



**PRAKTIK GERMAS (GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT)
2017 PADA LANSIA DI PUSKESMAS JENGGAWAH
KABUPATEN JEMBER**

PROPOSAL SKRIPSI

Oleh

**Amalia Pinasih
NIM. 102110101025**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**PRAKTIK GERMAS (GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT)
2017 PADA LANSIA DI PUSKESMAS JENGGAWAH
KABUPATEN JEMBER**

PROPOSAL SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Amalia Pinasih
NIM 102110101025**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Guru-guru TK yang saya hormati terimakasih atas ilmunya yang selalu akan bermanfaat
2. Guru-guru SMPN 1 Bondowoso terimakasih telah banyak mengajarkan dan menanamkan ahlak dan budi pekerti semoga saya bisa selalu menerapkan dalam hidup saya
3. Guru- guru SMA 2 Negeri Bondowoso terimakasih telah memberikan ilmu yang bermanfaat dan mengantarkan muridnya untuk menempuh ilmu yang lebih tinggi lagi.
4. Dosen-dosen FKM UNEJ yang saya cintai terimakasih untuk ilmunya dan waktunya dalam membimbing saya untuk menempuh dan mendapatkan gelar S1. Semoga ilmu yang saya dapat di FKM bisa saya terapkan di kehidupan sehari-hari .

MOTTO

إِمْلُقْ مَنْ أَوْلَادَكُمْ تَقْتُلُوا وَلَا إِحْسَانًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا بِمَا تَشْرِكُوا الْأَشْءَ عَلَيْكُمْ رَبُّكُمْ حَرَّمَ مَا أَنْتُمْ تَعَالَوُا قُلْ

١٥١-

“Katakanlah (Muhammad), “Marilah aku bacakan apa yang Diharamkan Tuhan kepadamu. Jangan mempersekutukan-Nya dengan apa pun, berbuat baik kepada ibu bapak, janganlah membunuh anak-anakmu karena miskin....”

(Al-An'am 151)

Departemen Agama Republik Indonesia. 2004. Al-Quran Dan Terjemahannya.

Bandung. Cv Penerbit J-A

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Amalia Pinasih

NIM : 102110101025

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Skripsi yang berjudul “Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat)2017 pada Lansia di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember” merupakan hasil karya sendiri, kecuali telah disebutkan sumber pustaka yang telah dicantumkan dan penelitian ini bukan merupakan hasil plagiat. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isi dari penelitian ini, sesuai dengan sikap 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 dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Januari 2018

Yang Menyatakan

Amalia Pinasih

NIM. 10210101025

HALAMAN PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**PRAKTIK GERMAS (GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT) 2017
PADA LANSIA DI PUSKESMAS JENGGAWAH
KABUPATEN JEMBER**

Oleh:

**Amalia Pinasih
NIM 102110101025**

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Drs. Husni Abdul Gani.M.S

Dosen Pembimbing Anggota : Mury Ririanty .S.KM., M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi berjudul “*Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 pada Lansia di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 10 Januari 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing		Tanda Tangan
1. DPU	: Drs. Husni Abdul Gani	(.....)

NIP: 1956081019830310003

2. DPA	: Mury Ririanty. S.KM.,M.Kes	(.....)
--------	------------------------------	---------

NIP: 198310272010122003

Penguji

1. Ketua	: Dr. Elfian Zulkarnain ,S.KM.,M.Kes	(.....)
----------	--------------------------------------	---------

NIP: 197306042001121003

2. Sekretaris	: Ninna Rohmawati,S.Gz, M.PH	(.....)
---------------	------------------------------	---------

NIP: 198406052008122001

3. Anggota	: Dwi Handarisasi S. Psi, M.Si	(.....)
------------	--------------------------------	---------

NIP: 197505131997032004

Mengesahkan
Dekan,

Irma Pasetyowati, S.KM.,M.Kes
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 pada Lansia di Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember; Amalia Pinasih; 102110101025; 2018; 115 Halaman; Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

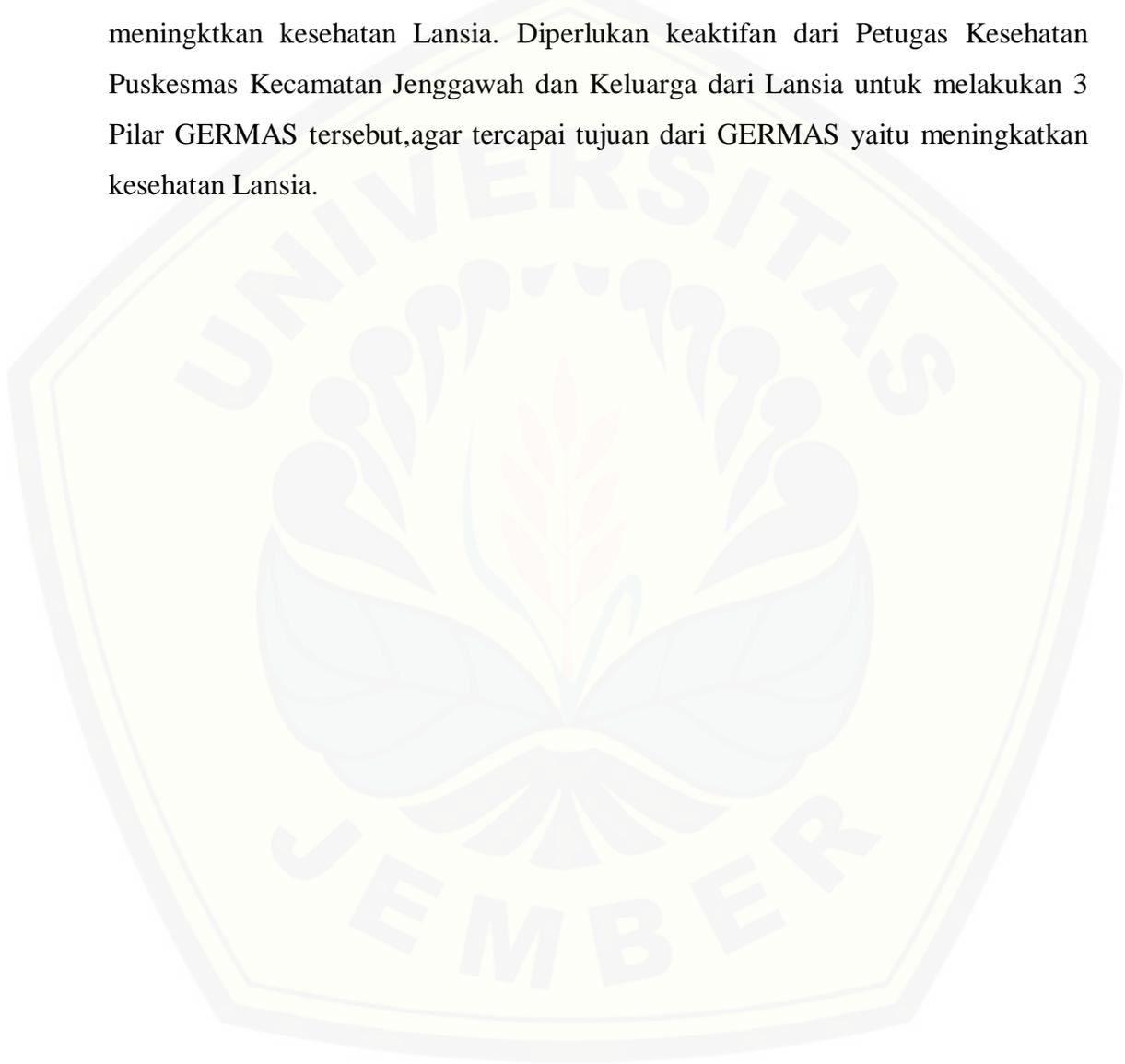
Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia berdampak terhadap terjadinya penurunan angka kelahiran, angka kesakitan, dan angka kematian serta peningkatan Umur Harapan Hidup (UHH) saat lahir. Dari jumlah tersebut, sebanyak 13.058 jiwa lansia diketahui terdaftar di Puskesmas Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. Jumlah pra lansia di Puskesmas Jenggawah sebanyak 7023 jiwa dan jumlah lansia sebanyak 6035 jiwa dan memiliki angka kesakitan lansia tertinggi di Kabupaten Jember. Makin bertambah usia, makin besar kemungkinan seseorang mengalami permasalahan fisik, jiwa, spiritual, ekonomi dan sosial. Salah satu permasalahan yang sangat mendasar pada lanjut usia adalah masalah kesehatan akibat proses degeneratif, hal ini ditunjukkan oleh data pola penyakit pada lanjut usia. Untuk tercapainya hidup sehat dan dalam upaya menurunkan prevalensi penyakit hingga 50% (lima puluh persen), di awal tahun 2016 Bappenas telah meluncurkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang dilaksanakan dan didukung oleh semua lintas sektor terkait.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologis. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam mengenai karakteristik informan, beberapa hal tentang teori S-O-R (Pengetahuan, Sikap, Respon). Informan penelitian dipilih berdasarkan teknik *purposive* dengan kriteria inklusi. Terdapat 3 informan utama dalam penelitian ini.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa informan utama adalah Lansia dari usia 65-79 tahun, serta informan utama riwayat pendidikannya sampai SD (Sekolah Dasar), dan bermatapencaharian sebagai buruh tani. Sebagian besar Informan Utama tidak mendapatkan penyuluhan tentang GERMAS dan tidak mengetahui informasi tentang GERMAS. Dari pendidikan yang rendah dan pengetahuan yang minim mengakibatkan Lansia tidak dapat mengubah gaya

hidup ke arah yang lebih baik. Dukungan Keluarga juga memiliki peran aktif untuk meningkatkan kesehatan Lansia.

Sikap Pasif pada Lansia untuk mengikuti posyandu lansia merupakan bentuk lemahnya kesadaran terhadap kesehatan di Usia Lanjut. Peran Petugas Kesehatan terutama Kader Posyandu Lansia memiliki pengaruh besar untuk meningkatkan kesehatan Lansia. Diperlukan keaktifan dari Petugas Kesehatan Puskesmas Kecamatan Jenggawah dan Keluarga dari Lansia untuk melakukan 3 Pilar GERMAS tersebut, agar tercapai tujuan dari GERMAS yaitu meningkatkan kesehatan Lansia.



SUMMARY

The Practical of GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 towards anelderly on Jenggawah district; Amalia Pinasih, 102110101025, 2018; 115 pages; Department of Health Promotion and Behavioral Science Faculty of Public Health, University of Jember

The successful of health development in Indonesia have an impact on the decreased of birth rate, sickness rate and mortality rate, also increased life expectancy. From that rate, there is about 13.058 elderly have been registered in the puskesmas on jenggawah district. There is about 7023 pre elderly and there is 6035 elderly that have the most high sickness rate in Jember. There is high possibility for someone to have physically, soul, spiritual, social and economic problem, as they getting older. One of the problems which is very often happened to elderly is a healthy problem from degenerative process. This matter was shown by the pattern of disease data for elderly. For the achievements of a healthy life and for the efforts to decreasing disease prevalence until 50%, in the beginning of 2016, bappenas already launched Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) which have been held with the support by all related sector. The type of this research is qualitative with phenomenological approach.

The data retrieval was done by interviewing about the informant Characteristics. The informant was chosen by purposive technique with inclusion criteria. There are 3 main informants in this research. Based on the result of the research, was known that the main informant are an elderly from age 65-79 years old, also most of the main informant's education background only up to elementary school and most of them are farmers. Most of the main informant didn't know and didn't get the information about GERMAS socialization. From a low education and less knowledge causing an elderly can't change their bad lifestyle to a better lifestyle. The support by their family also has an important role for increasing elderly health. Elderly passive behavior to follows elder clinic was a form of weakness of our concern about elder. The role of health officers especially for the elder's officers was required to perform the three pillars of

GERMAS that is knowledge, behavior and response, in order to achieve the goals of GERMAS which is to improve the health of the elderly.



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi dengan judul "*Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Menuju Sehat) 2017 di Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember*". Skripsi ini disusun untuk melakukan penelitian guna memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Strata Satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyampaikan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bantuan, kerja sama, dan kontribusi pemikiran yang telah diberikan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S. selaku Dosen Pembimbing Utama Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan motivasi dan dorongannya kepada penulis dalam proses menyelesaikan skripsi.
2. Mury Ririanty, S.K.M., M.Kes, selaku Ketua Bagian Promosi Kesehatan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan motivasi kepada saya.
3. Dr. Elfian Zulkarnain, S.K.M., M.Kes, selaku Dosen Penguji 1 dan Ninna Rohmawati, S.Gz, M.PH selaku Dosen Penguji 2 yang selalu siap meluangkan waktu bagi saya dalam memberikan bimbingan, motivasi, pemikiran dalam proses penyusunan skripsi ini.
4. Dwi Handarisasi S. Psi yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi penguji luar dalam sidang skripsi ini.
5. Suami Tercinta yang selalu memberi support agar istrinya mendapatkan gelar S.K.M
6. Anak-anakku, Muhammad Rafandra Keanu Zhafran dan Muhammad Arsyandendra Kienan Zayn terimakasih sudah ada di hidup mimi, kalian semangat mimi untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Maafkan mimi ya nak, kalau kalian sering mimi tinggal ke kampus untuk bimbingan.. Love you sholeh-sholehku

7. Kedua orang tua saya Ibu Nur Azizah dan Bapak Didi Maulana atas doa yang selalu terucap, atas motivasi luar biasa yang selalu membangkitkan semangat saya, atas pelajaran hidup yang begitu berharga. Ungkapan terimakasih tak akan mungkin menggantikan pengorbanan Ibu dan Bapak yang begitu besar dan tak terhingga untuk kami, saya akan selalu dan selamanya membalas semua pengorbanan itu dengan membahagiakan Ibu dan Bapak.
8. Kedua adik saya Muhammad Agung Alifferiza Maulana dan Elsa Tiara Aisyah, semoga kita semua selalu bisa membuat bangga Ibu dan Bapak dan memberikan senyum dan tawa yang terbaik untuk mereka .
9. Sahabat-sahabat peminatan PKIP Saila, Erna, Latif, Hamid, Ongky, Amel, Indira, Cla, Dhimas terimakasih telah membantu saya selama ini.
10. Sahabat-sahabat angkatan 2010, terimakasih telah memberi semangat dan kita akan lulus bersama-sama.
11. Serta semua pihak yang membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritik dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih

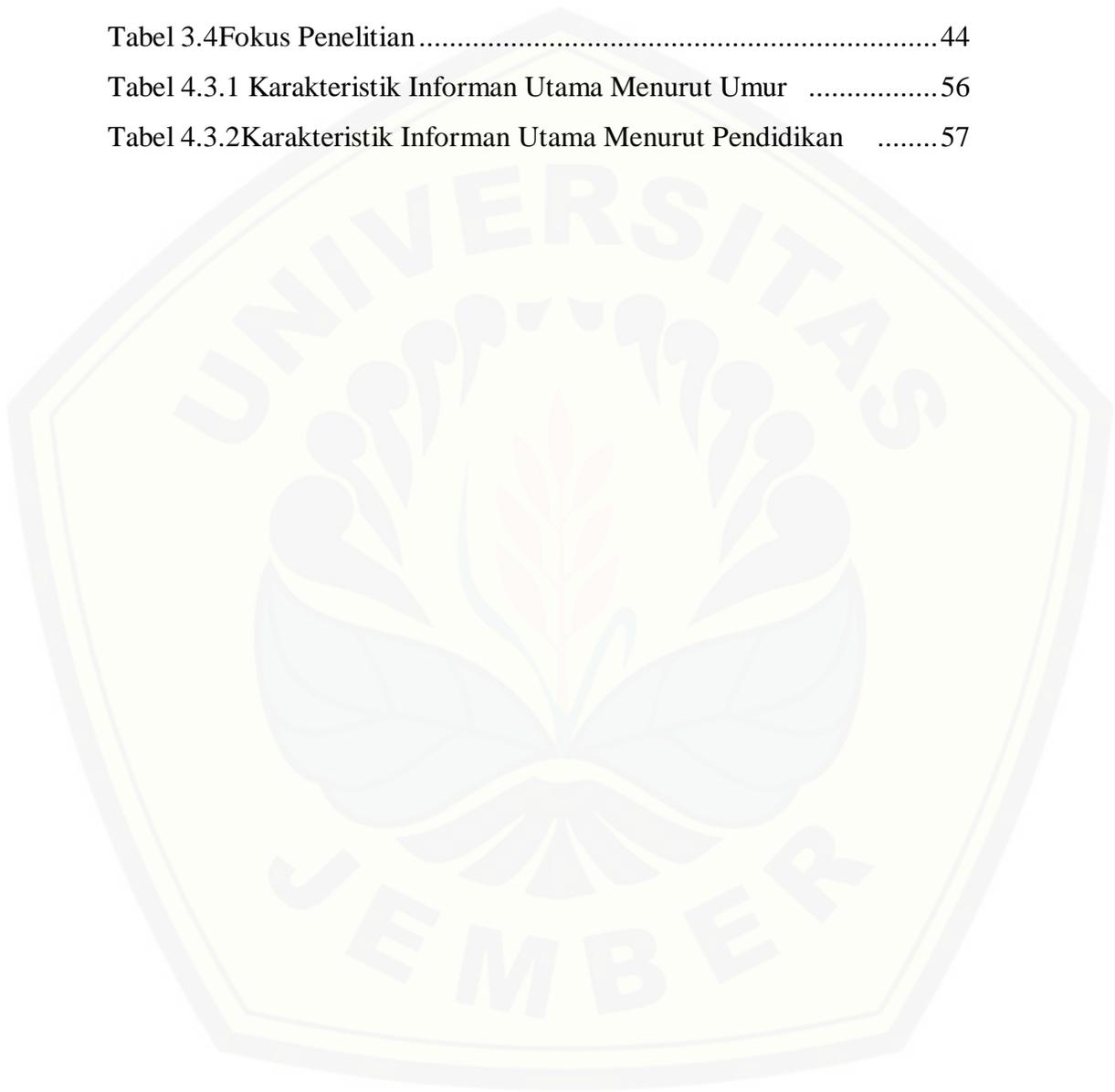
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.4.2 Manfaat Praktis	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Perilaku Kesehatan	9
2.3 GERMAS 2017 (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat)	14
2.3.1 Pengertian GERMAS	14
2.4 Lanjut Usia	19
2.4.2 Batasan lanjut usia	21
2.4.6 Teori Biologi Mengenai Penuaan	27
2.4.7 Perubahan-Perubahan Umum yang Terjadi pada Lansia	27
2.4.8 Fisik pada Lanjut Usia.....	31
2.4.9 Masalah Lanjut Usia.....	34
2.4.10Pesan Gizi Lanjut Usia	35
BAB 3. METODE PENELITIAN	42
3.1 Jenis Penelitian	41

