 lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdhadan lansia yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Maesan Kabupaten Bondowoso sebanyak 5.432 lansia.

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

#### a. Kriteria Inklusi

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

1) Kriteria inklusi pada lansia yang tinggal dirumah sebagai berikut:

- a) Lansia yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Maesan Kabupaten Bondowoso;
- b) Lansia yang tinggal bersama keluarga
- c) Bersedia menjadi responden.

2) Kriteria inklusi pada lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso sebagai berikut:

- a) Lansia yang bertempat tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso;
- b) Bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi

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

- 1) Ketidakmampuan merentangkan lengan dengan sempurna
- 2) Lansia yang menderita cacat fisik (difabel) dan gangguan mental
- 3) Lansia yang mengalami penurunan daya ingat/ demensia (dengan kuesioner MMSE/ *Mini-Mental State Exam*)

### 3.3.2 Sampel Penelitian

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

Untuk menghitung besar sampel masing-masing yang akan digunakan dalam penelitian digunakan rumus Sastroasmoro (2014:366), yaitu :

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

Keterangan :

$n_1$  : besar sampel lansia yang tinggal bersama keluarga

$n_2$  : besar sampel lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso

$P_1$  : proporsi standart kualitas hidup lansia yang baik berdasarkan penelitian terdahulu oleh Astuti (2012) sebesar 56,7%

$P_2$  : proporsi kualitas hidup lansia yang diharapkan peneliti (*clinical judgement*) yaitu sebesar 66,7%

$\alpha$  : tingkat kemaknaan yaitu sebesar 0,05

$Z\beta$  : Power penelitian yaitu sebesar 0,842

$P$  :  $\frac{1}{2}(P_1Q_1)$

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

$$n_1 = n_2 = \frac{(1,96\sqrt{2 \times 0,123 \times 0,877} + 0,842\sqrt{0,567 \times 0,433} + 0,667 \times 0,333)^2}{(0,567 \times 0,433)^2}$$

$$= 36$$

Setelah dihitung menggunakan rumus diatas, maka didapat nilai besar sampel untuk masing-masing kelompok sampel adalah 36 responden. Jadi, jumlah seluruh respondennya adalah 72 responden.

### 3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Sampel dalam penelitian ini terdiri dari dua sampel yang berbeda, yakni sampel lansia yang tinggal bersama keluarga dan lansia yang tinggal di Pelayanan Sosial Tresna Werdha. Pada penelitian ini daerah populasi terdapat pada wilayah kerja Puskesmas Maesan di Kecamatan Maesan yang terdiri dari 12 desa dan pada Pelayanan Sosial Tresna Werdha terbagi menjadi 11 wisma. Pengambilan sampel dalam penelitian menggunakan *proportional random sampling*. Jenis ini merupakan penentuan sampel dari populasi yang terbagi menjadi beberapa kelompok, namun tidak ada strata atau jenjang di dalamnya, sehingga tidak ada satu kelompok lebih tinggi dari kelompok lainnya (Juliandi *et al*, 2014:56).

Besar anggota sampel yang diambil pada tiap desa dan wisma sesuai dengan menggunakan rumus Budiarto (2003:42) untuk menentukan besar sampel untuk sub populasi 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

$n$  : besar sampel

$N$  : total populasi secara keseluruhan

Berdasarkan rumus tersebut, diperoleh besar anggota sampel di tiap desa dan wisma sebagai berikut :

Tabel 3.1 Distribusi Besar Sampel Menurut Desa

No.	Desa	$N_h$	$N$	$n$	Hasil
1.	Maesan	362	5.432	36	2
2.	Penanggungan	357	5.432	36	2
3.	Tanah Wulan	520	5.432	36	3
4.	Sumber Anyar	416	5.432	36	3
5.	Sumber Sari	733	5.432	36	5
6.	Sumber Pakem	334	5.432	36	2
7.	Suger Lor	403	5.432	36	3
8.	Gambangan	377	5.432	36	3
9.	Pujer Baru	570	5.432	36	4
10.	Gunung Sari	402	5.432	36	3
11.	Suco Lor	582	5.432	36	4
12.	Pakuniran	376	5.432	36	2
Jumlah					36

Tabel 3.2 Distribusi Besar Sampel Menurut Wisma

No.	Wisma	$N_h$	$N$	$n$	Hasil
1.	Edelweis	8	82	36	3
2.	Melati	6	82	36	3
3.	Dahlia	8	82	36	3
4.	Seruni I	9	82	36	4
5.	Seruni II	9	82	36	4
6.	Asoka	6	82	36	3

No.	Wisma	N <sub>h</sub>	N	n	Hasil
7.	Anggrek	5	82	36	2
8.	Flamboyan	22	82	36	10
9.	Mawar I	5	82	36	2
10.	Mawar II	4	82	36	2
Jumlah					36

### 3.4 Variabel dan Definisi Operasional

#### 3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:38). Berdasarkan kerangka konsep yang telah dipaparkan, maka variabel penelitian ini adalah :

##### a. Variabel Bebas

Variabel bebas (*variabel independen*) merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (*variabel dependen*) (Sugiyono, 2015:39). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah status tinggal lansia dan karakteristik lansia yang meliputi usia, jenis kelamin dan status menikah serta tingkat kemandirian lansia.

##### b. Variabel Terikat

Variabel terikat (*variabel dependen*) merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2015:39). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah status gizi dan kualitas hidup lansia.

#### 3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional dari variabel-variabel yang akan diamati dapat dilihat dalam tabel 3.3

Tabel 3.3 Variabel, Definisi Operasional, Kriteria Penilaian, dan Skala Data

No.	Variabel	Definisi Operasional	Kriteria Penilaian	Skala Data
1.	Variabel Dependen			
	Status Gizi	Kondisi keseimbangan antara makanan yang masuk kedalam tubuh lansia dengan kebutuhan tubuh akan zat gizi tersebut yang diukur melalui pengukuran BMA ( <i>Body Mass Armspan</i> )	a. Status gizi kurang, jika perempuan BMA <18,7 ; laki-laki <20,1 b. Status gizi baik, jika perempuan BMA 18,7 – 22,8 ; laki-laki 20,1 – 25 c. Status gizi lebih, jika perempuan BMA >22,8 ; laki-laki >25 (Rabe <i>et al</i> , 1995)	Ordinal
	Kualitas Hidup Lansia	Pertanyaan mengenai kepuasan lansia terhadap kualitas hidup, persepsi kesehatan, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya.	Dikategorikan menjadi : a. Rendah, jika <i>raw score</i> 26 – 60 b. Sedang, jika <i>raw score</i> 61 – 95 c. Tinggi, jika <i>raw score</i> 96 – 130 (Maneesin <i>et al</i> , 2012)	Ordinal
	Domain Kualitas Hidup Lansia			
	a. Domain Fisik	Pertanyaan mengenai kepuasan dan kebahagiaan lansia tentang rasa sakit dan ketidaknyamanan, ketergantungan obat, kebugaran dan tenaga, kemampuan bergaul, dan kualitas tidur.	Dikategorikan menjadi : a. Rendah, jika <i>raw score</i> 7-16 b. Sedang, jika <i>raw score</i> 17 – 26 c. Tinggi, jika <i>raw score</i> 27 – 35 (Maneesin <i>et al</i> , 2012)	Ordinal
	b. Domain Psikologis	Pertanyaan mengenai kepuasan lansia dalam menerima penampilan tubuh, perasaan negatif dan positif, <i>self-esteem</i> , keyakinan pribadi, dan konsentrasi	Dikategorikan menjadi : a. Rendah, jika <i>raw score</i> 6 – 14 b. Sedang, jika <i>raw score</i> 15 – 22 c. Tinggi, jika <i>raw score</i> 23 – 30 (Maneesin <i>et al</i> , 2012)	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Kriteria Penilaian	Skala Data
c.	Domain Sosial	Pertanyaan mengenai kepuasan dan kebahagiaan lansia terhadap aspek-aspek hubungan sosial yang meliputi kepuasan terhadap hubungan personal/sosial, dukungan sosial dan kehidupan seksual.	Dikategorikan menjadi : a. Rendah, jika <i>raw score</i> 3 – 7 b. Sedang, jika <i>raw score</i> 8 – 11 c. Tinggi, jika <i>raw score</i> 12 – 15 (Maneesin <i>et al</i> , 2012)	Ordinal
d.	Domain Lingkungan	Pertanyaan mengenai kepuasan dan kebahagiaan lansia terhadap aspek-aspek lingkungan yang meliputi rasa aman, lingkungan yang sehat, ketersediaan uang, ketersediaan informasi, rekreasi atau bersenang-senang, kondisi tempat tinggal, akses pelayanan kesehatan dan transportasi	Dikategorikan menjadi : a. Rendah, jika <i>raw score</i> 8 – 18 b. Sedang, jika <i>raw score</i> 19 – 29 c. Tinggi, jika <i>raw score</i> 30 – 40 (Maneesin <i>et al</i> , 2012)	Ordinal
2.	Variabel Independen			
	Status tinggal	Kondisi dimana tempat tinggal lansia yang menunjukkan keberadaan lansia	Dikategorikan sebagai : a. Tinggal bersama keluarga b. Tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha	Nominal
	Karakteristik Lansia : Usia	Lama waktu hidup responden terhitung sejak dilahirkan sampai dengan ulang tahun terakhir sesuai dengan kartu identitas atau pengakuan responden	Dikategorikan menjadi a. Usia 60-74 ( <i>elderly</i> ) b. Usia 75-90 ( <i>old</i> ) c. Usia di atas 90 ( <i>very old</i> ).	Interval
	Jenis kelamin	Karakteristik yang digunakan untuk membedakan laki-laki dan perempuan berdasarkan ciri fisik dan biologis	Dikategorikan menjadi : a. Laki – laki b. Perempuan	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Kriteria Penilaian	Skala Data
	Status pernikahan	Keterikatan secara lahir batin antara laki-laki dan perempuan secara sah sebagai atau sudah tidak dalam ikatan pernikahan (janda/duda)	Dikategorikan sebagai : a. Menikah b. Janda/duda c. Tidak menikah	Ordinal
	Tingkat kemandirian	Penilaian kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, yang meliputi aktivitas mandi, berpakaian, <i>toileting</i> , berpindah tempat, kontinen (BAB/BAK), dan makan.	Dikategorikan sebagai : a. Kemandirian tinggi (skala A, B,C, D) b. Kemandirian rendah ( skala E,F,G) (Shelkey & Wallace, 2012)	Ordinal