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	41
3.2.1Tempat Penelitian.....	41
3.2.2Waktu Penelitian	41
3.3 Sasaran dan Penentuan Informan Penelitian.....	42
4.1 Gambaran Proses Pengerjaan Lapangan	52
4.2 Gambaran Karakteristik Informan Utama.....	53
4.2.1Karakteristik Informan Utama menurut Umur	54
4.2.2 Karakteristik Informan Utama menurut Pendidikan	55
4.2.3 Karakteristik Informan Utama menurut Pengetahuan tentang GERMAS pada Aktivitas Fisik.....	56
4.2.4 Karakteristik Informan Utama menurut Pengetahuan tentang GERMAS pada Konsumsi Sayur dan Buah	58
4.2.5 Karakteristik Informan Utama menurut Pengetahuan tentang GERMAS pada Pemeriksaan Secara Berkala	59
4.3 Sikap Informan Terhadap Aktifiitas Fisik, Konsumsi Sayur dan Buah, Pemeriksaan Secara Berkala	60
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	62
5.1 Kesimpulan	62
5.2 Saran	62
DAFTAR PUSTAKA.....	66

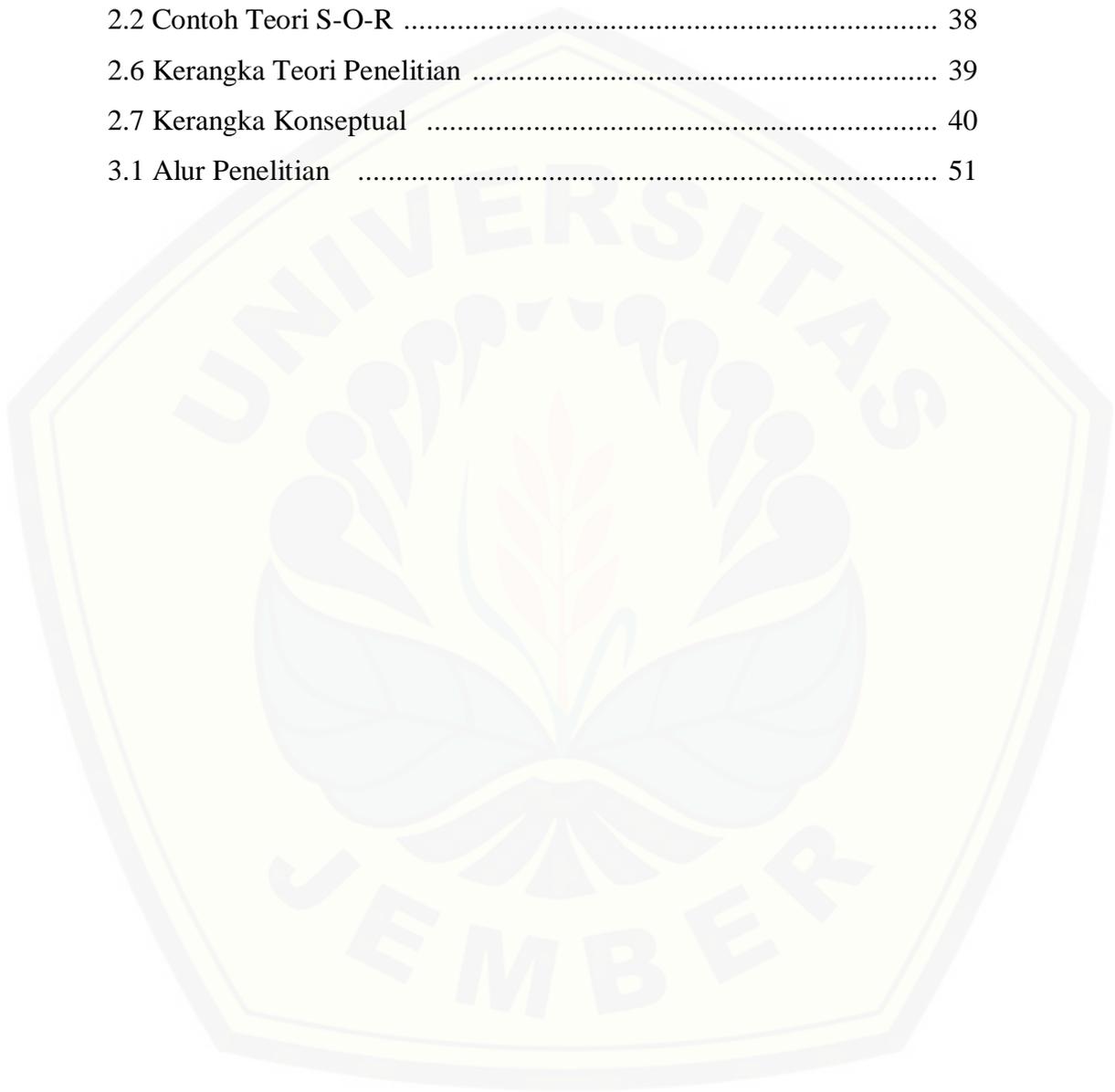
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.4 Fokus Penelitian	44
Tabel 4.3.1 Karakteristik Informan Utama Menurut Umur	56
Tabel 4.3.2 Karakteristik Informan Utama Menurut Pendidikan	57



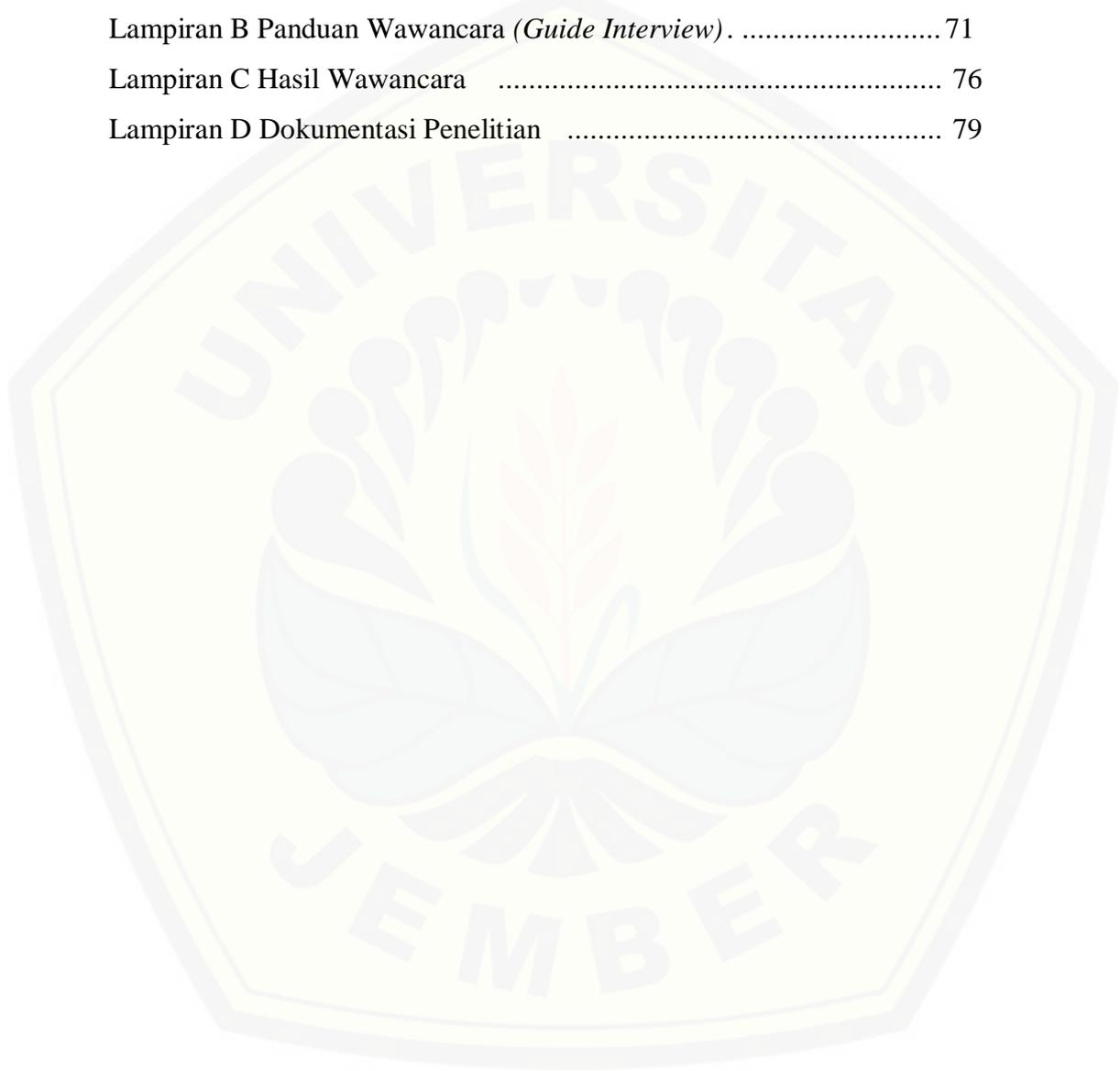
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Diagram Terbetuknya Sikap dan Respon	12
2.2 Contoh Teori S-O-R	38
2.6 Kerangka Teori Penelitian	39
2.7 Kerangka Konseptual	40
3.1 Alur Penelitian	51



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A Pernyataan Persetujuan	70
Lampiran B Panduan Wawancara (<i>Guide Interview</i>).	71
Lampiran C Hasil Wawancara	76
Lampiran D Dokumentasi Penelitian	79



SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Arti Lambang :

>: Lebih besar dari

< : Lebih kecil dari

Daftar Singkatan :

GERMAS : Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

PTM : Penyakit Tidak Menular

PM : Penyakit Menular

UHH : Umur Harapan Hidup

PPOK : Penyakit Paru Obstruktif Kronis

DM : Diabetes Melitus

DM 2 : Diabetes Melitus Type 2

RPJMN : Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional

UKBM : Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat

FITT : Frequency Intensity Time Type

WHO : World Health Organization

SOR : Stimulus Organisme Respon



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia berdampak terhadap terjadinya penurunan angka kelahiran, angka kesakitan, dan angka kematian serta peningkatan Umur Harapan Hidup (UHH) saat lahir. Meningkatnya UHH saat lahir dari 68,6 tahun pada tahun 2004, menjadi 69,8 tahun pada tahun 2010 (Badan Pusat Statistik 2005), dan menjadi 70,8 tahun pada tahun 2015 (Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035, Badan Pusat Statistik 2014da) dan selanjutnya diproyeksikan terus bertambah, mengakibatkan peningkatan jumlah penduduk lanjut usia secara signifikan di masa yang akan datang. Hasil sensus penduduk tahun 2010 menunjukkan bahwa Indonesia termasuk lima besar negara dengan jumlah penduduk lanjut usia terbanyak di dunia, yang mencapai 18,1 juta jiwa atau 7,6% dari total penduduk. Badan Pusat Statistik (2014) memproyeksikan, jumlah penduduk lanjut usia (60+) diperkirakan akan meningkat menjadi 27,1 juta jiwa pada tahun 2020, menjadi 33,7 juta jiwa pada tahun 2025 dan 48,2 juta jiwa tahun 2035.

Badan Pusat Statistik Jawa Timur memproyeksikan jumlah penduduk berusia 60-64 tahun pada tahun 2012 sebanyak 1,3 juta jiwa sedangkan pada tahun 2013 sebanyak 1,4 juta jiwa. Penduduk usia 65-69 tahun pada tahun 2012 sebanyak 1,03 juta jiwa sedangkan pada tahun 2013 sebanyak 1,06 juta jiwa. Penduduk usia 70 ke atas pada tahun 2012 sebanyak 1,67 juta jiwa sedangkan pada tahun 2013 sebanyak 1,7 juta jiwa. Jumlah lansia di Kabupaten Jember kini sebanyak 225.990 jiwa (Dinas Kesehatan Jember, 2012). Jumlah warga lansia di Kabupaten Jember pada tahun 2012 yaitu sebanyak 688.818 jiwa. Dari jumlah tersebut, sebanyak 13.058 jiwa lansia diketahui terdaftar di Puskesmas Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. Jumlah pra lansia di Puskesmas Jenggawah sebanyak 7023 jiwa dan jumlah lansia sebanyak 6035 jiwa dan memiliki angka kesakitan lansia tertinggi di Kabupaten Jember (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2012).

Indonesia saat ini mengalami transisi epidemiologi yang ditandai dengan meningkatnya kematian dan kesakitan akibat Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti stroke, jantung, diabetes dan lain-lain. Meskipun kesakitan dan kematian akibat penyakit menular (PM) semakin menurun, prevalensi penyakit secara umum masih cukup tinggi. Periode 1990-2015, pola kematian akibat PTM semakin meningkat (37% menjadi 57%), akibat PM menurun (56% menjadi 38%) dan akibat kecelakaan akan meningkat (7% menjadi 13%), dan tren ini kemungkinan akan berlanjut seiring dengan perubahan perilaku hidup (pola makan dengan gizi tidak seimbang, kurang aktivitas fisik, merokok, dll). Salah satu sasaran dari GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) adalah Lansia. (Kementerian Kesehatan, 2016)

Perhatian pemerintah terhadap keberadaan lanjut usia ini cukup besar, yang diawali pada tahun 1996 dengan ditetapkannya tanggal 29 Mei yang diperingati setiap tahun sebagai Hari Lanjut Usia. Selanjutnya pada tahun 1998, perhatian ini diperkuat dengan diterbitkannya Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia sebagai landasan hukum keberadaan para lanjut usia. Di bidang kesehatan, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa upaya untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan masyarakat dilaksanakan berdasarkan prinsip non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan. Upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia ditujukan untuk menjaga agar para lanjut usia tetap sehat, mandiri, aktif dan produktif secara sosial dan ekonomi sehingga untuk mewujudkan hal tersebut pemerintah berkewajiban untuk menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi pengembangan kelompok lanjut usia.

Makin bertambah usia, makin besar kemungkinan seseorang mengalami permasalahan fisik, jiwa, spiritual, ekonomi dan sosial. Salah satu permasalahan yang sangat mendasar pada lanjut usia adalah masalah kesehatan akibat proses degeneratif, hal ini ditunjukkan oleh data pola penyakit pada lanjut usia. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (2013), penyakit terbanyak pada lanjut usia terutama adalah penyakit tidak menular antara lain hipertensi, osteo arthritis, masalah gigi-mulut, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) dan Diabetes

Mellitus (DM). Masalah utama bagi para lanjut usia adalah pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan, oleh karena itu perlu dikembangkan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan upaya peningkatan, pencegahan, dan pemeliharaan kesehatan di samping upaya penyembuhan dan pemulihan (Departemen kesehatan, 2014).

Kenyataan menunjukkan bahwa laju perkembangan Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan lanjut usia, pembentukan dan pembinaan kelompok usia lanjut belum sesuai dengan harapan, dengan penyebaran yang tidak merata. Penyebabnya antara lain adalah karena kesehatan lanjut usia hanya merupakan salah satu program pengembangan di Puskesmas dan dalam pelaksanaannya di era otonomi daerah, belum didukung oleh dasar hukum yang memadai antara lain peraturan daerah, peraturan gubernur, bupati/walikota dan sebagainya. Penguatan dasar hukum ini sangat dibutuhkan untuk mendapatkan dukungan anggaran yang memadai baik melalui anggaran pendapatan dan belanja daerah provinsi, maupun dari anggaran pendapatan dan belanja daerah kabupaten/kota, karena dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015 -2019 permasalahan lanjut usia sudah tertampung sebagai isu prioritas. Selain itu jejaring kemitraan pelayanan kesehatan lanjut usia belum terbentuk di semua kabupaten/kota, sementara jejaring kemitraan yang sudah ada, kenyataannya belum semuanya berfungsi dengan baik (Kusumo, 2016).

Untuk tercapainya hidup sehat dan dalam upaya menurunkan prevalensi penyakit hingga 50%, di awal tahun 2016 Bappenas telah meluncurkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang dilaksanakan dan didukung oleh semua lintas sektor terkait. GERMAS yang di prakarsai oleh Wakil Presiden, Drs. M. Jusuf Kalla dan disusun oleh Bappenas bersama Kementerian Kesehatan serta lintas sektor terkait, bertujuan 1) menurunkan beban penyakit menular dan penyakit tidak menular, baik kematian maupun kecacatan; 2) menghindarkan terjadinya penurunan produktivitas penduduk; dan 3) menurunkan beban pembiayaan pelayanan kesehatan karena meningkatnya penyakit dan pengeluaran kesehatan. Sejalan dengan berlangsungnya GERMAS, Kementerian Kesehatan dan jajarannya memulai program keluarga sehat, yaitu program yang dilaksanakan

oleh Puskesmas dengan sasaran utama adalah keluarga. Program keluarga sehat mengutamakan upaya promotif dan preventif yang disertai dengan penguatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), kunjungan rumah secara aktif untuk peningkatan jangkauan dan total cakupan dan menggunakan pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*) (Kusumo, 2016).

Program keluarga sehat mengutamakan upaya promotif dan preventif yang disertai dengan penguatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), kunjungan rumah secara aktif untuk peningkatan jangkauan dan total cakupan, dan menggunakan pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*). Melalui pembinaan kesehatan dengan pendekatan siklus hidup yang dimulai sejak dari seorang ibu mempersiapkan kehamilannya, sampai bayinya lahir dan berkembang menjadi anak, remaja, dewasa, dan pra lanjut usia, akan sangat menentukan kualitas kehidupan dan kesehatan di saat memasuki masa lanjut usia. Ibu hamil yang rajin memeriksakan kehamilannya mempunyai peluang besar untuk melahirkan bayi yang sehat dengan berat badan lahir normal (Departemen kesehatan).

Apabila di dalam semua tahapan siklus hidup selanjutnya, bayi ini mendapatkan intervensi dan pelayanan kesehatan sesuai standar, maka dampaknya sangat besar terhadap pencapaian lanjut usia yang sehat, mandiri, aktif dan produktif. Berdasarkan uraian tersebut di atas, serta mengacu pada Regional Strategy For Healthy Ageing 2013-2018 yang merupakan komitmen global dan regional yang dideklarasikan pada tanggal 4 September 2012 oleh para Menteri Kesehatan dari anggota (*WHO South East Asia Region Yogyakarta Declaration on Ageing and Health*), perlu disusun Strategi Nasional dan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia. Melalui Strategi Nasional dan Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia ini pembinaan kesehatan terhadap lanjut usia dapat direalisasikan sesuai harapan, yang antara lain memuat langkah-langkah konkrit yang harus dilaksanakan secara berkesinambungan (Rokom, 2014).

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) merupakan suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat

untuk meningkatkan kualitas hidup. Pelaksanaan GERMAS harus dimulai dari keluarga, karena keluarga adalah bagian terkecil dari masyarakat yang membentuk kepribadian. Tujuan Khusus GERMAS 2016 yaitu Melakukan aktivitas fisik, Mengonsumsi sayur dan buah, Tidak merokok, Tidak mengonsumsi alkohol, Memeriksa kesehatan secara rutin, Membersihkan lingkungan, dan Menggunakan jamban. Pada tahun 2017, fokus GERMAS pada tiga kegiatan, yaitu: 1) Melakukan aktivitas fisik 30 menit per hari, 2) Mengonsumsi buah dan sayur; dan 3) Memeriksa kesehatan secara rutin. Tiga kegiatan tersebut dapat dimulai dari diri sendiri dan keluarga, dilakukan saat ini juga, dan tidak membutuhkan biaya yang besar, menurut Menteri kesehatan (Kementrian Kesehatan, 2016).

GERMAS merupakan gerakan nasional yang diprakarsai oleh Presiden RI yang mengedepankan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif-rehabilitatif dengan melibatkan seluruh komponen bangsa dalam memasyarakatkan paradigma sehat. Untuk menyukseskan GERMAS, tidak bisa hanya mengandalkan peran sektor kesehatan saja. Peran Kementerian dan Lembaga di sektor lainnya juga turut menentukan, dan ditunjang peran serta seluruh lapisan masyarakat. Mulai dari individu, keluarga, dan masyarakat dalam mempraktekkan pola hidup sehat, akademisi, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, dan organisasi profesi dalam menggerakkan anggotanya untuk berperilaku sehat; serta Pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah dalam menyiapkan sarana dan prasarana pendukung, memantau dan mengevaluasi pelaksanaannya. GERMAS mengajak masyarakat untuk membudayakan hidup sehat, agar mampu mengubah kebiasaan-kebiasaan atau perilaku tidak sehat. Secara khusus, GERMAS diharapkan dapat meningkatkan partisipasi dan peran serta masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan produktivitas masyarakat, dan mengurangi beban biaya kesehatan (Kementrian Kesehatan, 2016).

Blumm (1983) telah mengidentifikasi bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor yakni: Perilaku, Lingkungan, Pelayanan kesehatan dan Keturunan. Faktor Perilaku dan Faktor Lingkungan memegang peran lebih dari 75% dari kondisi derajat kesehatan masyarakat. Perbaikan lingkungan dan

perubahan perilaku kearah yang lebih sehat perlu dilakukan secara sistematis dan terencana oleh semua komponen bangsa, untuk itu GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT (GERMAS) menjadi sebuah pilihan dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik. Gerakan ini perlu digaungkan kembali sebagai salah satu perwujudan dari revolusi mental yang dicanangkan oleh Bapak Presiden, oleh karenanya perlu disusun panduan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat yang dapat dijadikan acuan bagi semua pimpinan daerah, pimpinan institusi pemerintah dan masyarakat, perguruan tinggi dan dunia usaha untuk mengawali dan melaksanakan kegiatan Germas di lingkup tanggung jawabnya masing-masing.

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Berdasarkan karakteristik sosial masyarakat yang menganggap orang telah tua jika menunjukkan ciri fisik seperti rambut beruban,kerutan kulit, dan hilangnya gigi.Lanjut usia potensial adalah lanjut usia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan jasa.Lanjut usia tidak potensial adalah lanjut usia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.Meningkatnya jumlah penduduk lansia akan menimbulkan permasalahan di berbagai aspek kehidupan lansia, baik secara individu maupun dalam kaitannya dengan keluarga dan masyarakat(Akmadi,2008).

Indonesia termasuk negara berpenduduk struktur tua, karena persentase penduduk lanjut usia yang telah mencapai di atas 7% dari total penduduk. Keadaan ini berkaitan dengan adanya perbaikan kualitas kesehatan dan kondisi sosial ekonomi masyarakat.Struktur penduduk yang menua tersebut, selain merupakan salah satu indikator keberhasilan pencapaian pembangunan manusia secara nasional, sekaligus juga merupakan tantangan dalam pembangunan. Dengan bertambahnya usia, fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat proses degeneratif (penuaan), sehingga penyakit tidak menular banyak muncul pada lanjut usia. Selain itu proses degeneratif menurunkan daya tahan tubuh sehingga rentan terkena infeksi penyakit menular. Angka kesakitan (*morbidity rates*) lanjut usia adalah proporsi penduduk lanjut usia yang mengalami masalah kesehatan

hingga mengganggu aktivitas sehari-hari selama satu bulan terakhir. Menurut Susenas 2014, angka kesakitan penduduk lanjut usia sebesar 25,05% artinya bahwa dari setiap 100 orang lanjut usia terdapat 25 orang di antaranya mengalami sakit. Bila dilihat perkembangannya dari tahun 2005-2014, derajat kesehatan penduduk lanjut usia mengalami peningkatan yang ditandai dengan menurunnya angka kesakitan pada lanjut usia (Badan Pusat Statistik,2014).

Tingginya angka kesakitan di Kecamatan Jenggawah disebabkan karena pola hidup lansia yang tidak sehat yang mengakibatkan rendahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit. Tingginya jumlah penduduk lanjut usia tidak dipengaruhi oleh satu faktor saja, faktor-faktor tersebut meliputi faktor predisposing yang mencakup pengetahuan dan sikap dari lansia, tingkat pendidikan dari lansia, pekerjaan lansia, serta tingkat pendapatan, faktor pemungkin yang mencakup akses terhadap pelayanan kesehatan bagi lansia serta faktor penguat yaitu meliputi faktor dukungan dari keluarga, dukungan dari petugas atau kader posyandu dan dukungan tokoh masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

Kecenderungan pola hidup tidak sehat yang semakin meluas, terutama di perkotaan perlu diantisipasi. Beberapa perilaku hidup tidak sehat di antaranya pola makan tidak teratur, kurangnya asupan sayur dan buah, lebih senang makanan berlemak dan bergaram tinggi, pola tidur tidak teratur, kurang aktivitas fisik, polusi udara yang semakin pekat, berbagai tekanan atau masalah yang memicu stress, serta depresi. Semua itu akan membuat tubuh semakin rentan terhadap penyakit dan dapat mempercepat proses penuaan. Karena itu, agar kondisi tubuh tetap sehat dan bugar pada lansia, sangat bijaksana jika lansia mulai menerapkan pola hidup sehat sedini mungkin (Kurnianto, 2015).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, maka permasalahan dalam penelitian ini adalah “ Bagaimana praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 pada lansia di Puskesmas Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 pada lansia di Puskesmas Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis karakteristik informan menurut umur dan pendidikan
- b. Menganalisis karakteristik informan menurut pengetahuan dan sikap
- c. Menganalisis aktivitas fisik pada lansia.
- d. Menganalisis konsumsi sayur dan buah pada lansia
- e. Menganalisis pemeriksaan kesehatan secara rutin pada lansia

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan tentang menganalisis Praktik GERMAS 2017 (Gerakan Masyarakat Menuju Hidup Sehat) pada lansia di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember, sehingga dapat dijadikan referensi dalam pengembangan khasanah ilmu kesehatan masyarakat khususnya bagi promosi kesehatan ilmu perilaku.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini sebagai salah satu referensi kajian bagi lansia untuk melakukan aktivitas fisik, konsumsi sayur dan buah dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin.
- b. Hasil penelitian ini sebagai salah satu referensi kajian bagi lansia agar lebih mempunyai kesiapan mental dan pengetahuan terhadap penyakit-penyakit yang dialami oleh lansia.
- c. Hasil penelitian ini sebagai salah satu referensi kajian tentang kesehatan lansia dan sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian lebih lanjut.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perilaku Kesehatan

2.1.1 Batasan Perilaku

Dari aspek biologis, perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Manusia sebagai salah satu makhluk hidup mempunyai berbagai macam kegiatan yang sangat beragam, antara lain: berjalan, berbicara, bekerja, menulis dan seterusnya. Berbagai macam kegiatan manusia tersebut secara singkat dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain seperti berjalan, tertawa, dan menyanyi, serta aktivitas yang tidak dapat diamati oleh orang lain seperti berfikir dan berfantasi (Notoadmodjo, 2007).

Menurut Notoadmodjo (2007), merumuskan bahwa perilaku terhadap merupakan respon atau reaksi terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organism, dan kemudian organism tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut. Respon ini berbentuk dua macam, yakni:

1. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Perilaku seseorang dalam bentuk ini bersifat masih terselubung (*covert behaviour*).
2. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Jadi pada saat ini perilaku seseorang sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata dan disebut dengan *overt behavior*.

2.1.2 Domain Perilaku

Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau resultan anatar berbagai factor, baik factor internal

maupun eksternal dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas (Notoatmodjo, 2012).

Benyamin Bloom (Notoatmodjo, 2003) membedakan adanya 3 area, wilayah, ranah atau domain perilaku, yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Dalam Bahasa Indonesia, teori ini terbagi menjadi cipta (kognitif), rasa (afektif) dan karsa (psikomotor). Dalam perkembangan selanjutnya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan menjadi pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan tindakan (*practice*) (Notoatmodjo, 2012).

A. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan kesehatan (*health knowledge*) adalah pengetahuan tentang kesehatan yang mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan. Pengetahuan tentang cara-cara kesehatan ini meliputi pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular, pengetahuan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, pengetahuan tentang pelayanan kesehatan, dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan. Untuk menciptakan perilaku sehat dan meningkatkan pengetahuan kesehatan diperlukan suatu pendidikan kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2012) pengetahuan yang tercakup dalam dominan kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu:

1) Tahu

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang diterima

2) Memahami

Memahami diartikan sebagai sesuatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya)

4) Analisis

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen – komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis

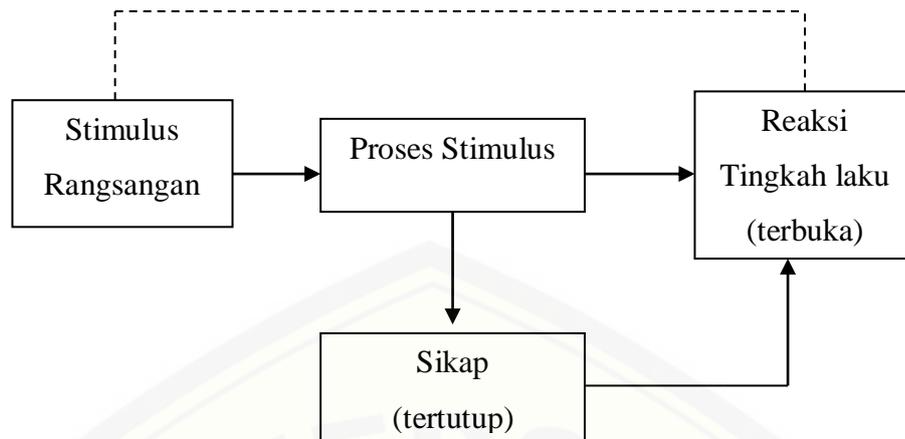
Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

B. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Menurut Newcomb dalam Notoatmodjo (2012:13), sikap merupakan kesiapan atau kesiediaan untuk bertindak. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas yang merupakan suatu reaksi tertutup terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek tersebut. Berikut adalah diagram proses terbentuknya sikap dan reaksi:



Gambar 2.1 Diagram Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi

(Sumber: Notoatmodjo, 2012:15)

Sikap kesehatan (*health attitude*) adalah pendapat atau penilaian terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan. Sikap tentang cara-cara memelihara kesehatan ini sekurang-kurangnya ada 4 variabel meliputi sikap tentang penyakit menular dan tidak menular, sikap faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, sikap tentang pelayanan kesehatan, dan sikap untuk menghindari kecelakaan, baik kecelakaan rumah tangga, kecelakaan lalu lintas dan kecelakaan tempat-tempat umum (Notoatmodjo, 2012).

C. Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap adalah kecenderungan untuk bertindak. Sikap belum tentu secara otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu tindakan diperlukan beberapa faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan, antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Tindakan merupakan respon terhadap rangsangan yang bersifat aktif, dan dapat diamati. Berbeda dengan sikap yang bersifat pasif dan tidak dapat diamati. Untuk mendukung sikap menjadi tindakan selain diperlukan faktor pendukung seperti fasilitas, pihak yang mendukung sangat penting perannya (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Becker (1979) dalam Notoatmodjo (2010:8), perilaku kesehatan dibagi menjadi tiga, yaitu:

a) Perilaku sehat (*healthy behavior*)

Perilaku atau kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, antara lain:

- (1) Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*)
- (2) Kegiatan fisik secara teratur dan cukup.
- (3) Tidak merokok serta meminum minuman keras serta menggunakan narkoba.
- (4) Istirahat yang cukup.
- (5) Pengendalian atau manajemen stress.
- (6) Perilaku atau gaya hidup positif.

b) Perilaku sakit (*Illness behavior*)

Perilaku dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit atau terkena masalah kesehatan pada dirinya atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau untuk mengatasi masalah kesehatan yang lainnya. Tindakan yang muncul pada orang sakit atau anaknya sakit adalah:

- (1) Didiamkan saja, dan tetap menjalankan kegiatan sehari-hari.
- (2) Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*selftreatment*) dengan cara yaitu cara tradisional dan cara modern.
- (3) Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar yakni ke fasilitas pelayanan kesehatan.

c) Perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*)

Becker mengatakan hak dan kewajiban orang yang sedang sakit merupakan perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*). Perilaku peran orang sakit antara lain;

- (1) Tindakan untuk memperoleh kesembuhan.
- (2) Tindakan untuk mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat untuk memperoleh kesembuhan.
- (3) Melakukan kewajibannya sebagai pasien

(4) Tidak melakukan sesuatu yang merugikan bagi prosespenyembuhannya.

(5) Melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakitnya, dan sebagainya

2.2 Praktik

2.2.1 Pengertian Praktik

Pratikum berasal dari kata praktik yang artinya pelaksanaan secara nyata apa yang disebut dalam teori. Sedangkan pratikum adalah bagian dari pengajaran yang bertujuan agar siswa mendapat kesempatan untuk menguji dan melaksanakan di keadaan nyata, apa yang diperoleh dari teori dan pelajaran praktik (Arikunto, Suharsimi, 2006). Melalui praktikum, peserta didik dapat memiliki banyak pengalaman, baik berupa pengamatan langsung atau bahkan melakukan percobaan sendiri dengan objek tertentu. Tidak diragukan lagi bahwa melalui pengalaman langsung (first-hand experiences), peserta didik dapat belajar lebih mudah dibandingkan dengan belajar melalui sumber sekunder, misalnya buku. Hal tersebut sangat sesuai dengan pendapat Bruner yang menyatakan bahwa anak belajar dengan pola inactive melalui perbuatan (learning by doing) akan dapat mentransfer ilmu pengetahuan yang dimilikinya pada berbagai situasi.

2.3 GERMAS 2017 (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat)

2.3.1 Pengertian Germas (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat)

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) merupakan suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. Pelaksanaan GERMAS harus dimulai dari keluarga, karena keluarga adalah bagian terkecil dari masyarakat yang membentuk kepribadian. GERMAS dapat dilakukan dengan cara: Melakukan aktivitas fisik, Mengonsumsi sayur dan buah, Tidak merokok, Tidak mengonsumsi alkohol, Memeriksa kesehatan secara rutin, Membersihkan lingkungan, dan Menggunakan jamban. Pada tahap awal, GERMAS secara nasional dimulai dengan berfokus pada tiga kegiatan, yaitu: 1) Melakukan

aktivitas fisik 30 menit per hari, 2) Mengonsumsi buah dan sayur; dan 3) Memeriksa kesehatan secara rutin. Tiga kegiatan tersebut dapat dimulai dari diri sendiri dan keluarga, dilakukan saat ini juga, dan tidak membutuhkan biaya yang besar, tutur Menkes. GERMAS merupakan gerakan nasional yang diprakarsai oleh Presiden RI yang mengedepankan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif-rehabilitatif dengan melibatkan seluruh komponen bangsa dalam memasyarakatkan paradigma sehat.