### 3.5 Data dan Sumber Data

#### 3.5.1 Data Primer

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

- a. Data karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, dan status pernikahan
- b. Data tingkat kemandirian responden yang tinggal bersama keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha
- c. Data status gizi responden yang tinggal bersama keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha
- d. Data kualitas hidup responden yang tinggal bersama keluarga dan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha

### 3.5.2 Data Sekunder

Datasekunder adalah data yang dikumpulkan melalui pihak kedua, biasanya diperoleh melalui badan atau instansi yang bergerak dalam pengumpulan data, baik oleh institusi pemerintah maupun swasta (Istijanto, 2010:33). Berikut merupakan data sekunder dan sumber data pada penelitian ini :

Tabel 3.4 Data Sekunder dan Sumber Data

No	Data Sekunder	Sumber Data
1.	Jumlah lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Wedha Bondowoso	UPT Pelayanan Sosial Tresna Wedha Bondowoso
2.	Distribusi jumlah lansia yang tinggal bersama keluarga di Kabupaten Bondowoso	Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso
3.	Distribusi jumlah lansia yang tinggal di Kecamatan Maesan	Puskesmas Maesan, Bondowoso
4.	Distribusi jumlah posyandu lansia di Kecamatan Maesan	Puskesmas Maesan, Bondowoso

## 3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

#### a. Wawancara

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti melalui proses wawancara secara langsung kepada responden. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2012:139). Teknik ini dilakukan oleh peneliti untuk pengumpulan data primer berupa data karakteristik responden, status gizi, dan kualitas hidup lansia yang diperoleh melalui wawancara langsung dengan kuesioner.

#### b. Pengukuran

Pengukuran dilakukan untuk mengetahui status gizi lansia. Status gizi lansia diperoleh dari perhitungan BMA (*Body Mass Armspan*). BMA atau

panjang depa adalah salah satu prediktor tinggi badan lansia dan dianggap sebagai pengganti tinggi badan (TB) pada lansia (Fatmah, 2010:68). Pengukuran panjang depa atau rentang lengan dilakukan jika lansia yang diukur memiliki kedua tangan yang dapat direntangkan sepanjang mungkin dalam posisi lurus mendatar horisontal dan tidak dikepal. Jika salah satu tangan tidak dapat diluruskan karena sakit atau sebab lainnya maka pengukuran ini tidak dapat dilakukan. Panjang depa tidak dianjurkan diukur dalam posisi berbaring atau terlentang karena dapat mmengurangi tingkat ketelitian hasil pengukuran sehingga hasilnya kurang tepat. Alat ukur panjang depa (PD) menggunakan *medline* sepanjang 2m (Kemenkes RI, 2012:15-16). Berat badan lansia diukur dengan *bathroom scale* sedangkan tinggi badan lansia dilakukan berdasarkan pengukuran panjang depa yang diukur dengan *medline* dengan ketelitian 0,1 m. Fatmah (2010:69) merekomendasikan panjang depa (rentang lengan) sebagai parameter prediksi tinggi badan.

### 3.6.2 Instrumen dan Prosedur Pengumpulan Data

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

a. *Bathroomscale* dibutuhkan untuk mengukur berat badan lansia. Prosedur yang digunakan dalam penggunaan pengukuran berat badan adalah :

- 1) Letakkan *bathroom scale* di tempat yang datar dan sebelum digunakan pastikan jarum timbangan berada pada posisi nol
- 2) Sebelum responden ditimbang, diharapkan untuk melepaskan alas kaki serta menggunakan pakaian seminimal mungkin (lepaskan jaket, ponsel,

- jam tangan, topi atau atribut lain yang dapat mempengaruhi hasil pengukuran
- 3) Responden diminta naik ke bathroom scale dengan posisi kaki tepat ditengah alat timbang tetapi tidak menutupi jendela kaca
  - 4) Pastikan posisi kaki responden tepat ditengah alat timbang, sikap tenang dan pandangan lurus ke depan (kepala tidak menunduk)
  - 5) Posisi pengukuran pembaca berada di tepat di depan responden
  - 6) Baca hasil pengukuran dan catat hasil pada lembar pengukuran
- b. Pita pengukur (*medline*) dengan panjang 2 meter digunakan untuk mengukur panjang depa lansia. Prosedur pengukuran panjang depa lansia adalah :
- 1) Pilih dinding yang datar sebagai tempat pengukuran
  - 2) Tempelkan pita pengukuran pada dinding atau beri tanda angka pengukuran pada dinding
  - 3) Responden diminta untuk berdiri dengan kaki dan bahu menempel pada dinding sepanjang pita pengukuran yang ditempel di dinding
  - 4) Responden diminta untuk merentangkan kedua lengannya dengan posisi telapak tangan membuka (tidak dikepal)
  - 5) Baca hasil pengukuran rentang lengan mulai dari bagian ujung jari tengah tangan kanan hingga ujung jari tengah tangan kiri
- c. Kuisisioner *Mini-Mental State Exam* (MMSE)
- Mini Mental Stase Examination* (MMSE) terdiri dari dua bagian yaitu bagian pertama hanya membutuhkan respon verbal saja dan hanya mengkaji orientasi, ingatan serta perhatian. Bagian kedua adalah memeriksa kemampuan untuk menuliskan suatu kalimat, menamai objek, mengikuti perintah verbal dan tertulis, serta menyalin suatu desain poligon yang kompleks. Nilai maksimum untuk pemeriksaan MMSE adalah 30. Lansia tidak mengalami gangguan fungsi kognitif apabila nilai MMSE kurang dari 26. Kuisisioner MMSE terdiri dari :
- 1) Orientasi, meliputi pertanyaan tentang orientasi waktu dan orientasi tempat, skor maksimal 10

- 2) Registrasi, meliputi pertanyaan tentang mengatakan 3 benda yang kita sebutkan, 1 detik untuk masing-masing benda kemudian meminta untuk mengulang, skor maksimal 3
- 3) Atensi dan Kalkulasi, meliputi pertanyaan tentang hitungan (menghitung mundur dari 100 dengan selisih 7, berhenti setelah 5 jawaban), skor maksimal 5. Apabila tidak mampu menghitung, mintakan untuk meneja suatu kata yang terdiri dari 5 huruf dari belakang
- 4) Mengingat kembali, meliputi pertanyaan tentang daya ingat, menyebutkan 3 benda yang disebutkan pada poin registrasi, skor maksimal 3
- 5) Bahasa, meliputi pertanyaan tentang menyebutkan 2 benda yang kita tunjuk, mengulang kalimat dan memerintah (membaca, menulis dan meniru gambar), skor maksimal 9.

d. Katz Indeks

Katz Indeks merupakan instrumen untuk mengukur tingkat kemandirian lansia yang meliputi kemampuan mandiri lansia untuk mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah tempat, kontinen (BAB/BAK), dan makan. Secara konsisten instrumen ini ditujukan dan digunakan dalam mengevaluasi status fungsional lansia. Indeks ini membentuk suatu kerangka kerja untuk mengkaji kehidupan mandiri lansia atau bila ditemukan terjadi penurunan fungsi akan disusun titik fokus perbaikannya. Skala yang ditetapkan pada Katz Indeks terdiri dari tujuh skala A sampai dengan G. Indeks Katz A yaitu kemandirian dalam 6 aktivitas yaitu mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah tempat, kontinen (BAB/BAK), dan makan. Indeks Katz B yaitu kemandirian dalam 5. Katz Index C yaitu kemandiriandalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan. IndeksKatz D yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan. IndeksKatz E yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan. IndeksKatz F yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. IndeksKatz G yaitu ketergantungan terhadap keenam fungsi tersebut (Shelkey dan

Wallace, 2012). Skala yang ditetapkan oleh Katz Index dalam ADL (*Activity Daily Living*) terdiri dari dua kategori yaitu kemandirian tinggi (Index A, B, C, D) dan kemandirian rendah (E, F, dan G) (Ediawati, 2012:9).

e. Kuisisioner *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL) – BREF

Instrumen WHOQOL-BREF ini merupakan rangkuman dari *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL), dan terdiri dari 26 item pertanyaan. WHOQOL-BREF ini berisi tentang aspek-aspek kualitas hidup, yaitu meliputi dimensi fisik, dimensi, psikologis, dimensi hubungan sosial dan dimensi lingkungan. WHOQOL-BREF menghasilkan 4 skor dimensi dan juga 2 skor dari 2 item yang merupakan representasi dari persepsi kualitas hidup individu secara menyeluruh (Q1) dan persepsi kesehatan secara menyeluruh (Q2). Skoring kualitas hidup dilakukan dengan cara menghitung skor rata-rata dari setiap item dalam domain. Skor rata-rata tersebut dijumlahkan. Sedangkan untuk skor keseluruhan kualitas hidup dilakukan dengan cara menjumlahkan skor rata-rata dari seluruh item (item 1 – item 26). Selanjutnya jumlah skor masing-masing domain dibandingkan dengan skor *cut-off* (Maneesin *et al*, 2012:236).