Untuk menyukseskan GERMAS, tidak bisa hanya mengandalkan peran sektor kesehatan saja. Peran Kementerian dan Lembaga di sektor lainnya juga turut menentukan, dan ditunjang peran serta seluruh lapisan masyarakat. Mulai dari individu, keluarga, dan masyarakat dalam mempraktekkan pola hidup sehat, akademisi, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, dan organisasi profesi dalam menggerakkan anggotanya untuk berperilaku sehat; serta Pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah dalam menyiapkan sarana dan prasarana pendukung, memantau dan mengevaluasi pelaksanaannya (Kementerian kesehatan Republik Indonesia, 2014).

GERMAS mengajak masyarakat untuk membudayakan hidup sehat, agar mampu mengubah kebiasaan-kebiasaan atau perilaku tidak sehat. Secara khusus, GERMAS diharapkan dapat meningkatkan partisipasi dan peran serta masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan produktivitas masyarakat, dan mengurangi beban biaya kesehatan (Kementerian kesehatan Republik Indonesia, 2014).

2.3.2 Bentuk Kegiatan Gernas

a. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik merupakan kerja fisik yang menyangkut system lokomotor yang bertujuan untuk menjalankan aktivitas hidup sehari-hari. Selain itu dalam pelaksanaannya aktivitas fisik dilakukan minimal 30 menit dalam sehari. Di bawah ini merupakan aktivitas fisik dengan kategori ringan, sedang, dan berat beserta contoh penenerapannya dalam kehidupan sehari-hari:

1) Aktivitas fisik pada anak sekolah

Kegiatan aktivitas fisik pada anak sekolah bertujuan untuk mewujudkan peserta didik yang sehat, bugar, berprestasi melalui Pendidikan dan pembudayaan aktivitas fisik, latihan fisik serta aktivitas fisik yang baik, benar, teratur dan teratur di sekolah.

Adapun bentuk kegiatan di sekolah:

a) GERAK BARISAN

Gerakan yang dapat dilakukan sebelum peserta didik memasuki kelas, disertai lagu.

b) GERAK KAPITEN

Gerakan yang dapat dilaksanakan pada saat pergantian pelajaran disertai lagu yang gembira untuk menghilangkan rasa jenuh atau ngantuk.

c) BERMAIN WAKTU ISTIRAHAT

d) SENAM ANAK BANGSA

Latihan awal pada saat peserta didik aktivitas fisik, yang dipandu oleh guru olahraga.

2) Aktivitas Fisik pada orang dewasa dan usia produktif di tempat kerja

Aktivitas fisik merupakan bagian dari kehidupan setiap orang dewasa maupun pekerja. Untuk meningkatkan kesehatan dan kebugaran perlu dilakukan latihan fisik teratur, yang dapat dilakukan secara perorangan atau berkelompok. Dalam melakukan aktivitas fisik sebaiknya memperhatikan:

a) Latihan fisik sebaiknya dilakukan 150 menit per minggu dengan interval 3-5 kali per minggu

b) Latihan diawali dengan pemanasan latihan inti dan pendinginan

c) Menggunakan sarana dan prasarana yang aman dan nyaman termasuk pakaian olahraga dan alas kaki

3) Aktivitas Fisik pada Lansia

Aktivitas fisik yang bermanfaat untuk kesehatan lansia sebaiknya memenuhi kriteria FITT (frequency, intensity, time, type). Frekuensi adalah

seberapa keras suatu aktivitas dilakukan. Biasanya diklasifikasikan menjadi intensitas rendah, sedang, tinggi. Waktu mengacu pada durasi, seberapa lama suatu aktivitas fisik yang dilakukan.

b. Konsumsi buah dan sayur

Sayuran dan buah-buahan merupakan sumber berbagai vitamin, mineral, dan serat pangan. Sebagian vitamin, mineral yang terkandung dalam sayuran dan buah-buahan berperan sebagai antioksidan atau pengakal senyawa jahat dalam tubuh serta mencegah kerusakan sel. Serta berfungsi untuk memperlancar pencernaan dan dapat menghambat perkembangan sel kanker usus besar. Berbagai kajian menunjukkan bahwa konsumsi sayuran dan buah-buahan yang cukup turut berperan dalam menjaga kenormalan tekanan darah, kadar gula dan kolesterol darah.

Hasil penelitian Riset Kesehatan Dasar (2013) menyatakan, banyak penduduk yang tidak cukup mengonsumsi sayuran dan buah-buahan. Data Riskesdas tahun 2013 menyebutkan, sebanyak 93,5 persen penduduk usia kurang dari 10 tahun mengonsumsi sayur dan buah di bawah anjuran. Padahal, keduanya merupakan salah satu bagian penting dalam mewujudkan gizi seimbang. Batasi konsumsi buah yang manis berlebih dan rendah serat karena buah ada yang mengandung fruktosa dan glukosa yang tinggi. Yang dapat meningkatkan risiko kadar gula dalam darah. Dengan takaran remaja dan orang dewasa sebanyak 400-600 gram setiap hari, sedangkan balita sampai anak usia sekolah, dianjurkan untuk mengonsumsi sayuran dan buah-buahan 300-400 gram perhari. Konsumsi sayur dan buah yang cukup akan menurunkan risiko sulit buang air besar (BAB) dan kegemukan. Hal ini menunjukkan cukup turut berperan dalam pencegahan penyakit tidak meular kronik.

Salah satu sumber bahan pangan yang baik untuk memperoleh zat gizi adalah buah dan sayur (Hardinsyah & Briawan, 1994). Dalam piramida makanan menyebutkan perlunya mengonsumsi buah dan sayur. Menurut Almatier (2004) porsi buah yang dianjurkan sehari untuk orang dewasa adalah sebanyak 200-300 gram atau 2-3 potong sehari sedangkan porsi sayuran dalam bentuk tercampur yang dianjurkan sehari adalah 150-200 gram atau 1 ½ - 2 mangkok sehari.

Mengonsumsi buah dan sayur setiap hari sangat penting karena mengandung vitamin dan mineral yang mengatur pertumbuhan dan pemeliharaan tubuh serta mengandung serat yang tinggi (Departemen Kesehatan, 2008). Asupan serat yang cukup dapat menetralkan kenaikan kadar lemak darah (kolesterol, trigliserida, LDL, HDL), dapat mengangkut asam empedu, selain itu, serat juga dapat mengatur kadar gula darah dan menurunkan tekanan darah.

Dengan bertambahnya usia, khususnya usia di atas 60 tahun, terjadi berbagai perubahan dalam tubuh yaitu mulai menurunnya fungsi berbagai organ dan jaringan tubuh, oleh karenanya berbagai permasalahan gizi dan kesehatan lebih sering muncul pada kelompok usia ini. Perubahan tersebut meliputi antara lain organ pengindra termasuk fungsi penciuman sehingga dapat menurunkan nafsu makan; melemahnya sistem organ pencernaan sehingga saluran pencernaan menjadi lebih sensitif terhadap makanan tertentu dan mengalami sembelit; gangguan pada gigi sehingga mengganggu fungsi mengunyah; melemahnya kerja otot jantung; pada wanita memasuki masa menopause dengan berbagai akibatnya; dan lain-lain. Hal tersebut menyebabkan kelompok usia lanjut lebih rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk terlalu gemuk, terlalu kurus, penyakit hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, osteoporosis, osteoarthritis. Oleh karena itu kebutuhan zat gizi pada kelompok usia lanjut agak berbeda pada kelompok dewasa, sehingga pola konsumsi agak berbeda, misalnya membatasi konsumsi gula, garam dan minyak, makanan berlemak dan tinggi purin. Mengonsumsi sayuran dan buah-buahan dalam jumlah yang cukup. (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Dirjen Kementerian Pertanian, Ahmad Dimiyati mengungkapkan konsumsi masyarakat Indonesia terhadap produk hortikultura khususnya buah dan sayuran masih di bawah standar konsumsi yang direkomendasikan (*Food and Agriculture Organization*) (Sarasaty, 2011). Data Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization*) menyebutkan bahwa konsumsi buah dan sayur penduduk Indonesia 2.5 porsi per hari dan dalam setahun hanya mencapai 34.55 kg/kapita/tahun. (*Food Agriculture Organization*) menyatakan konsumsi buah dan sayur harus mencapai 73 kg/kapita/tahun dan standar kecukupan sehat 91,25

kg/kapita/setahun (Kurmala, 2013). Selain faktor budaya, rendahnya konsumsi sayuran dikarenakan belum munculnya kesadaran yang masif di masyarakat untuk megkonsumsi sayuran agar menyehatkan tubuh. Menu utama penduduk indonesia masih didominasi nasi (Sarasaty, 2011). Sesuai dengan Suhardjo (2006) bahwa sistem sosial, ekonomi, politik dalam suatu negara merupakan salah satu penyebab mendasar yang mempengaruhi perilaku konsumsi di masyarakat.

c. Pemeriksaan Berkala

Pemeriksaan berkala dilakukan 6 bulan sekali, hal-hal yang dapat dicek pada pemeriksaan berkala meliputi diabetes mellitus/kencing manis, hipertensi/darah tinggi, kelainan lemak darah, penyakit darah (anemia, kanker darah), penyakit hati (hepatitis, sirosis, kanker hati), penyakit ginjal (kebocoran ginjal, gagal ginjal), penyakit rematik/asam urat, penyakit paru, dan penyakit jantung koroner.

Kegiatan Pemeriksaan kesehatan secara berkala secara rutin sebagai upaya pencegahan yang harus dilakukan oleh setiap penduduk usia >15 tahun keatas untuk mendeteksi secara dini adanya factor resiko perilaku yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit jantung, kanker, diabetes dan penyakit paru-paru kronis, gangguan indera serta gangguan mental (Kemenkes RI, 2014).

2.4 Lanjut Usia

2.4.1 Pengertian Lanjut Usia

Menurut UU Kesehatan No 23 tahun 1992, lansia adalah seseorang yang karena usianya mengalami perubahan biologis, fisik, dan sosial. Batasan usia lanjut menurut WHO, yaitu usia lanjut (*elderly*) ialah kelompok usia 60 – 74 tahun, usia lanjut tua (*old*) ialah kelompok usia 75 – 90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) ialah kelompok usia di atas 90 tahun. Sedangkan batasan usia lanjut menurut Subhankandir yaitu *Young old* ialah usia 70 – 75 tahun, *Old* ialah usia 75 – 80 tahun, *Very old* ialah usia lebih dari 80 tahun. Menurut Malik, tahapan usia lanjut dibagi menjadi tiga subtahap yaitu tahap awal tua ialah usia 53 – 63 tahun, tahap pertengahan ialah usia 65 – 70 tahun, dan tahap tua akhir ialah usia 70 tahun

ke atas (Adriani dan Wirjatmadi, 2012:35). Menurut Undang-undang no. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia, yang dimaksud dengan lansia adalah penduduk yang telah mencapai 60 tahun keatas. Berdasarkan penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa batasan umur lansia dimulai dari 60 tahun keatas.

Berdasarkan defenisi secara umum, seseorang dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun keatas (Effendi dan Makhfudli, 2009:12). Menurut organisasi kesehatan dunia, WHO seseorang disebut lanjut usia (*elderly*) jika berumur 60-74 tahun. Menurut Prof. DR. Ny. Sumiati Ahmad Mohammad, Guru Besar Universitas Gadjah Mada Fakultas Kedokteran usia 65 tahun keatas disebut masa lanjut usia atau senium. Menurut Dra. Ny. Jos Masdani (psikologi dari Universitas Indonesia), lanjut usia merupakan kelanjutan usia dewasa antara usia 65 tahun hingga tutup usia. Menurut Prof. DR. Koesoemanto Setyonegoro, lanjut usia dikelompokkan menjadi tiga yaitu usia 70-75 tahun (*young old*); usia 75-80 tahun (*old*); usia lebih dari 80 tahun (*very old*). Kesimpulan dari pembagaaian umur menurut beberapa ahli, bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun keatas (Nugroho, 2008).

Usia tua adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang yaitu suatu periode di mana seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan atau beranjak dari waktu yang penuh dengan manfaat. Usia 60 tahun biasanya dipandang sebagai garis pemisah antara usia madya dan usia lanjut. Manusia yang mulai menjadi tua secara alamiah akan mengalami berbagai perubahan, baik yang menyangkut kondisi fisik maupun mentalnya. Terdapat tiga aspek yang perlu dipertimbangkan untuk membuat suatu batasan penduduk lanjut usia menurut Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional yaitu aspek biologi, aspek ekonomi dan aspek sosial. Secara biologis penduduk lanjut usia adalah penduduk yang mengalami proses penuaan secara terus menerus, yakni ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu semakin rentannya terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini disebabkan terjadinya perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ. Jika ditinjau secara ekonomi, penduduk lanjut usia lebih dipandang sebagai beban dari pada sebagai sumberdaya. Banyak orang beranggapan bahwa kehidupan masa tua tidak

lagi memberikan banyak manfaat, bahkan ada yang sampai beranggapan bahwa kehidupan masa tua, seringkali dipersepsikan secara negatif sebagai beban keluarga dan masyarakat (BKKBN, 2011).

2.4.2 Batasan lanjut usia

Batasan penduduk lansia dapat dilihat dari aspek-aspek biologi, ekonomi, sosial, dan usia atau batasan usia, yaitu (Notoadmodjo, 2007):

a. Aspek Biologi

Penduduk lansia ditinjau dari aspek biologi adalah penduduk yang telah menjalani proses penuaan, dalam arti menurunnya daya tahan fisik yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap serangan berbagai penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini disebabkan seiring meningkatnya usia, sehingga terjadi perubahan dalam struktur dan fungsisel, jaringan, serta sistem organ. Proses penuaan berbeda dengan 'pikun' (*senile dementia*) yaitu perilaku aneh atau sifat pelupa dari seseorang di usia tua. Pikun merupakan akibat dari tidak berfungsinya beberapa organ otak, yang dikenal dengan penyakit Alzheimer.

b. Aspek Ekonomi

Aspek ekonomi menjelaskan bahwa penduduk lansia dipandang lebih sebagai beban daripada potensi sumber daya bagi pembangunan. Warga tua dianggap sebagai warga yang tidak produktif dan hidupnya perlu ditopang oleh generasi yang lebih muda. Bagi penduduk lansia yang masih memasuki lapangan pekerjaan, produktivitasnya sudah menurun dan pendapatannya lebih rendah dibandingkan pekerja usia produktif. Akan tetapi, tidak semua penduduk yang termasuk dalam kelompok umur lansia ini tidak memiliki kualitas dan produktivitas rendah.

c. Aspek Sosial

Aspek sosial dari sudut pandang sosial, penduduk lansia merupakan kelompok sosial tersendiri. Di negara Barat, penduduk

lansia menduduki strata sosial dibawah kaum muda. Di masyarakat tradisional di Asia, penduduk lansiamenduduki kelas sosial yang tinggi yang harus dihormati oleh masyarakat.

d. Aspek Umur

Dari ketiga aspek di atas, pendekatan umur adalah yang palingmemungkinkan untukmendefinisikan penduduk usia lanjut.Batasan usia lanjut didasarkan atas Undang-Undang No.13 Tahun 1998 adalah 60tahun. Namun, berdasarkan pendapat beberapa ahli dalam program kesehatan UsiaLanjut, Departemen Kesehatan membuat pengelompokan seperti di bawah ini(Notoadmodjo, 2007).

1) Kelompok Pertengahan Umur

Kelompok usia dalam masa verilitas, yaitu masa persiapan usia lanjutyang menampakkan keperkasaan fisik dan kematangan jiwa (45-54 tahun).

2) Kelompok Usia Lanjut Dini

Kelompok dalam masa prasenium, yaitu kelompok yang mulai memasukiusia lanjut (55-64 tahun).

3) Kelompok Usia Lanjut

Kelompok dalam masa senium (65 tahun ke atas).

4) Kelompok Usia Lanjut dengan Resiko Tinggi

Kelompok yang berusia lebih dari 70 tahun atau kelompok usia lanjutyang hidup sendiri, terpencil, menderita penyakit berat atau cacat.

Sedangkan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) lanjut usia meliputi(Notoadmodjo, 2007):

- a) Usia pertengahan adalah kelompok usia 45-59 tahun.
- b) Usia lanjut adalah kelompok usia antara 60-70 tahun.
- c) Usia lanjut tua adalah kelompok usia antara 75-90 tahun.

d) Usia sangat tua adalah kelompok usia di atas 90 tahun.

2.4.3 Tipe lanjut usia

Beberapa tipe pada lansia pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fsiik, mental, sosial, dan ekonominya (Nugroho, 2000). Tipe tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri, dengan perubahan xaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memnuhi undangan dan menjadi panutan.

b. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman dan memenuhi undangan.

c. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin, menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak penuntut.

d. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja.

e. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, mider, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh. (Maryam, *dkk*2008).

2.4.4 Hak dan Kewajiban Lanjut Usia

Lanjut usia mempunyai hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Sebagai penghormatan dan penghargaan kepada lanjut usia diberikan hak untuk meningkatkan kesejahteraan sosial yang meliputi :

- a. Pelayanan keagamaan dan mental spiritual;
- b. Pelayanan kesehatan;
- c. Pelayanan kesempatan kerja;

- d. Pelayanan pendidikan dan pelatihan;
- e. Kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana, dan prasarana umum;
- f. Kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum;
- g. Perlindungan sosial;
- h. Bantuan sosial.

Lanjut usia mempunyai kewajiban yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Selain kewajiban sebagaimana dimaksud, sesuai dengan peran dan fungsinya, lanjut usia juga berkewajiban untuk :

1. Membimbing dan memberi nasihat secara arif dan bijaksana berdasarkan pengetahuan dan pengalamannya, terutama di lingkungan keluarganya dalam rangka menjaga martabat dan meningkatkan kesejahteraannya;
2. mengamalkan dan mentransfer ilmu pengetahuan, keahlian, keterampilan, kemampuan dan pengalaman yang dimilikinya kepada generasi penerus;
3. memberikan keteladanan dalam segala aspek kehidupan kepada generasi penerus.

2.4.5 Konsep Lanjut Usia

Menurut Undang-Undang 13 tahun 1998 mengenai kesejahteraan lansia, dalam dunia masalah lansia terdapat berbagai konsep tentang istilah dan pengertian lansia yang lebih banyak ditujukan untuk kepentingan konsep yang berhubungan dengan visi dan misi organisasi lembaga yang bersangkutan.

a. Aspek Kesejahteraan

Konsep lansia menurut Undang-Undang Nomor 13 tahun 1998 lebih ditujukan mengenai aspek kesejahteraan sosial yang meliputi perlindungan, dan bantuan sosial, pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial, kesehatan, dan pemberdayaan lansia. Istilah lain yang dilihat dari berbagai aspek, yaitu aspek biologis, kesehatan, ekonomi, gender,

dan demografis. Secara individu, seseorang disebut lansia apabila telah berumur 60 tahun ke atas di negara berkembang; atau 65 tahun ke atas di negara maju. Lansia yang berusia 60 tahun ke atas masih dikelompokkan lagi menjadi (Dinas Sosial Kabupaten Jember, 2012):

- 1) *Young-old* yang berusia 60-69 tahun,
- 2) *Old* yang yang berusia 70-79 tahun, dan
- 3) *Old-old* yang berusia 80 tahun ke atas.

b. Aspek Kesehatan

Dilihat dari aspek kesehatan, seseorang disebut sebagai (Dinas Sosial Kabupaten Jember, 2012):

- 1) Lansia (*Older Person*) jika berusia 60 tahun ke atas.
- 2) Sedang penduduk yang berusia 49-59 tahun disebut pra Lansia.
- 3) Yang berusia 70 tahun ke atas disebut sebagai Lansia berisiko.

c. Aspek Ekonomi

Dilihat dari aspek ekonomi, lansia yang berusia 60 tahun ke atas dikelompokkan menjadi (Dinas Sosial Kabupaten Jember, 2012):

- 1) Lansia yang produktif, yaitu lansia yang sehat, baik dari aspek fisik, mental maupun sosial.
- 2) Lansia yang tidak produktif yaitu lansia yang sehat secara fisik tapi tidak sehat secara aspek mental dan sosial; atau sehat secara mental tetapi tidak sehat dari aspek fisik dan sosial; atau lansia yang tidak sehat baik dari aspek fisik, mental, maupun sosial.

d. Aspek Gender

Dilihat dari aspek gender, diupayakan agar tidak terjadi diskriminasi hak dan kewajiban antara lansia laki-laki dan lansia perempuan baik dalam tatanan kehidupan, kehidupan masyarakat keluarga, maupun dalam kehidupan berbangsa dan bernegara (Dinas Sosial Kabupaten Jember, 2012).

e. Aspek Demografis

Secara demografis, pengelompokan penuaan penduduk dapat dilihat dari beberapa indikator atau ukuran, yaitu angka ketergantungan penduduk lansia atau *dependency ratio* sebuah penduduk disebut sebagai penduduk tua jika *dependency ratio* penduduk tuanya sudah diatas 10%. Dari persentase penduduk lansia, struktur usianya sudah mencapai 7% ke atas. Sedangkan dari umur median penduduk, struktur penduduk disebut sebagai struktur penduduk tua jika umur mediannya 30 tahun ke atas (Dinas Sosial Kabupaten Jember, 2012).

f. Aspek Keperawatan

Sedemikian jauh masih ada pengertian lansia dalam hubungan kesehatan untuk keperluan perawatan, yang membedakan lansia yang masih aktif dan lansia yang pasif adalah (Dinas Sosial Kabupaten Jember, 2012)

- 1) Lansia yang masih aktif adalah lansia yang keadaan fisiknya masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain, sehingga kebutuhan sehari-harinya dapat dilaksanakan sendiri, dan
- 2) Lansia yang pasif adalah lansia yang keadaan fisiknya memerlukan banyak pertolongan orang lain, misalnya karena sakit atau lumpuh. Kemunduran kondisi fisik akibat proses penuaan dapat mempengaruhi ketahanan tubuh terhadap gangguan atau serangan infeksi dari luar. Dalam hubungan ini akan ada perbedaan dalam cara pelayanannya.

g. Aspek Pembinaan Langsung

Di BKKBN dikenal istilah lansia yang menjadi sasaran pembinaan langsung, yaitu (Dinas Sosial Kabupaten Jember, 2012):

Menjelang lansia (45-54 tahun) atau dalam virilitas, di dalam keluarga maupun masyarakat.

- 1) Lansia dalam masa prasenium (55-64 tahun) dalam keluarga, organisasi masyarakat lansia dan masyarakat pada umumnya, dan

2) Lansia dalam masa *senescens* (>65 tahun) dan lansia dengan risiko tinggi (>70 tahun), hidup mandiri, terpencil, hidup dalam panti, penderita penyakit berat, cacat, dan lain-lain.

h. Aspek Sosio Ekonomi

Di Departemen Sosial juga terdapat istilah lansia yang berdasarkan kategori kehidupan sosio-ekonomi dalam aspek fisik/biologis lansia yang memiliki kaitan dengan kebutuhan fisik, yaitu (Dinas Sosial Kabupaten Jember, 2012):

- 1) Lansia tidak terlantar,
- 2) Lansia rawan terlantar, dan
- 3) Lansia terlantar, dalam kehidupan masyarakat perkotaan dan perdesaan.

2.4.6 Teori Biologi Mengenai Penuaan

Proses penuaan dapat dibagi menjadi lima teori biologi mengenai penuaan yaitu:

a. Teori-teori Mikrobiologi

Teori-teori mikrobiologi mengenai penuaan adalah teori yang melihat ke dalam sel-sel tubuh untuk menjelaskan penuaan. Label mikro digunakan karena sel merupakan unit analisis yang sangat kecil.

b. Teori-teori Makrobiologi

Teori-teori makrobiologi mengenai penuaan mempelajari kehidupan pada tingkat analisis yang lebih global dibandingkan sel. Makro mengarah pada sesuatu yang besar dan tingkat analisis yang lebih global (Santrock, 2006).

2.4.7 Perubahan-Perubahan Umum yang Terjadi pada Lanjut Usia

Perubahan fisik terjadi pada usia lanjut dan sebagia perubahan itu terjadi ke arah yang memburuk, proses dan kecepatannya sangat berbeda untuk masing-masing individu walaupun usia mereka sama. Selain itu juga pada bagian-bagian tubuh yang berbeda pada individu yang sama terjadi proses dan kecepatan

kerusakan yang bervariasi. Misalnya, organ reproduksi lebih cepat usang dari organ yang lain :

- a. Perubahan umum penampilan selama usia lanjut yaitu:
 - 1) Daerah kepala :
 - a) Hidung menjulur lemas.
 - b) Bentuk mulut berubah akibat hilangnya gigi atau karena harus memakai gigi palsu.
 - c) Mata kelihatan pudar, tak bercahaya, dan sering mengeluarkan cairan.
 - d) Dagu terlipat dua atau tiga.
 - e) Pipi berkerut, longgar, dan bergelombang.
 - f) Pipi berkerut dan kering, berbintik hitam, banyak tahi lalat, tau ditumbuhi kutil.
 - g) Rambut menipis, berubah menjadi tipis atau abu-abu, dan kaku. Tumbuh rambut halus dalam hidung, telinga, dan pada alis.
 - 2) Daerah tubuh :
 - a) Bahu membungkuk dan tampak mengecil.
 - b) Perut membesar dan membuncit.
 - c) Pinggul tampak mengendor dan lebih lebar dibandingkan waktu sebelumnya.
 - d) Garis pinggang melebar, menjadikan badan tampak seperti terisap.
 - e) Payudara bagi wanita menjadi kendur dan melorot.
 - 3) Daerah persendian :
 - a) Pangkal tangan menjadi kendur dan terasa berat, sedangkan ujung tangan tampak mengeruut.

- b) Kaki menjadi kendor dan pembuluh darah batik menonjol, terutama yang ada disekitar pergelangan kaki.
- c) Tangan menjadi kurus kering dan pembuluh vena disepanjang bagian belakang tangan menonjol.
- d) Kaki membesar karena otot-otot mengendor, timbul benjolan-benjolan, ibu jari kaki membengkak, dan bisa meradang serta sering timbul kelosis.
- e) Kuku tangan dan kaki menebal, mengeras, dan mengapur.

4) Perubahan umum fungsi inderawi pada usia lanjut

a) Penglihatan :

Ada penurunan yang konsisten dalam, kemampuan melihat objek dalam penerangan rendah dan menurunnya sensitivitas terhadap warna. Orang berusia lanjut umumnya menderita presbyopi atau tidak dapat melihat jarak jauh dengan jelas.

b) Pendengaran

Orang berusia lanjut kehilangan kemampuan mendengar bunyi nada yang sangat tinggi, sebagai akibat berhentinya pertumbuhan syaraf dan berakhirnya pertumbuhan organ basal yang mengakibatkan matinya rumah siput di dalam telinga.

c) Perasa

Perubahan penting dalam alat perasa pada lanjut usia adalah sebagai akibat berhentinya pertumbuhan tunas perasa yang terletak di lidah dan di permukaan bagian dalam pipi.

d) Penciuman

Daya penciuman menjadi kurang tajam sejalan dengan bertambahnya usia, sebagian disebabkan pertumbuhan sel dalam

hidung berhenti dan sebagian lagi disebabkan semakin lebatnya bulu rambut di lubang hidung.

e) Peraba

Karena kulit menjadi semakin kering dan keras, maka indra peraba dikulit semakin kurang peka.

f) Sensitivitas terhadap rasa sakit

Menurunnya ketahanan terhadap sakit untuk setiap bagian tubuh berbeda. Bagian tubuh yang ketahanannya sangat menurun antara lain adalah dibagian dahi dan tangan, sedangkan pada kaki tidak seburuk kedua organ tersebut.

b. Perubahan umum fungsi motorik pada usia lanjut

1) Kekuatan

Penurunan kekuatan paling nyata adalah pada kelenturan otot-otot tangan bagian depan dan otot-otot penopang tegaknya tubuh.

2) Kecepatan

Penurunan kecepatan dalam bergerak bagi usia lanjut dapat dilihat dari terterhadap waktu reaksi dan keterampilan dalam bergerak, seperti dalam menulis tangan.

3) Belajar Keterampilan baru

Mereka lebih lambat dalam belajar hal baru dibandingkan orang yang lebih muda dan hasil akhirnya cenderung kurang memuaskan.

4) Kekakuan

Orang usia lanjut cenderung menjadi canggung dan kagok, yang menyebabkan

Sesuatu yang dibawa dan dipegangnya tertumpah dan jatuh dan melakukan sesuatu dengan tidak hati – hati, dan dikerjakan secara tidak teratur. Perubahan mental pada usia lanjut

c. Perubahan mental pada Lansia meliputi penurunan hal-hal berikut :

- 1) Belajar
- 2) Berpikir dalam memberi argumentasi
- 3) Kreativitas
- 4) Ingatan
- 5) Mengingat kembali
- 6) Mengenang
- 7) Rasa Humor
- 8) Pembendaharaan kata
- 9) Kekerasan mental

2.4.8 Fisik pada Lanjut Usia

Usia lanjut membawa penurunan fisik yang lebih besar dibandingkan periode-periode usia sebelumnya. Lansia akan mencatat rentetan perubahan-perubahan dalam penurunan fisik yang terkait dengan penuaan, dengan penekanan pentingnya perkembangan-perkembangan baru dalam penelitian proses penuaan yang mencatat bahwa kekuatan tubuh perlahan-lahan menurun dan hilangnya fungsi kadangkala dapat diperbaiki (Siti Bandiyah, 2009:20).

a. Otak dan Sistem Syaraf

Lansia kehilangan sejumlah neuron, unit-unit sel dasar dari sistem syaraf. Beberapa peneliti memperkirakan kehilangan itu mungkin sampai 50% selama tahun-tahun dewasa, walaupun peneliti lain percaya bahwa kehilangan itu lebih sedikit dan bahwa penyelidikan yang tepat terhadap hilangnya neuron belum dibuat di otak manusia. Aspek yang signifikan dari proses penuaan adalah bahwa neuron-neuron itu tidak mengganti dirinya sendiri. Otak dapat cepat sembuh dan memperbaiki kemampuannya, hanya kehilangan sebagian kecil dari kemampuannya untuk berfungsi di masa dewasa akhir atau lansia.

b. Perkembangan Sensori

Perubahan sensori fisik pada masa dewasa akhir atau lansia melibatkan indera penglihatan, indera pendengaran, indera perasa, indera pembau, dan indera peraba. Masa lansia, penurunan indera penglihatan,

yang bagi sebagian besar dari lansia dimulai pada awal masa dewasa tengah, menjadi lebih jelas. Adaptasi terhadap gelap menjadi lebih lambat, yang berarti bahwa orang-orang lansia membutuhkan waktu yang lama untuk memulihkan kembali penglihatan mereka ketika keluar dari ruang-ruang yang agak gelap. Daerah medan visual menjadi sangat kecil, yang menunjukkan bahwa intensitas stimulus di sekeliling medan visual butuh ditingkatkan jika stimulus ingin terlihat. Peristiwa-peristiwa yang jauh dari pusat medan visual tidak dapat dideteksi. Penurunan penglihatan ini biasanya dapat dirunut dari pengurangan dalam kualitas dan intensitas cahaya yang mencapai retina. Puncak usia tua, perubahan ini mungkin disertai oleh perubahan-perubahan kemunduran dalam retina, menyebabkan beberapa kesulitan dalam penglihatan.

Kerusakan pendengaran dapat mulai terjadi pada masa dewasa tengah, hal ini biasanya tidak menimbulkan banyak kesulitan sampai masa dewasa akhir atau lansia. Permasalahan pendengaran mungkin diperbaiki dengan alat-alat bantu pendengaran. Lansia hanya 19% dari orang-orang yang berusia antara 45-54 tahun mengalami berbagai jenis permasalahan pendengaran, tetapi dari usia 75-79 tahun, gambarannya telah mencapai 75%. Sudah dapat diperkirakan bahwa 15% dari populasi di atas usia 65 tahun sebenarnya tuli, biasanya disebabkan oleh kemunduran selaput telinga (*cochlea*), syaraf penerima utama untuk pendengaran di dalam telinga. Memakai 2 alat bantu pendengaran yang seimbang untuk memperbaiki setiap pasang telinga seringkali dapat membantu gangguan pendengaran pada orang-orang lansia.

Lansia tidak hanya mengalami penurunan dalam penglihatan dan pendengaran sebagai orang lansia, tetapi lansia juga menjadi kurang peka terhadap rasa dan bau. Kepekaan terhadap rasa pahit dan masam bertahan lebih lama dibandingkan kepekaan terhadap rasa manis dan asin. Bagaimanapun, orang-orang dewasa lansia yang sehat, terjadi lebih sedikit penurunan dalam kepekaan terhadap rasa dan bau dibandingkan pada mereka yang tidak sehat. Kehilangan sebuah kepekaan inderawi saat usia

lanjut mungkin menguntungkan. Orang-orang dewasa lanjut kurang peka terhadap rasa sakit dan kurang mengalami penderitaan jika dibandingkan dengan orang-orang dewasa muda. Tentu saja, walaupun penurunan kepekaan terhadap rasa sakit dapat membantu orang lansia untuk mengatasi penyakit dan luka, hal ini dapat menjadi berbahaya jika menyembunyikan luka-luka dan penyakit yang membutuhkan suatu perawatan.

c. Sistem Peredaran Darah

Tidak lama berselang ada kepercayaan bahwa keluaran dari jantung (jumlah darah yang dipompa jantung) menurun seiring dengan bertambahnya usia sekalipun pada orang-orang dewasa yang sehat. Bagaimanapun, lansia sekarang mengetahui bahwa ketika sakit jantung tidak muncul, jumlah darah yang dipompa sama tanpa mempertimbangkan usia-usia orang dewasa. Kenyataannya, beberapa ahli penuaan berpendapat bahwa jantung yang sehat dapat menjadi lebih kuat selama lansia menua melewati masa-masa dewasa dengan kapasitas yang meningkat, bukan menurun.

d. Sistem Pernafasan

Kapasitas paru-paru menurun antara usia 20 sampai 80 tahun, sekalipun tanpa penyakit. Paru-paru kehilangan elastisitasnya, dada menyusut, dan diafragma melemah. Meskipun begitu, berita baiknya adalah bahwa orang-orang lansia dapat memperbaiki fungsi paru-paru dengan latihan-latihan memperkuat diafragma

e. Seksualitas

Penuaan menyebabkan beberapa perubahan dalam kemampuan seksualitas manusia, lebih banyak pada laki-laki dari pada wanita. Orgasme menjadi lebih jarang pada laki-laki, terjadi setiap 2 sampai 3 kali hubungan seksual bukan setiap kali. Rangsangan yang lebih langsung biasanya dibutuhkan untuk ereksi. Sekalipun hubungan seksual terganggu oleh kelemahan, relasi lainnya harus bertahan, diantaranya kedekatan, sensualitas, dan dinilai sebagai seorang laki-laki atau seorang wanita. terapi

untuk orang-orang lansia yang mengeluhkan kesulitan-kesulitan seksual ternyata efektif. Di dalam suatu penelitian, pendidikan seks yang sebagian berisi informasi sederhana mengenai seks dapat meningkatkan perhatian, pengetahuan, dan aktivitas seksual pada orang lansia .

2.4.9 Masalah Lanjut Usia

Mudah jatuh merupakan masalah yang sering terjadi pada lansia. Penyebabnya multi-faktor. Banyak yang berperan di dalamnya, baik faktor intrinsik misalnya gangguan gaya berjalan, kelemahan otot ekstremitas bawah, kekakuan sendi dan pusing. Untuk faktor ekstrinsik, misalnya lantai yang licin, tersandung benda, penglihatan yang kurang karena cahaya yang kurang terang dan sebagainya (Siti Bandiyah, 2009:37).