Tabel 3.5 Skor *Cut-off* Alat Ukur WHOQOL-BREF

<b>Domain</b>	<b>Rendah</b>	<b>Sedang</b>	<b>Tinggi</b>
Kesehatan Fisik	7 – 16	17 – 26	27 – 35
Psikologis	6 – 14	15 – 22	23 – 30
Hubungan Sosial	3 – 7	8 – 11	12 – 15
Lingkungan	8 – 18	19 – 29	30 – 40
Keseluruhan	26 – 60	61 – 95	96 – 130

### 3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

#### 3.7.1 Teknik Pengolahan Data

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

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

*Editing* adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuisisioner (Notoatmojo, 2012:176-177). Langkah pertama yang perlu dilakukan adalah memeriksa kembali kuisisioner dengan maksud mengecek, apakah semua kuisisioner telah diisi sesuai dengan petunjuk sebelumnya. Pada penelitian ini setelah peneliti melakukan wawancara menggunakan kuisisioner, peneliti langsung mengecek kembali keseluruhan pertanyaan yang ada pada kuisisioner MMSE, tingkat kemandirian melalui Indeks Katz, serta kualitas hidup lansia menggunakan WHO-QOL serta pengukuran status gizi menggunakan berat badan aktual dan panjang depa. Apabila ada pertanyaan yang terlewat atau terdapat jawaban yang dapat menimbulkan makna ganda, maka peneliti langsung menanyakan kembali pertanyaan tersebut.

b. Pemberian Kode (*Coding*)

*Coding* merupakan kegiatan mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data atau angka bilangan. Pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori (Notoatmojo, 2012:177). Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisa data menggunakan komputer. Biasanya dalam memberikan kode juga dapat dibuat lembaran atau kartu kode berupa kolom-kolom untuk merekam data secara manual (Lusiana *et al*, 2015:70). Pada penelitian ini, peneliti melakukan *coding* pada kategori dari masing-masing pertanyaan. Misalnya pada variabel kualitas hidup lansia yang dikategorikan menjadi tingkat rendah, sedang, dan tinggi. Kode 0 digunakan untuk kategori rendah, kode 1 untuk kategori sedang, dan kode 2 untuk kategori tinggi. Hal ini digunakan untuk mempermudah proses uji statistik.

c. Pemberian Nilai (*Scoring*)

*Scoring* merupakan langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam lembar kuisisioner. Skor jawaban dimulai dari jawaban tertinggi sampai jawaban terendah untuk mengetahui skor total pada masing-masing variabel. Pemberian skor dilakukan setelah seluruh kuisisioner MMSE, tingkat kemandirian lansia dan

kuesioner WHO – *Quality of Life* serta lembar pengukuran status gizi telah terisi dengan lengkap. Pada kuesioner MMSE, batasan minimal skor yang diperoleh tidak boleh kurang dari 26 untuk menyatakan lansia tersebut mengalami gangguan kognitif atau tidak. Penghitungan skor tingkat kemandirian dan kualitas hidup dilakukan dengan menjumlah skor yang diperoleh dari masing-masing pertanyaan, kemudian membandingkan skor tersebut dengan kategori yang telah ditetapkan.

d. Tabulasi (*Tabulating*)

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

### 3.7.2 Teknik Penyajian Data

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

### 3.7.3 Analisis Data

Data pada penelitian ini disajikan dalam bentuk kuantitatif sebagai hasil dari interpretasi wawancara menggunakan kuisisioner dan data dari hasil

pengukuran status gizi yang dilakukan. Teknik analisis data pada penelitian ini menggunakan 2 tahap, yaitu :

a. Analisis Univariat

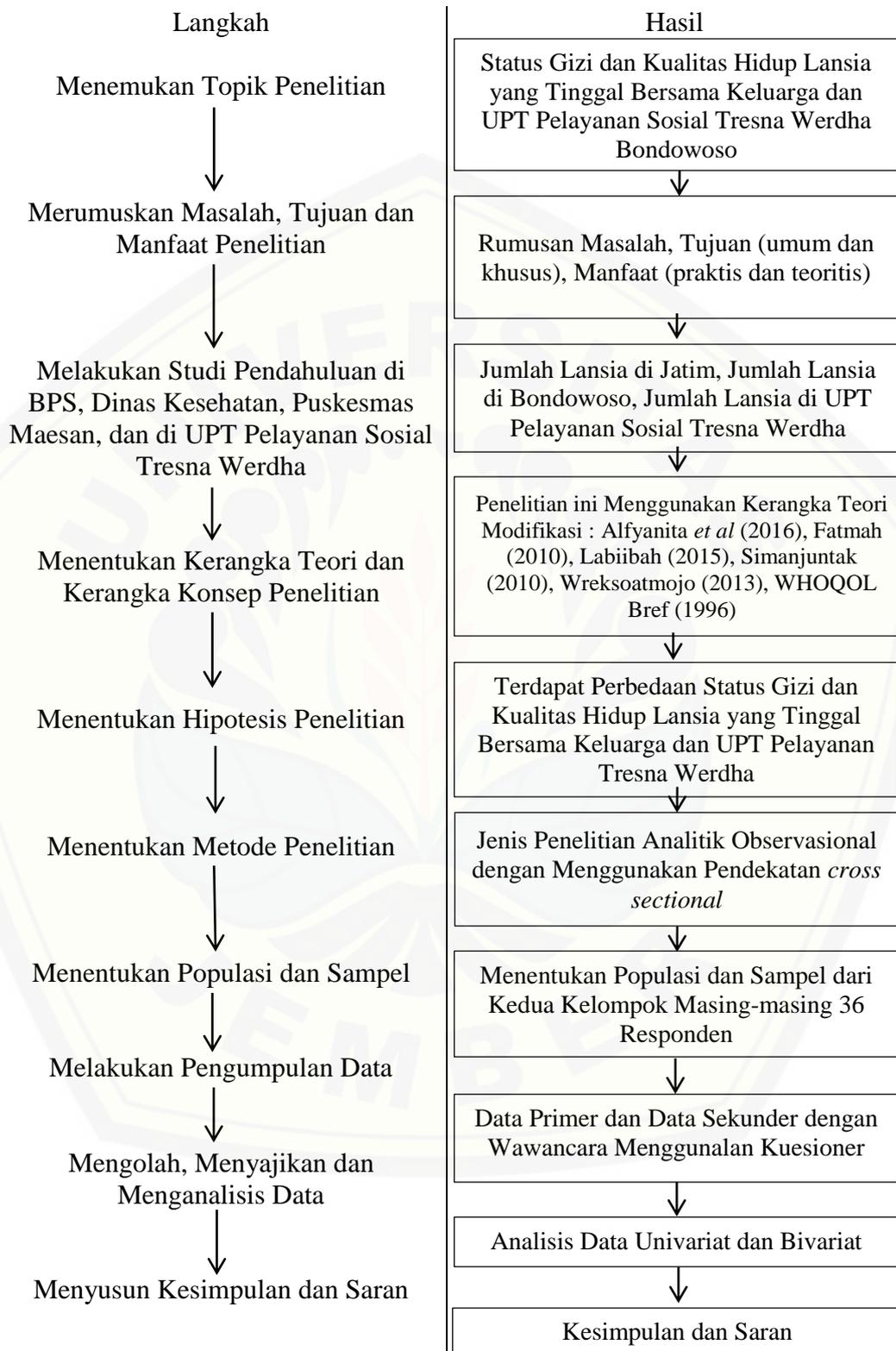
Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmojo, 2012:182). Analisis univariat yang dilakukan pada penelitian ini untuk mendapatkan gambaran mengenai variabel *dependen* yaitu status gizi dan kualitas hidup lansia serta variabel *independen* berupa status tinggal lansia, tingkat kemandirian lansia, karakteristik lansia yang meliputi, usia, jenis kelamin dan status menikah.

b. Analisis Bivariat

Dalam penelitian ini, analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis perbedaan status gizi dan kualitas hidup pada lansia berdasarkan variabel *independen*. Analisis data menggunakan uji *Chi-square* untuk data nominal dan ordinal. Perbedaan karakteristik (umur lansia, jenis kelamin, status pernikahan), status tinggal, tingkat kemandirian, status gizi dan kualitas hidup lansia berdasarkan domain menggunakan uji *Chi-square*. Penyajian dan analisis data dari penelitian ini diolah dengan menggunakan bantuan perangkat lunak pengolahan data yaitu program SPSS. Dasar pengambilan keputusan dengan tingkat kepercayaan 95%, yaitu :

- 1) Jika *p-value* kurang dari  $\alpha$  (0,05), maka  $H_0$  ditolak artinya terdapat perbedaan antara status gizi dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha
- 2) Jika *p-value* lebih dari  $\alpha$  (0,05), maka  $H_0$  diterima artinya tidak terdapat perbedaan antara status gizi dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha

### 3.1 Alur Penelitian



Gambar 3.5 Alur Penelitian

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

- a. Sebagian besar lansia yang tinggal bersama keluarga berusia 60-74 tahun, berjenis kelamin perempuan, berstatus janda/duda, dan memiliki tingkat kemandirian yang tinggi. Sedangkan lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha (PSTW) Bondowoso sebagian besar berusia 75–90 tahun, jenis kelamin perempuan dan laki-laki adalah sama, berstatus janda/duda, dan memiliki tingkat kemandirian yang tinggi.
- b. Status gizi lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso lebih baik daripada lansia yang tinggal bersama keluarga.
- c. Kualitas hidup menurut domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, serta kualitas hidup secara keseluruhan pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih baik daripada lansia yang tinggal di Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso. Namun kualitas hidup menurut domain lingkungan pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan PSTW Bondowoso adalah sama.

### 5.2 Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan, maka saran yang dapat diberikan adalah:

- a. Bagi Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga
  - 1) Meningkatkan intensitas hubungan sosial yang baik antar sesama lansia seperti rajin mengikuti posyandu lansia, bersilaturahmi antar tetangga, dan tidak menutup diri terhadap orang-orang di sekitarnya.
  - 2) Meningkatkan kegiatan positif yang dapat menghibur diri seperti melakukan pekerjaan rumah, bermain bersama keluarga atau teman sebaya, mengikuti pengajian agar terhindar dari rasa kesepian menghadapi masa tua.