Gangguan pendengaran adalah salah satu masalah kesehatan yang umum dijumpai pada lansia. Hilangnya pendengaran dapat menyebabkan terjadinya isolasi sosial, depresi dan menarik diri dari aktivitas hidup. Gangguan pendengaran individu meliputi tuli, kehilangan pendengaran berat ataupun kehilangan pendengaran parsial yang semuanya dapat menyebabkan sulitnya berkomunikasi, walaupun beberapa fungsi pendengaran masih baik. Beberapa orang dengan gangguan pendengaran dapat mengalami keterbatasan dalam kebebasannya dan menderita penurunan kualitas hidup .

Masalah yang dihadapi para lansia dapat ditinjau dari berbagai sudut pandangan dan dari berbagai aspek kehidupan. Terutama masalah yang lebih banyak menyangkut kesejahteraan hidup lansia. Faktor-faktor yang banyak mempengaruhi masalah lansia antara lain ialah faktor pemerintah, swasta, sosial-budaya, industrialisasi, ekonomi, dan keuangan. Masalah yang dihadapi oleh lansia adalah proses penuaan. Proses penuaan akan terjadi dan dialami oleh setiap manusia. Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan – lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi . Ini merupakan proses yang terus – menerus berkelanjutan secara alami. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup (Siti Bandiya, 2009:13)

2.4.10 Pesan Gizi Untuk Lanjut Usia

a. Banyak makan sayuran dan cukup buah-buahan Secara umum sayur dan buah merupakan sumber berbagai vitamin, mineral, dan serat pangan. Sebagian vitamin, mineral yang terkandung dalam sayur dan buah berperan sebagai antioksidan atau penangkal senyawa jahat dalam tubuh. Berbeda dengan sayur, buah juga menyediakan karbohidrat terutama berupa fruktosa dan glukosa. Sayur tertentu juga menyediakan karbohidrat, seperti wortel dan kentang sayur. Sementara buah tertentu juga menyediakan lemak tidak jenuh seperti buah alpukat dan buah merah. Oleh karena itu konsumsi sayuran dan buah-buahan salah satu bagian penting dalam mewujudkan gizi seimbang. (Kementrian Kesehatan RI,2014).

Berbagai kajian menunjukkan bahwa konsumsi sayur dan buah yang cukup turut berperan dalam menjaga kenormalan tekanan darah, kadar gula dan kolesterol darah. mengendalikan tekanan darah. Konsumsi sayur dan buah yang cukup juga menurunkan risiko sulit buang air besar (BAB/Sembelit) dan kegemukan. Hal ini menunjukkan bahwa konsumsi sayuran dan buah-buahan yang cukup turut berperan dalam pencegahan penyakit tidak menular kronik. Konsumsi sayur dan buah yang cukup merupakan salah satu indikator sederhana gizi seimbang. Semakin matang buah yang mengandung karbohidrat semakin tinggi kandungan fruktosa dan glukosanya, yang dicirikan oleh rasa yang semakin manis. Dalam budaya makan masyarakat perkotaan Indonesia saat ini, semakin dikenal minuman jus bergula. Dalam segelas jus buah bergula mengandung 150-300 Kalori yang sekitar separohnya dari gula yang ditambahkan.Selain itu beberapa jenis buah juga meningkatkan risiko kembung dan asam urat. Oleh karena itu konsumsi buah matang dan minuman jus bergula perlu dibatasi agar turut mengendalikn kadar gula darah.(Kementrian Kesehatan RI,2014).

b. Biasakan mengonsumsi makanan sumber kalsium seperti ikan dan susu Kepadatan tulang usia lanjut mulai berkurang sehingga beresiko mengalami pengeroposan tulang/osteoporosis. Selain itu sistim gigi geligi

tidak sempurna dan rapuh sehingga untuk mencegah kondisi yang lebih parah dianjurkan untuk mengonsumsi pangan sumber kalsium terutama dari ikan dan susu. (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

c. Biasakan mengonsumsi makanan berserat Serat pangan sangat diperlukan oleh usia lanjut agar tidak mengalami sembelit sehingga buang air besar menjadi lancar. Serat pangan akan menghambat penyerapan gula dan kolesterol sehingga membantu meningkatkan kesehatan usia lanjut. Usia lanjut dianjurkan untuk mengonsumsi sumber karbohidrat yang masih banyak mengandung serat (*whole grains*) dan mengonsumsi sayuran yang banyak mengandung serat pangan. (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

d. . Batasi mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi natrium. Natrium merupakan elektrolit dalam tubuh yang mempunyai peran yang sangat penting, namun apabila jumlah natrium dalam tubuh meningkat akan mengakibatkan kondisi yang disebut hipernatriumia. Pada kondisi tersebut akan terjadi ketidakseimbangan elektrolit di dalam dan di luar sel yang akan mengakibatkan oedema. Oleh karena itu kelompok usia lanjut harus berusaha mempertahankan kondisi natrium darah tetap normal dengan cara mengonsumsi air sesuai dengan kebutuhan dan mengonsumsi makanan yang rendah natrium. Kadar natrium yang tinggi akan memicu terjadinya hipertensi. (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

e. Minumlah air putih sesuai kebutuhan Sistem hidrasi pada usia lanjut sudah menurun sehingga kurang sensitif terhadap kekurangan maupun kelebihan cairan. Akibat dehidrasi pada usia lanjut adalah demensia, mudah lupa, kandungannya Natrium darah menjadi naik sehingga berisiko terjadi hipertensi. Sebaliknya bila kelebihan cairan akan meningkatkan beban jantung dan ginjal. Oleh karena itu kelompok usia lanjut perlu air minum yang cukup (1500-1600ml/hari). (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

f. Tetap melakukan aktivitas fisik Sel-sel otot pada usia muda mempunyai kelenturan yang optimal dan mulai menurun pada usia lanjut. Kontraksi dan relaksasi otot menjadi berkurang akibatnya usia lanjut sering mengalami kekakuan otot. Oleh karena itu sangat dianjurkan untuk

melakukan aktivitas fisik yang ringan seperti berjalan-jalan, bersepeda, berkebun dan melakukan olah raga ringan seperti yoga, senam usia lanjut yang berfungsi membantu kelenturan otot dan relaksasi otot. Aktivitas fisik yang dilakukan usia lanjut akan menambah kesehatan jantung dan kebugaran tubuh. (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

g. Batasi konsumsi gula, garam dan lemak Banyak mengonsumsi makanan berkadar gula, garam, lemak bagi kelompok usia lanjut meningkatkan risiko terhadap timbulnya penyakit seperti hipertensi, stroke, penyakit jantung, kanker dan penyakit kencing manis (diabetes melitus). Usia lanjut berisiko mengalami gout (tinggi asam urat) oleh karena itu, konsumsi pangan dengan kandungan purin tinggi seperti jeroan dan emping melinjo agar dibatasi. (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

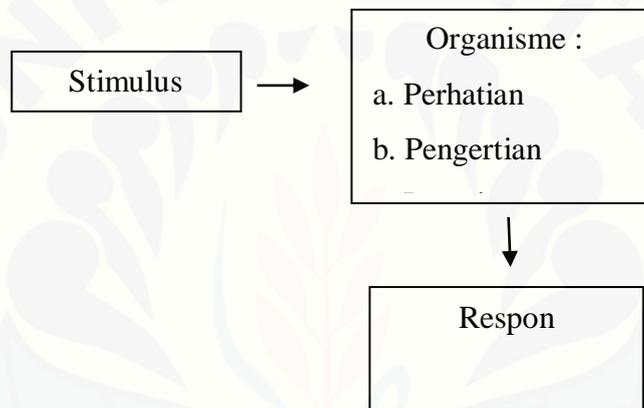
2.5 Teori *Stimulus-Organisme-Respon (S-O-R)*

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung pada kualitas rangsang (*stimulus*) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya, kualitas dari sumber komunikasi (*source*) misalnya, kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat. Proses perubahan perilaku pada hakikatnya menurut Notoatmodjo (2012) adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

1. Stimulus (rangsang) yang diberikan pada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif mempengaruhi perhatian individu dan berhenti disini. Akan tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.
2. Apabila stimulus telah mendapat perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
3. Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiapan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).

4. Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu (perubahan perilaku).

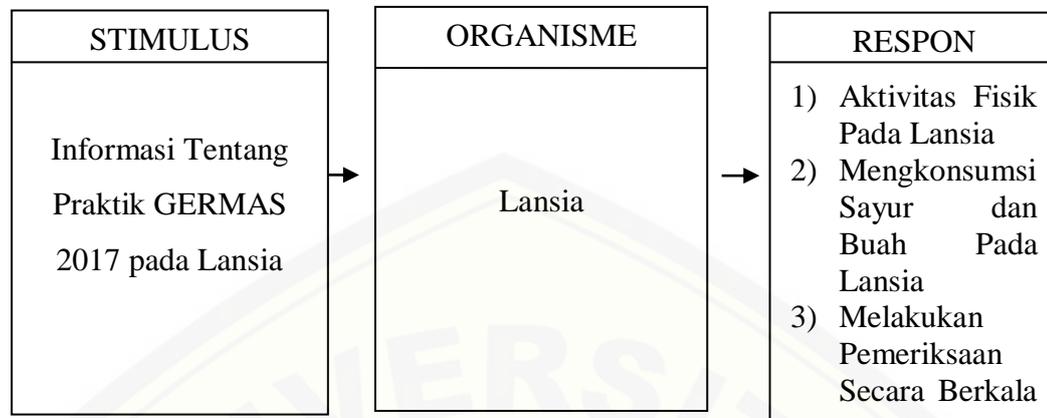
Selanjutnya teori ini mengartikan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme ini faktor *reinforcement* memegang peranan penting



Gambar 2.2 Contoh Teori S-O-R

Stimulus atau pesan yang disampaikan kepada komunikan mungkin diterima atau mungkin ditolak. Komunikasi akan berlangsung jika ada perhatian dari komunikan. Proses berikutnya komunikan mengerti. Kemampuan komunikan inilah yang melanjutkan proses berikutnya. Setelah komunikan mengolahnya dan menerimanya, maka terjadilah kesediaan untuk mengubah sikap. Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung pada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat.

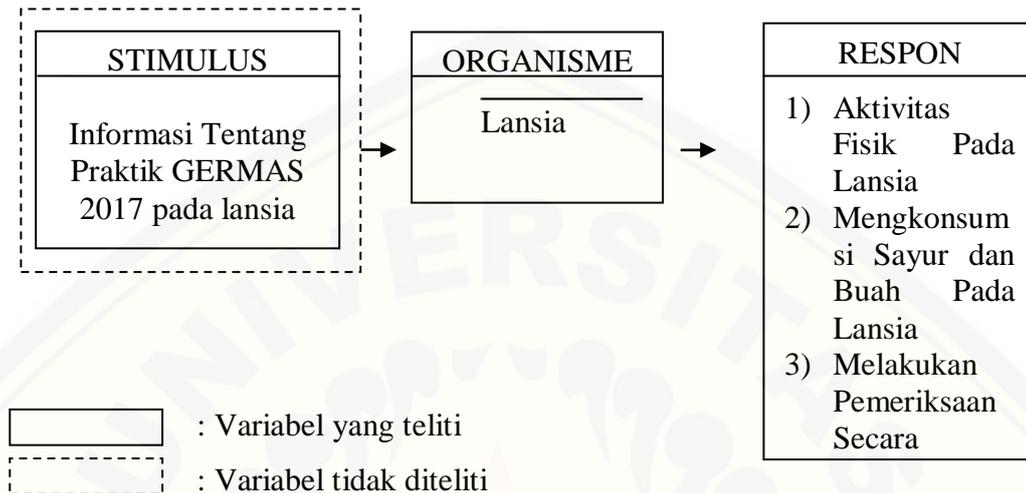
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori Berdasarkan Teori S-O-R(Notoatmodjo,2007:77)

2.7 Kerangka Konseptual

Berdasarkan latar belakang masalah dan tujuan penelitian, maka yang menjadi variabel dalam penelitian ini adalah :



Gambar2.3 Kerangka Konseptual Penelitian

BAB 3 . METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Metode penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Masalah yang layak diteliti dengan menggunakan metode deskriptif adalah masalah yang dewasa ini sedang dihadapi, khususnya di bidang pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif. Menurut Sugiyono, (2009), penelitian kualitatif adalah penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci yang ingin memahami suatu keadaan sosial secara lebih mendalam. Pengamatan yang dilakukan berhubungan dengan fenomena kehidupan sehari-hari dengan menggunakan bahasa, istilah dan latar tempat berlangsungnya fenomena.

Penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian, misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan memanfaatkan metode alamiah (Moloeng, 2010) dalam Hardiansyah (2010:9). Penelitian ini digunakan untuk menggambarkan Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 pada Lansia di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian Praktik GERMAS 2017 (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) pada Lansia di Desa Jenggawah Kabupaten Jember dilakukan pada bulan Oktober sampai dengan Desember 2017

3.3. Sasaran dan Penentuan Informan Penelitian

3.3.1 Sasaran Penelitian

Sasaran penelitian menurut Notoatmodjo (2005) adalah sebagian atau seluruh anggota yang diambil dari seluruh objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sasaran penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lansia yang sehat serta tinggal bersama keluarga dan berdomisili di Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

3.3.2 Penentuan Informan penelitian

Informan adalah orang dalam latar penelitian. Fungsinya sebagai orang yang memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Informan penelitian adalah orang dalam latar penelitian. Informan dalam penelitian ini meliputi beberapa macam antara lain (Suryanto, 2007:38):

- a. Informan kunci (*key informan*) yaitu mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci dalam penelitian ini adalah Bidan Puskesmas Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Pada penelitian ini yang menjadi informan utama adalah Lansia
- c. Informan tambahan adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan tambahan dalam penelitian ini adalah keluarga

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Peneliti menggunakan *purposive sampling* untuk meningkatkan kegunaan informasi yang diperoleh dari sampel yang sedikit. Jumlah informan pada penelitian ini didasarkan pada kejenuhan data. Artinya ketika data yang telah dikumpulkan antara satu informan dengan informan yang lain ternyata tidak berbeda, maka informan penelitian dianggap sudah cukup. Menurut Bungin (2012:219) menyatakan bahwa kejenuhan data adalah titik dalam pengumpulan data saat saat data baru tidak lagi membawa wawasan tambahan untuk pertanyaan penelitian.

Kriteria Inklusi informan utama dalam penelitian adalah:

- a. Keluarga yang memiliki lansia di Kecamatan Jenggawah
- b. Lansia yang sehat di Kecamatan Jenggawah



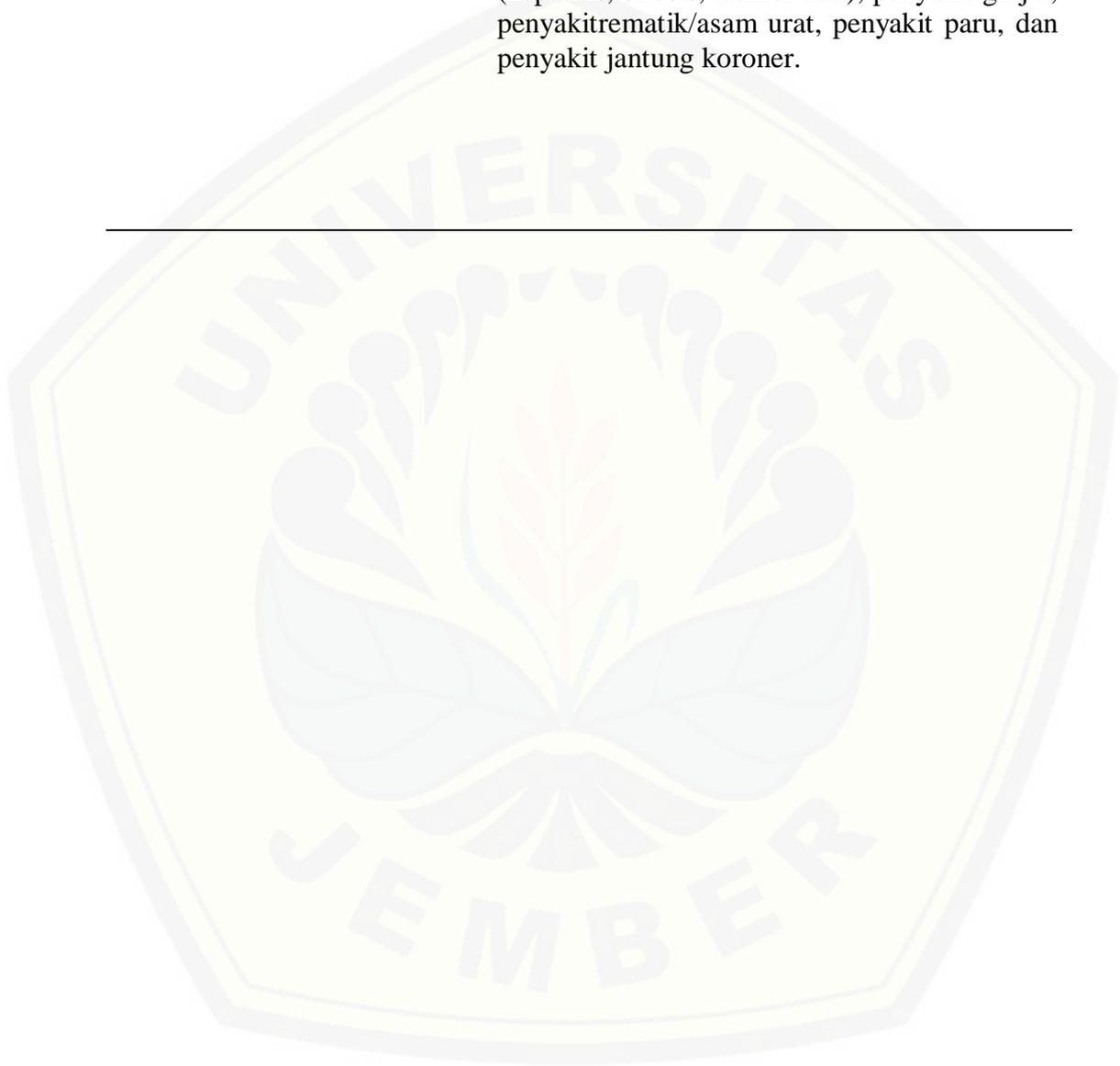
3.4 Fokus Penelitian

Terdapat fokus penelitian dan beberapa pengertian dalam penelitian tentang Praktik GERMAS 2017 (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) pada Lansia di Desa Jenggawah Kabupaten Jember di Desa Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember, yaitu:

Tabel 3.1 Fokus Penelitian

No.	Fokus Penelitian	Pengertian
1.	Karakteristik informan	
	Umur	Umur merupakan usia informan saat diwawancarai
	Jenis kelamin	Ciri-ciri fisik dan biologis yang dimiliki informan sebagai bagian dari identitasnya yaitu laki-laki dan perempuan.
	Pendidikan	Pendidikan terakhir informan saat diwawancarai
2.	GERMAS	Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) merupakan suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup
3.	Aktivitas Fisik	Jenis-jenis aktivitas fisik pada Lansia meliputi senam lansia, jalan kaki, penguatan otot, fleksibilitas, dan latihan keseimbangan.
	Konsumsi Sayur dan Buah	Sayuran dan buah-buahan merupakan sumber berbagai vitamin, mineral, dan serat pangan. Sebagian vitamin, mineral yang terkandung dalam sayuran dan buah-buahan berperan sebagai antioksidan senyawa jahat dalam tubuh serta mencegah kerusakan sel.