- b. Bagi Lansia yang Tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha
  - 1) Meningkatkan intensitas hubungan sosial yang baik antar sesama lansia seperti rajin mengikuti kegiatan rutin kerja bakti, senam sehat lansia, mengikuti pengajian dan tidak menutup diri terhadap orang-orang di sekitarnya.
  - 2) Meningkatkan kegiatan positif yang dapat menghibur diri seperti berkumpul dan saling memberikan semangat antar teman sebaya yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso.
- c. Bagi UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso
  - 1) Diharapkan dapat memberikan pelayanan yang holistik pada lansia sehingga masalah yang muncul pada lansia baik fisik, psikologis, maupun sosial dapat diidentifikasi dengan cepat dan tidak menyebabkan perubahan pada status gizi dan kualitas hidup lansia.
  - 2) Perlu adanya peningkatan kegiatan rutin yang dimodifikasi agar dapat menarik minat lansia, seperti kegiatan keagamaan secara rutin oleh pengurus harian untuk meningkatkan kualitas hidup lansia secara psikologis dan hubungan sosial yang optimal. Kegiatan keagamaan ini bisa dilakukan dengan menghadirkan narasumber secara langsung ataupun dengan menonton video bersama, dengan begitu lansia akan tertarik untuk mengikuti kegiatan tersebut. Pelaksanaan kegiatan ini bisa bekerja sama dengan mahasiswa yang sedang praktik.
  - 3) Perlu adanya peningkatan kualitas hidup melalui kegiatan rutin yang dapat menarik minat lansia. Misalnya pemberian makanan tambahan yang bergizi pada pelaksanaan kegiatan senam bersama dan kerja bakti sehingga lansia lebih tertarik dalam mengikuti kegiatan tersebut. Dengan begitu jumlah lansia yang mengikuti kegiatan tersebut semakin banyak sehingga interaksi sosial yang terjadi akan lebih baik dan lansia semakin aktif bergerak. Makanan tambahan yang baik bagi lansia adalah pisang rebus, pepaya segar, kolak labu dan lain-lain. Pemberian makanan ini sekaligus dapat berguna untuk meningkatkan status gizi lansia.

- d. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso
  - 1) Perlu adanya peningkatan program penyuluhan dan motivasi yang tidak hanya diberikan kepada lansia saja, melainkan kepada pihak keluarga. Hal ini dilakukan supaya pihak keluarga secara bersama-sama bertanggungjawab dalam mengurus dan memenuhi kebutuhan lansia.
  - 2) Meningkatkan jumlah kader khusus lansia di setiap posyanduserta peningkatan upaya pendekatan kepada lansia sehingga dapat mengetahui permasalahan khusus lansia terutama pada status gizi dan kualitas hidup.
- e. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Jember
  - 1) Perlu adanya peningkatan program pembelajaran bagi mahasiswa tentang pemberdayaan dan pemberian edukasi pada lansia sehingga mahasiswa dapat turut andil secara langsung dalam peningkatan status gizi dan kualitas hidup lansia.
  - 2) Perlu adanya peningkatan kegiatan penyuluhan yang melibatkan lansia terutama pada lansia yang tinggal di Pelayanan Sosial Tresna Werdha sehingga dapat membantu petugas PSTW dalam memberikan edukasi sekaligus menghibur lansia yang tinggal disana.
- f. Bagi Penelitian Selanjutnya
  - 1) Diharapkan dapat melakukan penelitian kualitas hidup pada lansia secara metode kualitatif agar dapat menggali informasi dari lansia secara mendalam dan menyeluruh.
  - 2) Menambahkan variabel lain seperti status kesehatan sehingga dapat mengidentifikasi apakah terdapat penyakit penyerta yang mempengaruhi status gizi pada lansia.
  - 3) Menambahkan variabel dukungan keluarga dan teman sebaya, baik secara emosional maupun dukungan penghargaan pada lansia sehingga dapat mengetahui perbandingan kualitas hidup secara psikologis yang lebih mendalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfyanita, A., Martini, R. D., dan Kadri, H. 2016. Hubungan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan Aktivitas Sehari-Hari dan Status Gizi pada Usia Lanjut di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin. [serial online]. <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/469/397> [31 Mei 2017]
- Anita, R., Induniasih, dan Hutasoit, M. 2013. Fungsi Keluarga Baik Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia. *Media Ilmu Kesehatan Vol. 2, No. 3, Desember 2013* [serial online]. <http://ejournal.stikesayaniy.ac.id/index.php/MIK/article/download/115/117/> [6 September 2017]
- Arisman. 2010. *Gizi dalam Daur Kehidupan Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Astuti, F. A. A. 2012. Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup Geriatri di Posyandu Lansia Ngudi Sehat Bibis Baru Nusukan Banjarsari Surakarta. [serial online]. *Naskah Publikasi*. [http://eprints.ums.ac.id/22652/31/NASKAH\\_PUBLIKASI.pdf](http://eprints.ums.ac.id/22652/31/NASKAH_PUBLIKASI.pdf) [7 Desember 2016]
- Azizah, L. M. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Azwan, Herlina, dan Karim, D. 2015. Hubungan Dukungan Sosial Teman Sebaya dengan Kualitas Hidup Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha. *JOM Vol 2 No 2, Oktober 2015* [serial online] <http://download.portalgaruda.org/article.php?article> [6 September 2017]
- Badan Pusat Statistik. 2010. Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin. [serial online]. <https://www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1607>[5 November 2016].
- Badan Pusat Statistik. 2015. *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2014*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC

- Burhan, N. I. K., Taslim, N. A., Bahar, B. 2013. Hubungan Care Giver Terhadap Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia Pada Etnis Bugis. [serial online]. *JST Kesehatan*, Juli 2013, Vol. 3 No. 3: 264-273. <http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/68ff898140f97d2bb6327c064d778ef7.pdf> [18 April 2017]
- Demartoto, A. 2007. *Pelayanan Sosial Non Panti Bagi Lansia (Suatu Kegiatan Sosiologis)*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret Press
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Jumlah Penduduk Lanjut Usia Meningkat. Departemen Kesehatan Republik Indonesia*. [serial online]. <http://www.depkes.go.id/article/view/15052700010/pelayanan-dan-peningkatan-kesehatan-usia-lanjut.html> [5 November 2016].
- Dewianti, Adhi, T., dan Kuswardhani, T. 2013. Fungsi keluarga, dukungan sosial dan kualitas hidup lansia di wilayah kerja Puskesmas III Denpasar Selatan. *Public Health and Preventive Medicine Archive*. [serial online] <https://ojs.unud.ac.id/index.php/phpma/article/view/7878> [5 September 2017]
- Dinkes Kabupaten Bondowoso. 2016. *Sasaran Penduduk ARU Kabupaten Bondowoso Tahun 2016*. Bondowoso: Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso
- Dinsos Jatim. 2017. Profil UPT Pelayanan Sosial Lansia Terlantar. [serial online]. <http://dinsos.jatimprov.go.id/index.php/2015-10-26-00-04-58/rehsos/itemlist/category/8-upt#> [10 April 2017].
- Ediawati, E. 2012. Gambaran Tingkat Kemandirian dalam Activity of Daily Living (ADL) dan Resiko Jatuh pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur. [serial online] <http://lib.ui.ac.id/file?file> [1 Juni 2017]
- Ekawati, S. 2014. Hubungan Antara Fungsi Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia. [serial online]. Skripsi. <https://eprints.uns.ac.id/8489/1/193181011201112361.pdf> [24 April 2017].
- Fatmah. 2010. *Gizi Usia Lanjut*. Jakarta: Erlangga

- Gallo, J.J., Reichel, W., dan Andersen, L.M. 2000. *Buku Saku Gerontologi (edisi 2)*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Gubernur Jawa Timur. 2016. *Peraturan Gubernur Jawa Timur Tentang Nomor 108 Tahun 2016 Tentang Nomenklatur, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur*. Surabaya: Gubernur Jawa Timur
- Gusti, T., dan Sofia, R. 2017. Hubungan Depresi dengan Status Gizi Lansia di pabti Sosial tresna Werdha Belai Kasih Bireuen. [serial on line]. *Jurnal Ilmiah Sains, Teknologi, Ekonomi, Sosial dan Budaya*. Vol. 1 No. 1. <http://www.jurnal.umuslim.ac.id/index.php/LTR2/article/view/524/386> [10 April 2017].
- Herman, I. 2016. Hubungan Lama Hemodialisis dengan Fungsi Kognitif Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Abdul Moeloek Bandar Lampung. *Skripsi*. [serial on line]. <http://digilib.unila.ac.id/> [15 April 2017].
- Hermawati, I. 2015. *Kajian Tentang Kota Ramah Lanjut Usia*. Yogyakarta: Badan Pendidikan dan Penelitian Kesejahteraan Sosial
- Hong, Jeong, Heo, Chun, Park dan Kim. 2015. Factors a\Associated with Health-Related Quality of Life in Korean Older Workers. *Annals of Occupational and Enviromental Medicine*, 27:1-11. [serial online] <https://aoemj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40557-015-0077-9> [4 Juni 2017]
- Ismayanti, N. dan Solikhah. 2012. Hubungan antara Pola Konsumsi dan Aktivitas Fisik dengan Status Gizi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Unit Abiyoso Yogyakarta. *Jurnal Kesmas UAD ISSN:1978-0575*. [serial online] <http://journal.uad.ac.id/index.php/KesMas/article/view/1018> [6 September 2017]
- Istiany, A., dan Rusilanti. 2014. *Gizi Terapan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.

Istijanto. 2010. *Riset Sumber Daya Manusia Edisi Revisi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

Juliandi, A., Irfan, dan Manurung, S. 2014. *Metodologi Penelitian Bisnis*. Medan: Umsu Press

Kemendes RI. 2004. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 43 Tahun 2004 Tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Lansia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kemendes RI. 2012. *Pedoman Pelayanan Gizi Lanjut Usia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kemendes RI. 2013a. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Kemendes RI. 2013b. *Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Kemendes RI. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Kemendes RI. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Kemensos RI. 2009. *Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Tentang Organisasi dan Tata Kerja Panti Sosial di Lingkungan Departemen Sosial*. Jakarta: Kementerian Sosial RI

Kemensos RI. 2012. *Pelayanan Sosial Lanjut Usia*. Jakarta: Kementerian Sosial RI [serial online] <http://www.kemsos.go.id/> [8 Februari 2017]

- Labiibah, M. 2015. Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia di Posyandu Lansia di Kecamatan Sanden Bantul. [serial online]. *Naskah Publikasi*. <http://eprints.ums.ac.id/40544/1/Naskah%20Publikasi.pdf> [21 Februari 2017]
- Lusiana, N., Andriyani, R., dan Megasari, M. 2015. Metodologi Penelitian Kebidanan. Yogyakarta: Deepublish Publisher. [serial online]. <https://books.google.co.id/> [1 Mei 2017]
- Maneesin, Sampatanukul, Lertmaharit, dan Prasopsanti. 2012. Health-related Quality of Life of Patients Living With Osteotomy in Thailand and Cost Implications. *Asian Biomedicine Vol 6 No. 2 April 2012; 253 – 242*. [serial online]<http://abm.digitaljournals.org/index.php/abm/article/view/1078>[3 Mei 2017]
- Maryam, Ekasari, Rosidawati, Jubaedy, dan Batubara. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika
- Maryam, R.S., Hartini, T., dan Sumijatun. 2015. Hubungan Tingkat Pendidikan dan *Activity Daily Living* dengan Demensia pada Lanjut Usia di Panti Werdha. [serial on line]. *Jurnal Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jakarta Vol. 6 No.1*. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/view/4757> [15 April 2017].
- Mendoko, F., Katuuk, M., dan Rompas, S. 2017. Perbedaan Status Psikososial Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha Damai Ranomuut Manado Dengan yang Tinggal Bersama Keluarga di Desa Sarongsong II Kecamatan Airmadi di Kabupaten Minahasa Utara. [serial on line]. *Jurnal Keperawatan Vol.5 No.1 Universitas Sam Ratulangi Manado*. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/14671/14239> [24 April 2017].
- Ningtyias, F. W. 2010. *Penentuan Status Gizi Secara Langsung*. Jember: Jember University Press

- Nisa, K. 2015. Brain GYM Effects on the Change of Cognitive Function and Insomnia to Improve Quality of Life in Elderly in Panti Tresna Werda Natar Lampung Selatan. *Jurnal Physiology Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*. [serial on line]. <http://satek.unila.ac.id/wp-content/uploads/2015/08/49-Khairunnisa.pdf> [15 April 2017].
- Notoatmojo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi Cetakan Kedua*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Novianti, I. 2014. Hubungan Antara Faktor Gizi dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
- Nugroho, W. 2008. *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik Edisi 3*. Jakarta:EGC
- Nurkhalim, R. F. 2012. Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Sumpster Kabupaten Jember Tahun 2012. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
- Octaviani, R. 2017. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Gajah Surakarta. [Serial Online] <http://eprints.ums.ac.id/> [18 September 2017]
- Oktariyani. 2012. Gambaran Status Gizi Pada Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulya 01 dan 03 Jakarta Timur. [Serial online]<http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20301303-S42017-Oktariyani.pdf> [3 September 2017]
- Perhimpunan Dokter Saraf Indonesia. 2015. *Panduan Praktik Klinik Diagnosis dan Penatalaksanaan Demensia*. [serial on line]. <http://www.perdossi.or.id> [15 April 2017].
- Pratiwi, Y. 2015. Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kualitas Hidup Lanjut Usia di Pusat Santunan Keluarga (PUSAKA) Kecamatan Pancoran Jakarta Selatan. [Serial online]. *Skripsi*. <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/31977> [10 Januari 2017]

Pudjiastuti, S. S., dan Utomo, B. 2003. *Fisio Terapi Pada Lansia*. Jakarta: EGC

Putri, Fitriana, Ningrum, dan Sulastri. 2015. Studi Komparatif: Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Panti. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia* [serial online]. <http://ejournal.upi.edu/index.php/JPKI/article/view/1178/824> [3September 2015]

Qonitah, N. dan Isfandiari, M. A. 2015. Hubungan antara IMT dan Kemandirian Fisik dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia. *Jurnal Berkala Epidemiologi, Vol. 3, No. 1 Januari 2015: 1–11* [serial online] [ejournal.unair.ac.id/index.php/JBE/article/download/1308/1067](http://ejournal.unair.ac.id/index.php/JBE/article/download/1308/1067) [18 September 2017]

Rabe, Thamrin, Gross, Solomons, dan Schultink. 1995. Body Mass Index of The Elderly Derived From Height and From Armspan. *Asia Pasific J Clin Nutr (1996)5:79-83*. [serial online]. <http://apjcn.nhri.org.tw/server/apjcn/5/2/79.pdf> [25 April 2017]

Reno, R. B. 2010. Hubungan Status Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia di Panti Werdha Dharma Bhakti Surakarta. [Serial online]. *Skripsi*. <http://eprints.ums.ac.id/10444/3/J210060095.PDF> [19 April 2017]

Rhosma, D., S. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Deepublish

Rohaedi, S., Putri, S. T., dan Karimah, A. D. 2016. Tingkat Kemandirian Lansia dalam *Activities Daily Living* di Panti Sosial Tresna Werdha Senja Rawi. [serial online] <http://ejournal.upi.edu/index.php/JPKI/article/download/2848/1883> [8 Mei 2017]

Rohmah, A. I. N., Purwaningsih, dan Bariyah, K. 2012. Kualitas Hidup Lanjut Usia. *Jurnal Keperawatan ISSN 2086-3071*. [serial online] <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/2589> [4 September 2017]

- Rohmawati, N., Asdie, A. H., dan Susetyowati. 2015. Tingkat Kecemasan, Asupan Makan, dan Status Gizi Pada Lansia di Kota Yogyakarta. [serial online] *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. <https://jurnal.ugm.ac.id/jgki/article/viewFile/23022/15570> [19 April 2017]
- Rohmawati, N., Soffie, F. N., dan Jannah, M. 2013. *Anxiety, Asupan Makan, dan Status Gizi Pada Lansia di Kabupaten Jember*. [serial online]. [http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/59173/Ninna%20Rohmawati\\_pemula\\_boptn\\_206.pdf;sequence=1](http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/59173/Ninna%20Rohmawati_pemula_boptn_206.pdf;sequence=1) [19 April 2017]
- Sam, R. M. 2014. Perbedaan Status Gizi Pada Lansia yang Mengikuti Posyandu Lansia dengan yang Tidak Mengikuti Posyandu Lansia di RW 02 Serangan Ngampilan Yogyakarta. [serial online]. <http://opac.unisayogya.ac.id/> [19 April 2017]
- Sari, N. I. P., 2014. Tinjauan Hukum Islam Terhadap Penitipan Orang Tua di Panti Jompo Oleh Anak (Studi Kasus di Panti Jompo Hargodedali Surabaya). [serial online] <http://digilib.uinsby.ac.id/1370/> [1 Juni 2017]
- Sari, N. K., dan Pramono, A. 2013. Status Gizi, Penyakit Kronis, dan Konsumsi Obat Terhadap Kualitas Hidup Dimensi Kesehatan Fisik Lansia. [serial online] [http://eprints.undip.ac.id/42675/1/588\\_Novita\\_Kurnia\\_Sari\\_G2C009007.pdf](http://eprints.undip.ac.id/42675/1/588_Novita_Kurnia_Sari_G2C009007.pdf) [ 5 September 2017]
- Sastroasmoro, S., Ismael, S. 2014. *Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-5*. Jakarta: Sagung Seto
- Sekarwiri, E. 2008. Hubungan Antara Kualitas Hidup dan Sense of Community pada Warga DKI Jakarta yang Tinggal di Daerah Rawan Banjir. [serial online]. <http://lontar.ui.ac.id> [8 Maret 2017]
- Setryopranoto, I. 2002. Reliabilitas dan Validitas Mini Mental State Examination untuk Penapisan Demensia. [serial on line]. *Logika Vol.8 No.9*. <https://www.yumpu.com/id/document/view/33835049/measuresofmentalstat usandcognitivefunctioninghavelong-2> [15 April 2017].

- Shelkey, M. and Wallace, M. 2012. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). [serial online] <http://micmrc.org/system/files/11.2-ADL.pdf> [1 Juni 2017]
- Simanjuntak, E. 2010. Status Gizi Lanjut Usia di Daerah Pedesaan, Kecamatan Porsea, Kabupaten Toba Samosir, Provinsi Sumatera Utara Tahun 2010. *Tesis*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. <http://lontar.ui.ac.id/> (Diakses pada 7 Desember 2016)
- Subekti, F. 2013. Analisis Karakteristik Usia Lanjut Berhubungan dengan Status Gizi di Posyandu Lansia Dusun Wonogiri Jatirejo Lendah Kulon Progo. *Naskah Publikasi*. [serial online]. <http://opac.unisayogya.ac.id/328/1.pdf> [1 Mei 2017]
- Supariasa, I. D. N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2012. *Penilaian Status Gizi Edisi Revisi*. Jakarta : EGC
- Surbakti. 2013. *Menata Kehidupan Pada Usia Lanjut*. Jakarta : Pranita Aksara
- Tanaya, A. R. R., dan Yasa, G. W. R. 2015. Kesejahteraan Lansia dan Beberapa Faktor yang Mempengaruhi di Desa Dangin Puri Kauh. [Serial Online]. *Jurnal Kependudukan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia Volume IX No. 1 Juli 2015*. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/piramida/article/view/18708> [18 April 2017]
- Tamher, S., dan Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika [Serial online] <https://books.google.co.id/books> [10 Mei 2017]
- Utami, D. T., Karim, D., dan Agrina. 2014. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus dengan Ulkus Diabetikum. *JOM PSIK Vol 1 No.2 Oktober 2014* [serial online] <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/view/3434> [4 Juni 2017]

UPT PSTW Bondowoso. 2016. *Daftar Nama Penghuni Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Lanjut Usia Bondowoso Bulan Desember 2016*. Bondowoso: UPT Pelayanan Sosial Tresna Werhda Bondowoso

World Health Organization. 2004. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. [serial online]. [http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev/2012.03\\_eng.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev/2012.03_eng.pdf). [ 8 Februari 2017]

World Health Organization. 1996. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring, and Generic Version of the Assessment. [serial online]. [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf) [8 Mei 2017]

Wirakusumah, E.S. 2002. *Tetap Bugar di Usia Lanjut*. Jakarta : Trubus Agriwidya.