Pemeriksaan berkala	Pemeriksaan berkala dilakukan 6 bulan sekali, hal-hal yang dapat di cek pada pemeriksaan berkala meliputi diabetes mellitus/kencing manis, hipertensi/darah tinggi, kelainan lemak darah, penyakit darah (anemia, kanker darah), penyakit hati (hepatitis, sirosis, kanker hati), penyakit ginjal, penyakit rematik/asam urat, penyakit paru, dan penyakit jantung koroner.
---------------------	---



3.5 Data dan Sumber Data

a. Data Primer

Sumber data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama, baik dari individu seperti hasil wawancara maupun hasil dari pengisian kuisioner yang dilakukan oleh peneliti (Sugiyono, 2012:225). Data primer dalam penelitian ini diperoleh secara langsung pada sumber data (responden) yaitu dari informan utama, informan kunci dan informan tambahan. Data tersebut diperoleh dengan cara pengamatan dan wawancara mendalam (*indept interview*) pada informan dengan tujuan untuk menggali informasi yang lebih mendalam mengenai Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 pada Lansia di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah dan disajikan. Data sekunder digunakan untuk memberikan gambaran tambahan, pelengkap ataupun proses lebih lanjut (Sugiyono, 2012:225).

3.6 Teknik Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data kualitatif yang paling independen terhadap semua metode pengamatan data dan teknik analisis data adalah metode wawancara mendalam, observasi partisipasi, bahan dokumenter, serta metode-metode yang baru seperti penelusuran bahan internet. Hal ini sesuai dengan pendapat Satori (2009:103) bahwa metode pengumpulan data erat kaitannya dengan masalah penelitian, jurnal ilmiah, artikel ilmiah.

Pengumpulan data merupakan langkah penting dalam penelitian. Pengumpulan data akan berpengaruh pada beberapa tahap berikutnya sampai pada tahap penarikan kesimpulan. Sesuai dengan sifat penelitian kualitatif yang terbuka, mendalam dan fleksibel, maka peneliti menggunakan metode wawancara dalam pengumpulan data. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, antara lain:

a. Wawancara mendalam (*in-depth interview*)

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu.

Wawancara mendalam (*in-depth interview*) adalah wawancara yang dilakukan secara informal. Wawancara ini dilakukan tanpa menggunakan panduan (*guide*) tertentu dan semua pertanyaan bersifat spontan sesuai dengan apa yang dilihat, didengar, dirasakan pada saat pewawancara bersama-sama responden. Data yang diperoleh dari wawancara mendalam ini terdiri dari kutipan langsung dari orang-orang tentang pengalaman, pendapatan, perasaan dan pengetahuannya

b. Observasi

Observasi hakikatnya merupakan kegiatan dengan menggunakan pancaindera, bisa penglihatan, penciuman, pendengaran, untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah penelitian. Hasil observasi berupa aktivitas, kejadian, peristiwa, objek, kondisi atau suasana tertentu, dan perasaan emosi seseorang. Observasi dilakukan untuk memperoleh gambaran riil suatu peristiwa atau kejadian untuk menjawab pertanyaan penelitian (Bungin, 2007).

Observasi dalam penelitian kualitatif ini dilakukan dengan tidak berstruktur, fokus observasi akan berkembang selama kegiatan observasi berlangsung. Observasi tidak terstruktur adalah observasi yang tidak dipersiapkan secara sistematis tentang apa yang diobservasi (Sugiyono, 2010).

c. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode yang dilakukan untuk meningkatkan ketepatan pengamatan. Dokumentasi ini dilakukan untuk merekam pembicaraan dan juga dapat merekam suatu perbuatan yang dilakukan oleh responden pada saat wawancara (Sugiyono, 2012:240). Dokumentasi yang

digunakan dalam penelitian ini adalah berupa rekaman suara, foto informan kunci, informan utama, dan informan tambahan.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian dalam penelitian ini adalah peneliti itu sendiri. Peneliti sebagai human instrumen, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, analisis data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya (Arikunto, 2010:192).

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah panduan wawancara (*interview guide*). Panduan wawancara ini digunakan untuk metode pengumpulan data melalui wawancara mendalam dengan bantuan alat perekam suara (*handphone*), kamera dan alat tulis.

3.7 Validitas dan Realibilitas Data

Menurut Sugiyono (2009:363), dalam penelitian kualitatif, validitas data internal yang dilakukan disebut dengan kredibilitas. Validitas data dalam penelitian ini, dapat dicapai dengan membandingkan informasi keluarga dari lansia dengan melakukan proses triangulasi berupa *indepth interview* pada informan pendukung (*informan cross check*) yaitu lansia.

Mendukung realibilitas data pada penelitian kualitatif dilakukan dependabilitas yang mana dapat dicapai dengan meneliti kedalaman informasi yang diungkapkan informan dengan memberi umpan balik kepada informan sehingga bisa dilihat apakah mereka menganggap penemuan riset tersebut merupakan laporan yang sesuai dengan pengalaman mereka, serta dengan melakukan konsultasi dengan para ahli dan dalam hal ini adalah dosen pembimbing penelitian.

3.8 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.8.1 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2011: 187). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk uraian kata-kata dan kutipan-kutipan langsung

dari informan yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan informan pada saat wawancara. Hasil wawancara yang didapatkan oleh peneliti dikumpulkan dan diupayakan untuk dideskripsikan berdasarkan ungkapan, bahasa tidak formal, dalam susunan kalimat sehari-hari dan pilihan kata atau konsep asli .

3.8.2 Teknik Analisis Data

Analisis data kualitatif adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain (Sugiyono, 2013:244).

Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu wawancara, pengamatan yang sudah dituliskan dalam catatan lapangan, dokumen pribadi, dokumen resmi, gambar, foto, dan sebagainya. Setelah dipelajari, dibaca, dan ditelaah, langkah berikutnya adalah mengadakan reduksi data yang dilakukan dengan jalan melakukan abstraksi. Dimana abstraksi merupakan usaha membuat rangkuman yang inti, proses dan pernyataan-pernyataan yang perlu dijaga sehingga tetap berada di dalamnya. Langkah selanjutnya adalah penyusunan dalam satuan-satuan yang kemudian dikategorisasikan pada langkah berikutnya yaitu koding. Tahap terakhir dari analisis data adalah mengadakan pemeriksaan keabsahan data (Sugiyono, 2012:241).

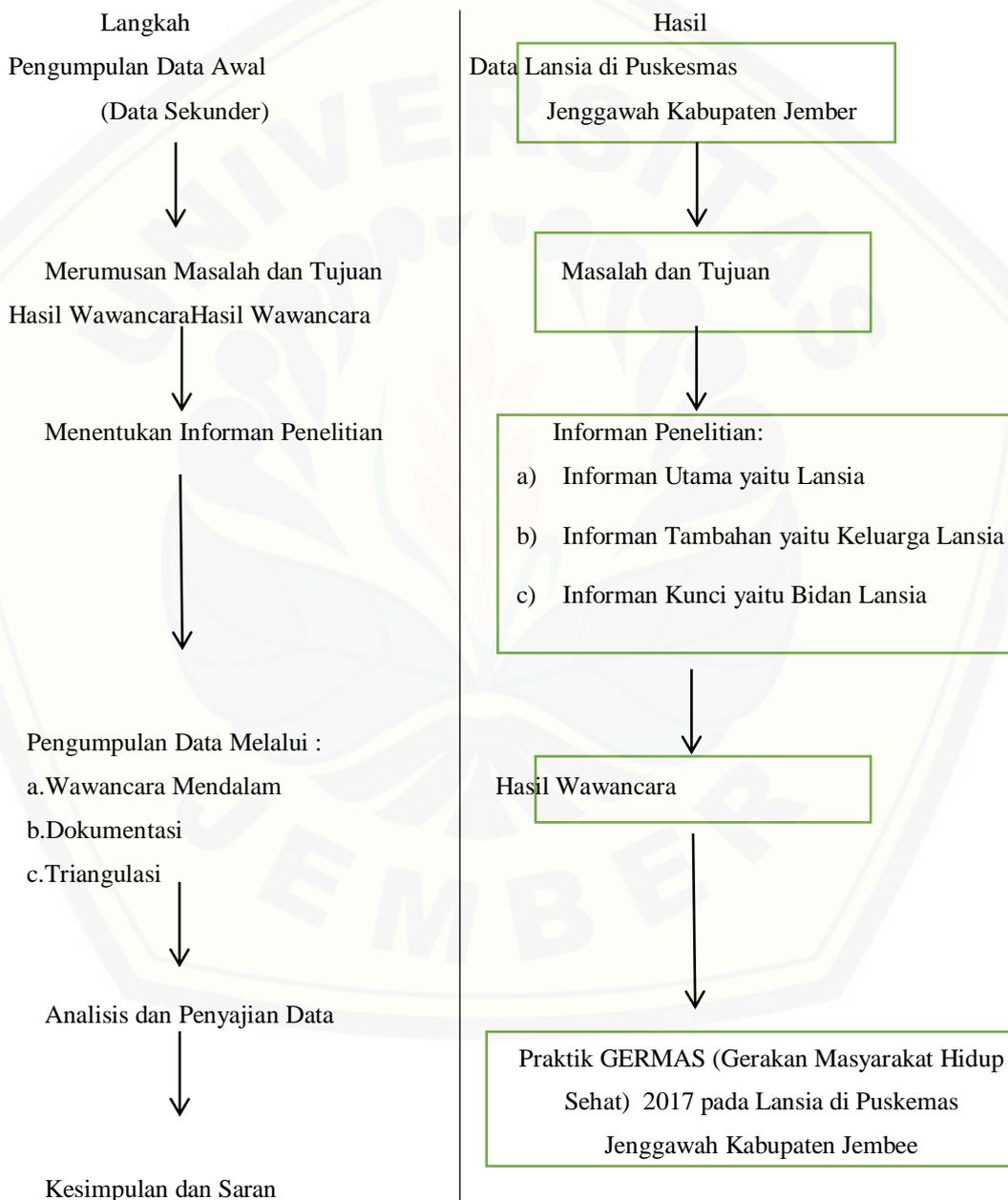
Teknik keabsahan data dalam penelitian ini adalah teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu. Peneliti dapat membandingkan data-data lain yang berasal dari buku-buku, surat kabar, majalah, maupun internet untuk mendapatkan data yang sesuai dengan yang diinginkan dengan menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi dengan sumber, yaitu membandingkan dan mengecek balik derajat

kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif



3.9 Alur Penelitian

Alur penelitian dalam penelitian Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 pada Lansia di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember adalah sebagai berikut



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan hasil penelitian mengenai Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 pada lansia di Puskesmas Kecamatan Jenggawah, Kabupaten Jember.

- a. Lansia yang berada di Kecamatan Jenggawah yang menjadi informan utama penelitian ini berada pada usia 65-79 tahun. Tingkat pendidikan terakhir Lansia sebagian besar adalah SD. Dari tingkat pendidikan yang rendah berkaitan dengan pengetahuan yang rendah. Sebagian besar informan utama tidak mengetahui tentang GERMAS, Praktik GERMAS mengenai Aktivitas fisik, Konsumsi Sayur dan Buah dan Pemeriksaan Secara Berkala.
- b. Praktik GERMAS pada Lansia di Kecamatan Jenggawah masih belum optimal dilaksanakan di Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.
- c. Kurangnya kesadaran pada lansia terkait aktivitas fisik pada lansia di Puskesmas Kecamatan Jenggawah, Kabupaten Jember.
- d. Kurangnya kesadaran pada lansia terkait konsumsi sayur dan buah di Puskesmas Kecamatan Jenggawah, Kabupaten Jember.
- e. Pemeriksaan Berkala di Puskesmas Jenggawah kurang optimal.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 pada lansia di Kecamatan Jenggawah, Kabupaten Jember, maka saran yang dapat diberikan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Bagi Puskesmas Jenggawah Kecamatan Jenggawah, Kabupaten Jember:
 - a. Diharapkan memberikan informasi dan penyuluhan tentang Praktik GERMAS terkait dengan aktivitas fisik, konsumsi sayur dan buah, dan pemeriksaan secara berkala pada lansia.

- b. Memberikan informasi kepada masyarakat umum mengenai tentang Praktik GERMAS terkait dengan aktivitas fisik, konsumsi sayur dan buah, dan pemeriksaan secara berkala melalui kegiatan yang ada di masyarakat, misalnya melalui senam lansia, bazar buah, dan konsultasi gizi, dan mendatangi rumah-rumah lansia untuk melakukan pemeriksaan secara berkala sehingga masyarakat akan lebih meningkatkan kesehatan dan merubah gaya hidup yang lebih baik.
2. Bagi Lansia yaitu untuk melakukan aktivitas fisik, konsumsi sayur dan buah dan melakukan pemeriksaan secara berkala untuk meningkatkan derajat kesehatan dan menuju hidup sehat di usia tua.
3. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat agar dapat memberikan informasi kepada masyarakat tentang Praktik GERMAS terkait dengan Aktivitas Fisik, Konsumsi Sayur dan Buah, dan Pemeriksaan Secara Berkala yang dapat dilakukan dalam kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL).

DAFTAR PUSTAKA

Achmadi. 2010. *Dasar-Dasar Penyakit Berbasis Lingkungan*. Jakarta: PT. Raja Gafindo Persada.

Adriani, M., dan Bambang, W. 2012. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Ahmadi, A. 2008. *Psikologi Belajar Edisi Revisi*. Jakarta: Rhineka Cipta.

Ali, H., dan Zaidin. 2010. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC.

Almatsier, S. 2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT. Gramedia Pustaka Umum. Jakarta.

Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Praktik*. Jakarta: Rhineka Cipta.

Arikunto, S. 2010. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT. Rhineka. Cipta.

Azizah, dan Ma'rifatul, L. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Badan Pusat Statistik. 2005. *Pedoman Pendataan Survei Penduduk Antar Sensus*. Jakarta Pusat : Badan Pusat Statistik.

Badan Pusat Statistik. 2014. *Statistik Penduduk Lanjut Usia Indonesia*. https://www.bappenas.go.id/files/data/Sumber_Daya_Manusia_dan_Kebud

[ayaan/Statistik%20Penduduk%20Lanjut%20Usia%20Indonesia%202014.pdf](#). (Diakses Tanggal 03 Maret 2015).

Bandiyah.2009. *Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta:Nuha Medika.

Bidan Delima 2012.*Gerakan Senam Lansia*.<https://www.bidankudelima.blogspot.com>. (Diakses Tanggal 02 Februari 2007).

Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional 2011. *Evaluasi Pembangunan Kependudukan dan KB BKKBN Jawa Tengah*. Jakarta: Bina Pustaka.

Blum, H. L. 1983. *Expanding Health Horizons: From a General Systems Concept of Health to a National Health Policy*. California: Third Party Publishing Company.

Budiarto, E. 2003. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: EGC.

Bungin, B. 2011.*Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Hipertensi*. Jakarta: Bakti Husada.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Pusat Data dan Informasi* . Jakarta: Bakti Husada.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis*. Rumah Sakit Indonesia. Jakarta: Depkes Republik Indonesia.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta. 2. Kanwil Departemen Kesehatan RI Propinsi Sumatra.

Dewi, K.R. 2013. *Panduan Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Panda Media.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2011. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Dinas Sosial Kabupaten Jember. 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember*. Jember: Dinas Sosial Kabupaten Jember.

Effendi, F., dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan . Praktek dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Graindo, R., Ritze, George dan Douglas, J. 2003. *Teori Sosiologi*. Jakarta.

Handayani, D., dan Wahyuni. 2012. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Lansia dalam Mengikuti Posyandu Lansia Jetis Desa Krajan Kecamatan Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Stikes*. Vol 9.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Germas Wujudkan Indonesia Sehat*. <http://www.depkes.go.id/article/view/16111500002/germas-wujudkan-indonesia-sehat.html>. (Diakses 30 Desember 2016).

Kurnianto, D. 2015. Menjaga Kesehatan di Usia Lanjut. *Jurnal Olahraga Prestasi*. Vol. 11 (2): 19-30.