Wreksoatmodjo, B. R. 2013. Perbedaan Karakteristik Lanjut Usia yang Tinggal di Keluarga dengan yang Tinggal di Panti di Jakarta Barat. *Artikel Penelitian CDK-209/ vol. 40 no. 10 Tahun 2013*. [serial online] <http://www.kalbemed.com/portals> [5 November 2016]

Yoga, M. A. P. A. 2015. The Association Between Intake of Energy, Protein and physical Activity with Nutritional Status Of Elderly People. *J MAJORITY Volume 4 Nomor 2, Januari 2015*. [serial online] <http://jke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/526> [3 September 2017]

Yuliati, A., Baroya, N., dan Ririanty, M. 2014. Perbedaan Kualitas Hidup Lansia Yang Tinggal di Komunitas dengan Di Pelayanan Sosial Lanjut Usia. *e-journal Pustaka Kesehatan, vol 2 (no.1) Januari 2014*. [serial online] <http://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/601/429> [ 3 Juni 2017]

Yusselda, M. dan Wardani, I. Y. 2016. Dampak Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Lansia. *Jurnal Keperawatan Volume 8 No 1, Hal 9 - 13, Maret 2016* [serial online] [www.stikeskendal.ac.id/journal/index.php/keperawatan/article/download/32/42](http://www.stikeskendal.ac.id/journal/index.php/keperawatan/article/download/32/42) [5 September 2016]

**LAMPIRAN A. Informed Consent*****INFORMED CONSENT***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

Usia : .....

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

Nama : Putri Istik Lailiyah

Judul : Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama

Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso

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

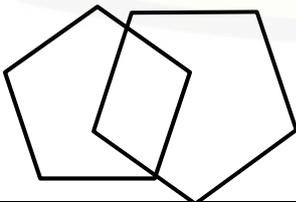
Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Bondowoso, Juli 2017

Responden

(.....)

**LAMPIRAN B. Kuesioner MMSE****KUESIONER UNTUK PENENTUAN GANGGUAN FUNGSI KOGNITIF  
FORM MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)**

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

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

Keterangan : total skor < 26 maka mengalami gangguan fungsi kognitif

**LAMPIRAN C. Kuisisioner Penelitian****KUISISIONER PENELITIAN**

Judul : Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama  
 Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso

<b>KETERANGAN PENGUMPUL DATA</b>			
Nama :		Tanda Tangan Pengumpul Data	
NIM :			
<b>KARAKTERISTIK LANSIA</b>			
No Responden :			
Nama Responden :			
Alamat Responden :			
Tanggal Wawancara :			
No.	Pertanyaan	Jawaban	Kode
1.	Umur	a. Usia 60-74 tahun ( <i>elderly</i> ) b. Usia 75-90 tahun ( <i>old</i> ) c. Usia di atas 90 tahun ( <i>very old</i> ).	
2.	Status tinggal	a. Tinggal bersama keluarga b. Tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha	
3.	Jenis Kelamin	a. Laki – laki b. Perempuan	
4.	Status pernikahan	a. Menikah b. Janda/duda c. Tidak menikah	
<b>STATUS GIZI LANSIA</b>			
4.	Status Gizi : BBA (Berat Badan Aktual) : PD (Panjang Depa) :	a. Status gizi kurang (perempuan BMA <18,7 ; laki-laki <20,1) b. Status gizi baik (perempuan BMA 18,7 – 22,8 ; laki-laki 20,1 – 25) c. Status gizi lebih (perempuan BMA >22,8 ; laki-laki >25 )	

### KUALITAS HIDUP LANSIA

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

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

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

Pertanyaan berikut adalah **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
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?	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 dgn sarana dan prasarana)?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir?

		Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering kali	Sepenuhnya dialami
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yg 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 utk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?	1	2	3	4	5
		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
16.	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal / sosial anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yg anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puaskah anda dgn akses anda pd layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?	1	2	3	4	5

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

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

**Komentar pewawancara tentang penilaian ini?**

---



---

[Tabel berikut ini harus dilengkapi setelah wawancara selesai]

	<i>Equation for computing domain score</i>	<i>Raw Score</i>
<b>Domain 1</b>	$(6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$	
<b>Domain 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)$	
<b>Domain 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$	
<b>Domain 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$	

### Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari Menurut Indeks KATZ

Pelaksanaan wawancara dengan kroscek terhadap orang terdekat

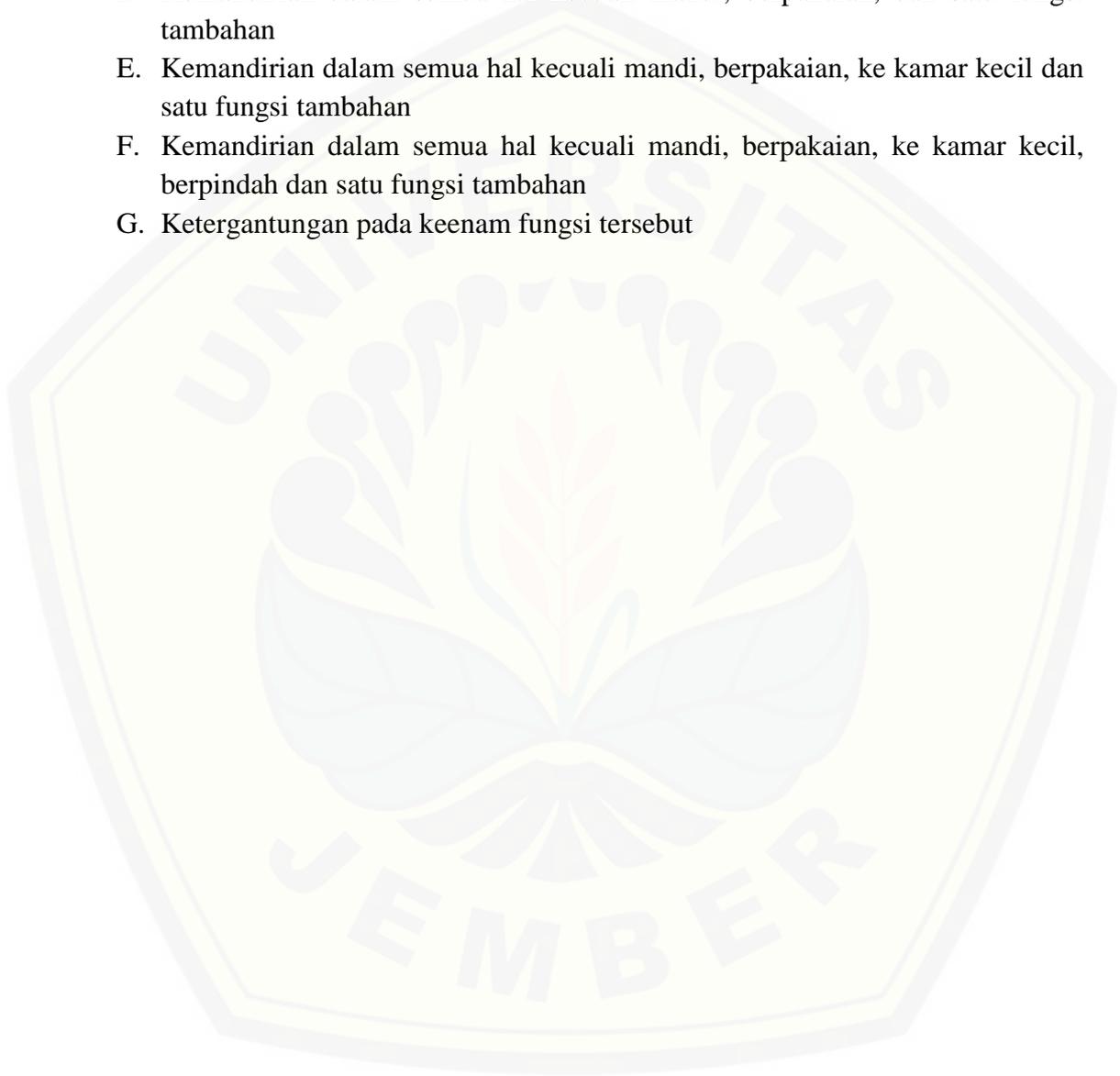
Berilah tanda centang (✓) yang sesuai pada tabel dibawah ini

No.	Aktivitas	Nilai	
		Mandiri	Tergantung
1.	<p><b>Mandi</b></p> <p><b>Mandiri</b> : bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung) atau mandi sendiri sepenuhnya  <b>Tergantung</b> : bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		
2.	<p><b>Berpakaian</b></p> <p><b>Mandiri</b> : mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian  <b>Tergantung</b> : tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian</p>		
3.	<p><b>Ke Kamar Kecil</b></p> <p><b>Mandiri</b> : masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri  <b>Tergantung</b> : menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		
4.	<p><b>Berpindah</b></p> <p><b>Mandiri</b> : berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri  <b>Tergantung</b> : bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan</p>		
5.	<p><b>Kontinen</b></p> <p><b>Mandiri</b> : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri  <b>Tergantung</b> : Inkontinensia parsial atau total, penggunaan kateter, pispot, enema, dan pembalut (<i>pampers</i>)</p>		
6.	<p><b>Makan</b></p> <p><b>Mandiri</b> : mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri  <b>Tergantung</b> : bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, serta makan parenteral.</p>		
<b>Jumlah</b>			

Sumber : Katz (1970) dalam Azizah (2011:159)

Penilaian :

- A. Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
- B. Kemandirian dalam semua hal kecuali satu fungsi tersebut
- C. Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- D. Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- E. Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
- F. Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- G. Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut



## LAMPIRAN D. Hasil Uji Statistik

### 1. Perbedaan Karakteristik Umur Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial

Umur \* Status Tinggal Crosstabulation

		Status Tinggal		Total	
		Bersama Keluarga	Pelayanan Sosial		
Umur	Elderly	Count	25	16	41
		Expected Count	20,5	20,5	41,0
		% within Status Tinggal	69,4%	44,4%	56,9%
Umur	Old	Count	11	20	31
		Expected Count	15,5	15,5	31,0
		% within Status Tinggal	30,6%	55,6%	43,1%
Total		Count	36	36	72
		Expected Count	36,0	36,0	72,0
		% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,589 <sup>a</sup>	1	,032		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,625	1	,057		
Likelihood Ratio	4,643	1	,031		
Fisher's Exact Test				,056	,028
Linear-by-Linear Association	4,525	1	,033		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,50.

b. Computed only for a 2x2 table

## 2. Perbedaan Karakteristik Jenis Kelamin Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial

Jenis Kelamin \* Status Tinggal Crosstabulation

		Status Tinggal		Total		
		Bersama Keluarga	Pelayanan Sosial			
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	12	18	30	
		Expected Count	15,0	15,0	30,0	
		% within Status Tinggal	33,3%	50,0%	41,7%	
	Perempuan	Count	24	18	42	
			Expected Count	21,0	21,0	42,0
			% within Status Tinggal	66,7%	50,0%	58,3%
Total	Count	36	36	72		
		Expected Count	36,0	36,0	72,0	
		% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,057 <sup>a</sup>	1	,151		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,429	1	,232		
Likelihood Ratio	2,068	1	,150		
Fisher's Exact Test				,232	,116
Linear-by-Linear Association	2,029	1	,154		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,00.

b. Computed only for a 2x2 table

### 3. Perbedaan Karakteristik Status Pernikahan Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial

Status Menikah \* Status Tinggal Crosstabulation

		Status Tinggal		Total	
		Bersama Keluarga	Pelayanan Sosial		
Status Menikah	Janda/Duda	Count	19	35	54
		Expected Count	27,0	27,0	54,0
		% within Status Tinggal	52,8%	97,2%	75,0%
Menikah		Count	17	1	18
		Expected Count	9,0	9,0	18,0
		% within Status Tinggal	47,2%	2,8%	25,0%
Total		Count	36	36	72
		Expected Count	36,0	36,0	72,0
		% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18,963 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	16,667	1	,000		
Likelihood Ratio	22,042	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	18,700	1	,000		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,00.

b. Computed only for a 2x2 table

#### 4. Perbedaan Karakteristik Tingkat Kemandirian Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial

Tingkat Kemandirian \* Status Tinggal Crosstabulation

		Status Tinggal		Total
		Bersama Keluarga	Pelayanan Sosial	
Tingkat Kemandirian Tinggi	Count	36	36	72
	Expected Count	36,0	36,0	72,0
	% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Count	36	36	72
	Expected Count	36,0	36,0	72,0
	% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. <sup>a</sup>
N of Valid Cases	72

a. No statistics are computed because Tingkat Kemandirian is a constant.

### 5. Perbedaan Status Gizi Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial

Status Gizi \* Status Tinggal Crosstabulation

		Status Tinggal		Total	
		Bersama Keluarga	Pelayanan Sosial		
Status Gizi	Kurang	Count	11	14	25
		Expected Count	12,5	12,5	25,0
		% within Status Tinggal	30,6%	38,9%	34,7%
	Baik	Count	15	21	36
		Expected Count	18,0	18,0	36,0
		% within Status Tinggal	41,7%	58,3%	50,0%
	Lebih	Count	10	1	11
		Expected Count	5,5	5,5	11,0
		% within Status Tinggal	27,8%	2,8%	15,3%
Total	Count	36	36	72	
	Expected Count	36,0	36,0	72,0	
	% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,724 <sup>a</sup>	2	,013
Likelihood Ratio	9,913	2	,007
Linear-by-Linear Association	4,267	1	,039
N of Valid Cases	72		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,50.

## 6. Perbedaan Kualitas Hidup Domain Kesehatan Fisik Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial

Domain Kesehatan Fisik \* Status Tinggal Crosstabulation

		Status Tinggal		Total	
		Bersama Keluarga	Pelayanan Sosial		
Domain Kesehatan Fisik	Sedang	Count	16	30	46
		Expected Count	23,0	23,0	46,0
		% within Status Tinggal	44,4%	83,3%	63,9%
	Tinggi	Count	20	6	26
		Expected Count	13,0	13,0	26,0
		% within Status Tinggal	55,6%	16,7%	36,1%
Total	Count	36	36	72	
	Expected Count	36,0	36,0	72,0	
	% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,799 <sup>a</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	10,174	1	,001		
Likelihood Ratio	12,282	1	,000		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,635	1	,001		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,00.

b. Computed only for a 2x2 table

## 7. Perbedaan Kualitas Hidup Domain Psikologis Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial

**Domain Psikologis \* Status Tinggal Crosstabulation**

			Status Tinggal		Total
			Bersama Keluarga	Pelayanan Sosial	
Domain Psikologis	Sedang	Count	17	27	44
		% within Status Tinggal	47,2%	75,0%	61,1%
	Tinggi	Count	19	9	28
		% within Status Tinggal	52,8%	25,0%	38,9%
Total	Count	36	36	72	
	% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,844 <sup>a</sup>	1	,016		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,734	1	,030		
Likelihood Ratio	5,944	1	,015		
Fisher's Exact Test				,029	,014
Linear-by-Linear Association	5,763	1	,016		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,00.

b. Computed only for a 2x2 table

### 8. Perbedaan Kualitas Hidup Domain Hubungan Sosial Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial

Domain Hubungan Sosial \* Status Tinggal Crosstabulation

			Status Tinggal	
			Bersama Keluarga	Pelayanan Sosial
Domain Hubungan Sosial	Sedang	Count	14	28
		Expected Count	21,0	21,0
		% within Status Tinggal	38,9%	77,8%
	Tinggi	Count	22	8
		Expected Count	15,0	15,0
		% within Status Tinggal	61,1%	22,2%
Total	Count	36	36	
	Expected Count	36,0	36,0	
	% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,200 <sup>a</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	9,657	1	,002		
Likelihood Ratio	11,551	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	11,044	1	,001		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,00.

b. Computed only for a 2x2 table

**9. Perbedaan Kualitas Hidup Domain Lingkungan Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial**

**Domain Lingkungan \* Status Tinggal Crosstabulation**

		Status Tinggal		Total	
		Bersama Keluarga	Pelayanan Sosial		
Domain Lingkungan	Count	18	22	40	
	Sedang	Expected Count	20,0	20,0	40,0
		% within Status Tinggal	50,0%	61,1%	55,6%
	Tinggi	Count	18	14	32
		Expected Count	16,0	16,0	32,0
		% within Status Tinggal	50,0%	38,9%	44,4%
Total	Count	36	36	72	
	Expected Count	36,0	36,0	72,0	
	% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,900 <sup>a</sup>	1	,343		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,506	1	,477		
Likelihood Ratio	,902	1	,342		
Fisher's Exact Test				,477	,239
Linear-by-Linear Association	,888	1	,346		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,00.

b. Computed only for a 2x2 table

### 10. Perbedaan Kualitas Hidup Secara Keseluruhan Pada Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Pelayanan Sosial

Kualitas Hidup Keseluruhan \* Status Tinggal Crosstabulation

			Status Tinggal		Total
			Bersama Keluarga	Pelayanan Sosial	
Kualitas Hidup Keseluruhan	Sedang	Count	15	29	44
		% within Status Tinggal	41,7%	80,6%	61,1%
	Tinggi	Count	21	7	28
		% within Status Tinggal	58,3%	19,4%	38,9%
Total	Count	36	36	72	
	% within Status Tinggal	100,0%	100,0%	100	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,455 <sup>a</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	9,877	1	,002		
Likelihood Ratio	11,858	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,295	1	,001		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,00.

b. Computed only for a 2x2 table

**LAMPIRAN E. Dokumentasi Penelitian**



Gambar 1. Wawancara dengan lansia yang tinggal bersama keluarga



Gambar 2. Wawancara dengan lansia yang tinggal bersama keluarga



Gambar 3. Wawancara dengan lansia yang tinggal di UPT PSTW Bondowoso



Gambar 4. Wawancara dengan lansia yang tinggal di UPT PSTW Bondowoso



Gambar 5. Pengukuran panjang depa pada lansia yang tinggal bersama keluarga



Gambar 6. Pengukuran panjang depa pada lansia yang tinggal di UPT PSTW Bondowoso



Gambar 7. Pengukuran berat badan aktual menggunakan *bathroom scale*



Gambar 8. Pengukuran berat badan aktual menggunakan *bathroom scale*

## LAMPIRAN F. Surat Rekomendasi Penelitian

	<b>PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO</b>	
	<b>BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK</b>	
Jalan KIS Mangunsarkoro Nomor . 136 B Telp. 431678/ Fax. 424495		
Email : bondowosobaksbangpol@gmail.com		
<b>BONDOWOSO</b>		
Bondowoso, 21 Juni 2017		
Nomor	: 0721 <i>669</i> /430.10.5/2017	Kepada
Sifat	: Biasa	Yth.Sdr. Kepala Dinas Kesehatan
Lampiran	: -	Kabupaten Bondowoso
Perihal	: <u>Rekomendasi Penelitian</u>	di -
		<b>BONDOWOSO</b>
<b>Dasar</b>	: 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011	
	: 2. Peraturan Daerah Kabupaten Bondowoso Nomor 12 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah	
	: 3. Peraturan Bupati Bondowoso Nomor 32 Tahun 2010 tentang Penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Bondowoso	
<b>Memperhatikan</b>	: Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember Nomor : 3007/UN25.1.17/SP/2017 tanggal 19 Juni 2017 perihal Permohonan Rekomendasi Penelitian atas nama Putri Istik Lailiyah	
<b>Maka dengan ini memberikan rekomendasi kepada :</b>		
Nama	: Putri Istik Lailiyah	
NIM	: 132110101033	
Fakultas	: Kesehatan Masyarakat Universitas Jember	
<b>Untuk melakukan Penelitian dengan :</b>		
Judul Proposal	: " Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama <i>Keluarga</i> dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha ( Studi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso "	
Waktu	: 2 (dua) bulan terhitung sejak tanggal 21 Juni s.d 21 Agustus 2017	
Lokasi	: Puskesmas Maesan Kabupaten Bondowoso	
Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku di lingkungan instansi Saudara, maka demi kelancaran serta kemudahan dalam pelaksanaan kegiatan dimaksud, diharapkan saudara untuk memberikan bantuan berupa data / keterangan yang diperlukan.		
Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.		
	 <b>ACHMAT PRAJITNO, S.H., M.H.</b> NIP. 19600309 198603 1 016	
<b>Tembusan :</b>	1. Bupati Bondowoso (sebagai laporan) 2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember 3. Yang Bersangkutan 4. Arsip	