Kusumaningrum, dan Fitriani, H. 2012. *Perbedaan Tingkat Kemandirian Personal Hygiene Pada Lansia Laki-laki dan Perempuan di Unit Rehabilitasi Sosial Pucang Gading Semarang*. <http://digilib.unimus.wordpress.ac.id>. (Diakses Tanggal 7 Agustus 2015).

Kusumo, M. P. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 25 Tentang *Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019*. <http://mahendro.staff.umy.ac.id/upaya-pemeliharaan-kesehatan-bagi-lanjut-usia-di-era-universal-health-coverage/>. (Diakses tanggal 10 Januari 2017).

Maryam, R. S., Mia, F. E., Rosidawati., Ahmad, J., dan Irwan, B. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Nina, W. 2007. *It's Never Too Late: Physical Activity and Elderly People*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

Notoatmodjo, S. 2007. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nugroho, W. 2008. *Keperawatan Gerontik dan Geatrik Edisi-3*. Jakarta: EGC.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.2016. *Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019*. Jakarta: EGC.

Provverwati, A., dan Wati, E. K. 2010. *Ilmu Gizi Untuk Keperawatan & Gizi Kesehatan*. Yogyakarta: Muha Medika.

Riset Kesehatan Dasar. 2013. Hasil Riskesdas 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>. (Diakses Tanggal 8 September 2015).

Riyanto, A. 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rokom. 2014. *Pendekatan Siklus Hidup Dalam Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia*. <http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilismedia/20140528/0210369/pendekatan-siklus-hidup-dalam-pelayanan-kesehatan-lanjut-usia/>. (Diakses 2 Mei 2015).

Santrock. 2006. *Educational Psychology*. New York: Mc Graw Hill.

Suhardjo. 2006. *Pangan dan Gizi*. Jakarta: Universitas Indonesia.

Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono. 2013. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.



LAMPIRAN A. PERNYATAAN PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)



**KEMENTERIAN RISET DAN TEKNOLOGI DAN
PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan 1/ 93 Kampus Tegal Boto. Telp (0331) 322995, 322996.
Fax (0331) 337878 Jember (68121)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Bersedia menjadi informan dan secara sukarela untuk ikut serta dalam penelitian yang berjudul “Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember, yang dilakukan oleh Amalia Pinasih, Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun terhadap saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapat jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Demikian Pernyataan ini dibuat agar digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 2017

Informan

(.....)



**KEMENTRIAN RISET DAN TEKNOLOGI DAN
PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**
Jl. Kalimantan 1/ 93 Kampus Tegal Boto. Telp (0331) 322995, 322996.
Fax (0331) 337878 Jember (68121)

LAMPIRAN B. PANDUAN WAWANCARA

I. INFORMAN KUNCI

a. Karakteristik

- 1) Nama :
- 2) Umur :
- 3) Riwayat pendidikan :
- 4) Jabatan :
- 5) Lama Bekerja :

b. Panduan Wawancara

- 1) Apakah masyarakat telah mendapat penyuluhan terkait Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 di Puskemas Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember ?
- 2) Bagaimana cara yang digunakan untuk menyebarkan informasi tentang Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 di Puskemas Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember?
- 3) Bagaimana menurut anda terkait Praktik GERMAS(Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 di Puskemas Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember
- 4) Bagaimana Karakteristik Lansia di Kecamatan Jenggawah dari segi Pendidikan, Pengetahuan dan Mata Pencaharian ?
- 5) Kegiatan apa saja yang dilakukan untuk meningkatkan Praktik (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 di Puskemas Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember?
- 6)

II. INFORMAN UTAMA

a. Karakteristik

- 1) Nama :
- 2) Umur :
- 3) Jenis Kelamin :
- 4) Pekerjaan :
- 5) Riwayat Pendidikan :
- 6) Alamat :

b. Panduan Wawancara

1) Aktivitas Fisik

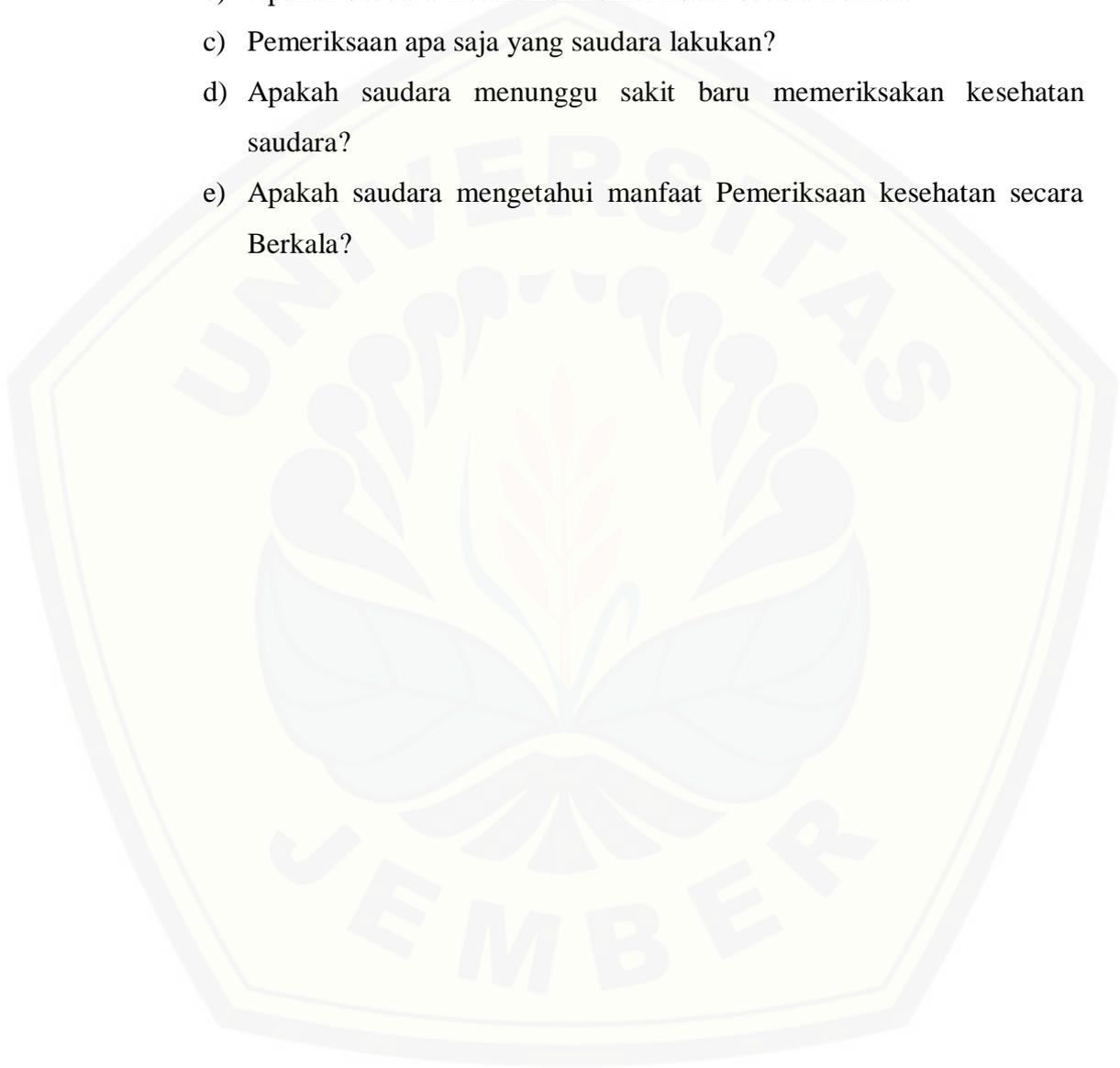
- a) Apakah bapak/ibu mendapat penyuluhan mengenai Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 di Puskesmas Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember
- b) Jika Ya, Darimana saudara mendapatkan informasi mengenai Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Menuju Hidup Sehat) 2017 di Puskesmas Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember?
- c) Apakah saudara mengetahui informasi tentang Aktivitas Fisik pada Lansia?
- d) Apakah Saudaramelakukan aktivitas fisik setiap hari?
- e) Jika ya, Sebutkan aktivitas fisik yang saudara lakukan di setiap harinya?
- f) Berapa lama waktu aktivitas fisik yag saudara lakukan setiap harinya?
- g) Apakah saudara mengetahui manfaat melakukan aktivitas fisik?

2) Konsumsi Sayur dan Buah

- a) Apakah anda mengetahui infromasi tentang konsumsi sayur dan buah bagi Lansia terkait Germas(Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 di Puskesmas Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember?
- b) Apakah anda mengkonsumsi sayur dan buah setiap hari?
- c) Apakah anda mengetahui manfaat mengkonsumsi sayur dan buah?
- d) Apakah anda mengalami sembelit atau susah BAB?

3) Pemeriksaan Secara Berkala

- a) Apakah anda mengetahui informasi tentang Pemeriksaan Kesehatan secara Berkala?
- b) Apakah saudara melakukan Pemeriksaan secara Berkala?
- c) Pemeriksaan apa saja yang saudara lakukan?
- d) Apakah saudara menunggu sakit baru memeriksakan kesehatan saudara?
- e) Apakah saudara mengetahui manfaat Pemeriksaan kesehatan secara Berkala?



III. INFORMAN TAMBAHAN

a. Karakteristik

- 1) Nama :
- 2) Umur :
- 3) Riwayat Pendidikan :
- 4) Pekerjaan :
- 5) Rumah yang lansia tempati sekarang :
- 6) Siapakah orang yang paling dekat dengan bapak/ibu dalam keluarga?
- 7) Apabila bapak/ibu ada masalah kepada siapa mengungkapkan perasaan?

b. Panduan Wawancara

1) Aktivitas Fisik

- a) Apakah ada penyuluhan tentang Germas dari Petugas Kesehatan Puskesmas Jenggawah di Kecamatan Jenggawah?
- b) Apakah saudara mengetahui tentang aktivitas fisik pada Lansia?
- c) Apakah saudara mengingatkan untuk melakukan aktivitas fisik setiap hari?

2) Konsumsi Sayur dan Buah

- a) Apakah saudara mengetahui manfaat dari konsumsi sayur dan buah pada Lansia?
- b) Apakah saudara mengingatkan pada Lansia untuk mengkonsumsi sayur dan buah setiap hari?
- c) Apakah ada penolakan dari Lansia untuk mengkonsumsi sayur dan buah?
- d) Jika ya, bagaimana penolakan atau sikap dari Lansia?
- e) Apakah saudara yang membelikan sayur dan buah Lansia?
- f) Apakah saudara mengetahui cara mencuci sayur dan buah secara benar?

3) Pemeriksaan secara Berkala

- a) Apakah saudara mengetahui tentang Pemeriksaan Kesehatan secara Berkala?
- b) Apakah saudara mengantarkan Lansia untuk melakukan Pemeriksaan secara Berkala ?
- c) Bagaimana sikap Lansia saat melakukan Pemeriksaan Kesehatan?



LAMPIRAN C. Analisis Data Kualitatif Hasil Pendidikan**HASIL ANALISIS DATA KUALITATIF****Tabel 1. Penyuluhan tentang GERMAS**

No	Informan	Jawaban informan	Kategori
1	LA	Ndak mbak, ndak ada penyuluhan disini	Belum mendapat penyuluhan dari petugas kesehatan
2	FA	Ndak pernah dapet mbak..	Belum mendapat penyuluhan dari petugas kesehatan
3	SA	Ndak pernah ada penyuluhan mbak..saya juga ndak aktif di posyandu lansia..Males mbak kalo sudah tua gini, mau minta anterkan anak juga ndak enak ngerepotin nanti..kasian anaknya	Tidak aktif mengikuti posyandu lansia

Interpretasi:

Semua Informan belum mendapatkan penyuluhan kesehatan tentang GERMAS. Dan menurut salah satu informan, informan tersebut tidak mengikuti posyandu lansia yang ada di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember.

Kutipan 1

“..Ndak pernah ada penyuluhan mbak..saya juga ndak aktif di posyandu lansia..Males mbak kalo sudah tua gini, mau minta anterkan anak juga ndak enak ngerepotin nanti..kasian anaknya..” (Informan 3, perempuan 73 tahun)

Tabel 2. Pengetahuan tentang Praktik GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) 2017 di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember

No	Informan	Jawaban informan	Kategori
1	LA	Ndak tahu saya mbak,GERMAS itu	Tidak Mengetahui tentang Praktik GERMAS
2	FA	Tak oning kuleh nak. Ndak pernah dapet mbak	Tidak Mengetahui tentang GERMAS dan tidak mendapat penyuluhan tentang GERMAS
3	SA	Ndak ngerti saya nak. Ndak pernah ada penyuluhan mbak..saya juga ndak aktif di posyandu lansia..Males mbak kalo sudah tua gini, mau minta anterkan anak juga ndak enak ngerepotin nanti..kasian anaknya	Tidak Mengetahui tentang GERMAS tidak mendapat penyuluhan tentang GERMAS, dan Malas Mengikuti Posyandu Lansia

Interpretasi:

Semua informan belum mengetahui informasi tentang Praktik GERMAS pada lansia di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember. Dan dua informan menyatakan tidak mendapat penyuluhan kesehatan terkait Praktik GERMAS,

Kutipan 2

“..Ndak ngerti saya nak. Ndak pernah ada penyuluhan mbak..saya juga ndak aktif di posyandu lansia..Males mbak kalo sudah tua gini, mau minta anterken anak juga ndak enak ngerepotin nanti..kasian anaknya..” (Informan 3, perempuan 73 tahun).

Tabel 3. Pengetahuan Informan terkait Aktivitas Fisik

No	Informan	Jawaban informan	Kategori
1	LA	Emmm ndak tau(geleng kepala) GERMAS,saya juga lulusan SD,ndak lulus SD kayaknya mbak,haha	Tidak Mengetahui tentang Aktivitas Fisik
2	FA	Ndak tau mba,ndak pernah denger juga(apa ruah dalam bahasa madura), aktivitas fisik ndak tau juga	Tidak Mengetahui tentang Aktivitas Fisik
3	SA	Ndak tau mba,sama aktivitas Fisik.	Tidak Mengetahui tentang Aktivitas Fisik

Interpretasi:

Semua informan belum mengetahui informasi tentang aktivitas fisik pada GERMAS. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan informan tidak mengetahui tentang aktivitas fisik.

Kutipan 3

“..Ndak tau mba,ndak pernah denger juga(apa ruah dalam bahasa madura), aktivitas fisik ndak tau juga..” (Informan 2, perempuan 68 tahun).

Tabel 4. Pengetahuan Informan terkait Konsumsi Sayur dan Buah

No	Informan	Jawaban informan	Kategori
1	LA	Kadang mba makan buahnya,kl sayur ndak tiap hari juga,ndak inget mba harinya..paling ya seminggu 2x	Jarang mengkonsumsi buan dan sayur .
2	FA	Jarang saya makan sayur ,apalagi buah..paling ya Cuma kates itu dikasih tetangga..kalau pengen buah beli di pasar,beli pisang, nyare seng modeh..	Jarang mengkonsumsi buan dan sayur .

3	SA	Kalau sayur kadang saya mau kadang ndak mbak, saya agak rewel orangnya..Jadi anak saya kalo masak juga bingung soalnya saya yang rewel..Kalo buah jarang juga kalo ada ya dimakan kalo ndak ada ya ndak beli mbak..	Jarang mengkonsumsi buah dan sayur .
---	----	---	--------------------------------------

Interpretasi:

Semua informan masih belum menerapkan salah satu pilar GERMAS yaitu konsumsi sayur dan buah. Alasan informan tidak mengkonsumsi sayur dan buah karena tidak suka dengan rasa sayur dan buah.

Kutipan 4

Kadang mba makan buahnya,kl sayur ndak tiap hari juga,ndak inget mba harinya..palingan ya seminggu 2x (Informan 1, perempuan 71 tahun).

Tabel 5. Pengetahuan Informan terkait Pemeriksaan Berkala

No	Informan	Jawaban informan	Kategori
1	LA	Ndak tau mbak,pemeriksaan berkala,tak pernah taoh kuleh. Ndak pernah saya mbak kalau sakit baru periksa	Tidak mengetahui tentang pemeriksaan berkala dan tidak melakukan pemeriksaan berkala
2	FA	Hahaa..ndak tau saya mbak, ndak pernah denger..saya ini jarang liat tv mbak,jadi ndak tau apa-apa.Oh kalo itu saya kadang periksa, kalo sudah pusing mbak tak reh mareh, langsung ke mantreh minta suntik di mantreh di periksa tekanan darahnya	Tidak mengetahui pemeriksaan berkala dan tidak melakukan pemeriksaan berkala
3	SA	Apalagi itu mbak, saya ndak tau itu. Ndak pernah, alhamdulillah saya juga ndak pernah sakit jadi jarang periksa ke dokter mbak..	Tidak mengetahui pemeriksaan berkala dan tidak melakukan pemeriksaan berkala

Interpretasi

Semua informan tidak mengetahui tentang pemeriksaan berkala dan tidak melakukan pemeriksaan secara berkala. Alasan informan tidak melakukan pemeriksaan tersebut karena informan tidak sakit, dan informan menunggu sakit untuk memeriksakan kesehatannya.

Kutipan 5

“..Hahaa..ndak tau saya mbak, ndak pernah denger..saya ini jarang liat tv mbak,jadi ndak tau apa-apa.Oh kalo itu saya kadang periksa, kalo sudah pusing

mbak tak reh mareh, langsung ke mantreh minta suntik di mantreh di periksa tekanan darahnya..” (Informan 2, perempuan 68 tahun).

LAMPIRAN E . Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Informan Utama I (Lotiah)



Gambar 2. Informan Utama 2 (Fatimah)



Gambar 3. Informan Utama 3 (Siti Aminah) Gambar 4. Infoman Tambahan 1 (Khofifah)



Gambar 5. Informan Tambahan 2 (Hoti) Gambar 6. Informan Tambahan (Nur Azizah)



Gambar 7. Informan Kunci (Bidan Endina) Gambar 8. Peneliti Bersama Informan Kunci