## LAMPIRAN F. Surat Rekomendasi Penelitian

	<b>PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO</b>	
	<b>DINAS KESEHATAN</b>	
	JL. IMAM BONJOL NO. 13 TELP 421341 Fax (0332) 425930	
	Email : <a href="mailto:perencanaanbondowoso@gmail.com">perencanaanbondowoso@gmail.com</a> , website : <a href="http://www.dinkesbondowoso.id">www.dinkesbondowoso.id</a>	
	<b>BONDOWOSO</b>	
	Kode Pos 68217	

---

Nomor	: 072 / 1516 / 430.9.3/ 2017	Bondowoso, 4 Juli 2017
Lampiran	: -	Kepada
Sifat	: Penting	Yth. Kepala Puskesmas Maesan
Perihal	: Rekomendasi Penelitian	Di
		Bondowoso

Menindaklanjuti surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Bondowoso Nomor : 072/669/430.10.5/ 2017 Tanggal : 21 Juni 2017 perihal Rekomendasi Penelitian atas nama :

Nama	: PUTRI ISTIK LAILIYAH
NIM	: 132110101033
Fakultas	: Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Judul Proposal	: " Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia Yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha ( Studi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dan UPT Pelayanan Sosial Tresna werdha Kabupaten Bondowoso ) "
Waktu	: 2 ( dua ) bulan sejak tanggal 21 Juni s/d 21 Agustus 2017

Berkaitan dengan perihal tersebut diminta Saudara memberikan bantuan berupa data / keterangan yang diperlukan.

Demikian atas bantuan dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

An. Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Bondowoso  
Kabid. Sumber Daya Kesehatan

  
**dr. WIDAJANTO**  
Pembina  
NIP. 19630713 200212 1 005

Tembusan : Kepada  
Sdr. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

## LAMPIRAN F. Surat Rekomendasi Penelitian



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
DINAS SOSIAL**

JL. GAYUNG KEBONSARI NO. 56 B TELP. 8290794/8283140

Website : <http://www.dinsos.jatimprov.go.id>

**SURABAYA - 60235**

Surabaya, 27 Juli 2017

Nomor : 070/2514/107.5.08/2017  
Sifat : Segera  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada  
Yth. Sdr. Dekan Fakultas Kesehatan  
Masyarakat Universitas  
Jember

di  
**JEMBER**

Memperhatikan surat Saudara tanggal 13 Juli 2017 Nomor : 3259/UN25.1.12/SP/2017, perihal Permohonan Ijin Penelitian, maka dengan ini kami memberikan izin kepada :

Nama : PUTRI ISTIK L  
NIM : 132110101033

Untuk melaksanakan kegiatan Penelitian, dalam rangka menyelesaikan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Dengan judul Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha (Studi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kabupaten Bondowoso). Waktu pelaksanaan pada bulan Juli s.d September 2017 di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso.

Sehubungan hal tersebut di atas, diharapkan kepada yang bersangkutan setelah selesainya pelaksanaan kegiatan dapat memberikan laporan tertulis hasil kegiatan kepada Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur dan UPT tempat penelitian dilakukan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama Saudara disampaikan terima kasih.

A.n. KEPALA DINAS SOSIAL PROVINSI  
JAWA TIMUR  
Sekretaris

**UNGGUL HADIKUSUMO, S.H., M.Si.**

Pembina Tk. I

NIP. 19611201 198703 1 006

Tembusan :

- Yth. 1. Ibu Kepala Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur (sebagai laporan).
2. Kepala UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bondowoso.

## LAMPIRAN G. Daftar Nama Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha

**DAFTAR : NAMA – NAMA PENGHUNI UNIT PELAKSANA TEKNIS  
PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA BONDOWOSO  
BULAN : DESEMBER 2016**

No. Urut	No. Induk	Nama	Jenis Kelamin	Umur (Th.)	Tempat Asal	Keterangan
1	2	3	4	5	6	7
1	096	B.Suparmi	P	78	Blitar	
2	101	P.Kasiban	L	82	Pasuruan	
3	546	B.Kasiati	P	69	Blitar	
4	547	B.Etik	P	68	Malang	
5	556	B.Sumani	P	71	Surabaya	
6	599	P.Sunarto	L	71	Bondowoso	
7	649	B.Lilis Suryani	P	72	Surabaya	
8	651	B.Sri Rahayu	P	82	Bangkalan	
9	668	B.Mas'amah	P	85	Sidoarjo	
10	677	B.Soleha	P	68	Banyuwangi	
11	682	B.Mariyam	P	71	Surabaya	
12	686	P.Ahmad	L	73	Surabaya	
13	689	P.Suhadi	L	68	Surabaya	
14	693	P.Sa'du	L	71	Mojokerto	
15	694	P.Hariyanto	L	73	Surabaya	
16	700	P.Salim	L	81	Bekasi	
17	709	B.Fatimah	P	85	Sumenep	
18	710	B.Karsih	P	82	Surabaya	
19	712	B.Minah	P	67	Banjarmasin	
20	719	B.Warinem	P	71	Bondowoso	
21	729	P.Juki	L	85	Bandung	
22	731	P.Bambang S	L	65	Nganjuk	
23	741	P.Wongso	L	88	Boyolali	
24	755	P.Usman P.	L	76	Medan	
25	756	P.Mujianto	L	79	Surabaya	
26	760	B.Rebina	P	69	Sidoarjo	
27	768	B.Sutina	P	74	Jember	
28	771	B.Mujena	P	74	Probolinggo	
29	773	B.Jumaati	P	70	Jember	
30	778	P.Hari Widodo	L	65	Jember	
31	791	B.Ratna	P	63	Surabaya	
32	792	B.Rukiyah	P	63	Indramayu	
33	793	P.Haidir	L	65	Padang	
34	798	P.Nasikan	L	65	Surabaya	
35	811	B.Rupiah	P	72	Gresik	
36	817	P.Sudiharto	L	70	Situbondo	
37	818	B.Woro T	P	60	Bali	
38	824	P.Supeno	L	61	Surabaya	
39	825	P.Roni Wijaya	L	61	Surabaya	
40	826	P.Mastuki	L	73	Situbondo	
41	827	B.Misnaya	P	72	Situbondo	
42	831	B.Sukesih	P	66	Jember	
43	832	B Bibit	P	67	Jember	
44	844	B Sri Sunari	P	80	Jember	
45	839	B.Patmi Aminah	P	72	Sumenep	
46	841	B.Maisaroh	P	69	Kediri	
47	842	P.Namin Toyo	L	83	Bondowoso	
48	846	P.Hari Saisap	L	62	Minahasa	
49	847	P.Abu	L	73	Pati	
50	853	B.Sumati	P	72	Bondowoso	

## LAMPIRAN G. Daftar Nama Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha

1	2	3	4	5	6	7
51	855	B. Watini	P	66	Banyuwangi	
52	862	P. Wayan Suropto	L	65	Bali	
53	865	B. Anik Supatmi	P	60	Surabaya	
54	866	B. Suratno	P	61	Bondowoso	
55	872	P. Joni Kusnandar	L	65	Malang	
56	874	B. Siti Aminah	P	60	Jember	
57	875	B. Neba	P	60	Jember	
58	877	B. Wirno	P	71	Bondowoso	
59	885	P. Sarip Madi	L	70	Situbondo	
60	886	B. Yanti	P	60	Situbondo	
61	887	P. Sujalmo	L	85	Bondowoso	
62	889	P. Suyono	L	88	Banyuwangi	
63	892	B. Kemi	P	88	Malang	
64	893	B. Kasiati	P	70	Taban	
65	895	B. Hamini	P	70	Surabaya	
66	896	P. Romli	P	61	Madura	
67	897	P. Robet	P	62	Surabaya	
68	898	P. Suparman	L	60	Malang	
69	908	B. Siti Aisyah	P	60	Banyuwangi	
70	909	P. Sukardi	L	69	Jember	
71	910	B. Erna	P	65	Probolinggo	
72	912	B. Tarub	P	70	Bondowoso	
73	913	B. Suma	P	80	Bondowoso	
74	914	B. Sumarni	P	61	Bondowoso	Meninggal Dunia Tgl 01-12-2016
75	915	B. Hanna. K	P	72	Malang	
76	919	P. Buji Adi	L	61	Jember	Meninggal Dunia Tgl 05-12-2016
77	920	B. Amanah	P	63	Nganjuk	
78	921	B. Sumarni	P	61	Jember	
79	922	P. Subandi	L	70	Banyuwangi	
80	923	B. Supatmi	P	73	Bondowoso	
81	924	B. Jumainah	P	73	Jember	
82	925	P. Ponari	L	63	Jember	
83	926	B. Subaidah	P	74	Bondowoso	
84	927	B. Busiah	P	64	Bondowoso	
85	928	P. Sukari	L	74	Jember	
86	929	B. Jamadi	P	65	Lumajang	
87	930	B. Suparmiaton	P	65	Kediri	
88	931	B. Jamini	P	101	Jombang	
89	932	B. Sabiyah	P	74	Situbondo	
90	933	B. Sinem	P	73	Lumajang	
91	934	P. Diyono	L	78	Probolinggo	Masuk Tgl 01-12-2016
92	935	P. Aman	L	60	Bondowoso	Masuk Tgl 05-12-2016

Bondowoso, 30 Desember 2016

Kepala Unit Pelaksana Teknis  
Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bondowoso,

**HAM CAHYONO, SH, MM.**  
Pembina Tk. I  
NIP. 19630915 198803 1 012