

**HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI DENGAN KUALITAS
HIDUP LANSIA DI PANTI WREDA DI BOGOR**

SKRIPSI



Disusun oleh

ADELIA BUDIMAN

405160074

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TARUMANAGARA**

JAKARTA

2020

**HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI DENGAN KUALITAS
HIDUP LANSIA DI PANTI WREDA DI BOGOR**

SKRIPSI



**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked) pada Fakultas Kedokteran
Universitas Tarumanagara Jakarta**

Disusun oleh

ADELIA BUDIMAN

405160074

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TARUMANAGARA
JAKARTA**

2020

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Adelia Budiman

NIM : 405160074

Dengan ini menyatakan, menjamin bahwa skripsi yang diserahkan kepada Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, berjudul

Hubungan antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia di Panti Wreda di Bogor

Merupakan hasil karya sendiri, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar dan tidak melanggar ketentuan plagiarisme dan otoplagiarisme.

Saya menyatakan memahami adanya larangan plagiarisme dan otoplagiraisme dan dapat menerima segala konsekuensi jika melakukan pelanggaran menurut ketentuan peraturan perundang-undangan dan peraturan lain yang berlaku di lingkungan Universitas Tarumanagara.

Pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, 14 Januari 2020

(materai 6000)

Adelia Budiman
NIM : 405160074

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Adelia Budiman

NIM : 405160074

Program Studi : Kedokteran

Judul Skripsi : Hubungan antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia di Panti Wreda di Bogor

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked.) pada Program Studi Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara.

Pembimbing : Dr. dr. Meilani Kumala, MS.,Sp.GK(K) ()

DEWAN PENGUJI

Ketua Sidang : dr. Wiyarni Pambudi, Sp.A, IBCLC ()

Penguji 1: Dr. dr. Noer Saelan Tadjudin, Sp.KJ ()

Penguji 2: Dr. dr. Meilani Kumala, MS.,Sp.GK(K) ()

Mengetahui,

Dekan: Dr. dr. Meilani Kumala, MS.,Sp.GK(K) ()

Ditetapkan di

Jakarta, 14 Januari 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, penulis akhirnya dapat menyelesaikan skripsi dengan baik. Skripsi ini merupakan prasyarat agar dapat dinyatakan lulus sebagai Sarjana Kedokteran. Selama proses pendidikan mulai dari awal hingga akhir, banyak sekali pengalaman yang didapatkan oleh penulis untuk berkarir sebagai dokter di kemudian hari.

Selama proses penyusunan skripsi ini penulis mengalami keterbatasan dalam mengerjakan penelitian. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada beberapa pihak yang telah mendukung keberhasilan penyusunan skripsi ini. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Dr. dr. Meilani Kumala, MS, Sp.GK, selaku Dekan dan Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, juga selaku pembimbing yang selalu memberikan bimbingan, arahan, dan dorongan kepada peneliti, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Dr. dr. Noer Saelan Tadjudin, Sp.KJ, selaku penguji yang telah memberikan bimbingan, arahan, serta dukungan kepada peneliti.
3. dr. Zita Atzmardina MM, MKM., selaku penasehat akademik.
4. Orang tua yang selama ini telah membantu peneliti dalam bentuk dukungan moral, perhatian, semangat, serta doa yang tidak henti-hentinya mengalir demi kelancaran dan kesuksesan peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Aretha Sarah Wibowo, Angelica Gunadi dan Gautami yang ikut mengambil peran dalam penelitian ini.
6. Priscilla Clara Agatha, Kania Fidelia Widjaja, Felyn Gaputri, Edlin Gisela, Celine dan sahabat lainnya yang telah memberi dukungan.
7. Seluruh lansia di Panti Wreda Salam Sejahtera yang telah bersedia menjadi responden.
8. Serta seluruh pihak yang sangat berpengaruh dalam proses penyelesaian skripsi yang tidak bisa disebutkan satu per satu.

Akhir kata, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembang ilmu.

Jakarta, 14 Januari 2020

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH**

Saya yang bertanda tanda di bawah ini:

Nama : Adelia Budiman

NIM : 405160074

Program Studi : Sarjana

Kedokteran Fakultas : Kedokteran

Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memublikasi karya ilmiah saya yang berjudul:

Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia di Panti Wreda di Bogor serta mencantumkan nama Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Jakarta, 14 Januari 2020

Adelia Budiman

405160074

ABSTRACT

This study aims to analyze the relationship between nutritional status and quality of life in the elderly at the Nursing Home in Bogor. The design of this study is descriptive analytic with cross-sectional approach. Retrieval of nutritional status data using anthropometric measurements (WHO Asia Pacific Body Mass Index) while collecting quality of life data using the WHOQOL-BREF questionnaire. The results of this study indicate that of all the elderly studied, as many as 72 elderly, there are underweight nutritional status of 12 (16.67%), normal as many as 26 (36.11%), overweight as much as 19 (26.39%), obese I as many as 10 (13.89%) and obese II as many as 5 (6.94%), while the quality of life of the elderly in each domain is dominant in the medium category with the percentage value of each domain, domain 1: 36 (50%), domain 2: 33 (45.83%), domain 3: 41 (56, 94%), and domain 4: 53 (73.61%). Then an analysis was carried out between the nutritional status and quality of life of each domain using the Chi-Square Test with p of each domain, p domain 1 = 0.054, p domain 2 = 0.647, p domain 3 = 0.471, p domain 4 = 0.662; $p > 0.05$. From these results, it can be concluded that there is no statistically significant relationship between nutritional status and quality of life of the elderly.

Key words: *elderly, nutritional status, quality of life*

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup pada lansia di Panti Wreda di Bogor. Desain penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Pengambilan data status gizi menggunakan pengukuran antropometri (Indeks Massa Tubuh WHO Asia Pasifik) sedangkan pengambilan data kualitas hidup menggunakan kuisioner WHOQOL-BREF. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari seluruh lansia yang diteliti yaitu sebanyak 72 lansia, terdapat status gizi *underweight* sebanyak 12 (16,67%), normal sebanyak 26 (36,11%), *overweight* sebanyak 19 (26,39%), obese I sebanyak 10 (13,89%) dan obese II sebanyak 5 (6,94%), sementara kualitas hidup lansia pada setiap domain dominan dalam kategori sedang dengan nilai presentase masing-masing domain yaitu domain 1: 36 (50%), domain 2: 33 (45,83%), domain 3: 41 (56,94%), dan domain 4: 53 (73,61%). Kemudian dilakukan analisis antara status gizi dan kualitas hidup setiap domain dengan menggunakan *Chi-Square Test* dengan p setiap domain yaitu p domain 1=0,054, p domain 2=0,647, p domain 3=0,471, p domain 4=0,662; $p > 0,05$. Dari hasil tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna secara statistik antara status gizi dan kualitas hidup lansia.

Kata kunci: kualitas hidup, lansia, status gizi

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH ...	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR SINGKATAN.....	ixiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1_PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Hipotesis Penelitian	3
1.4 Tujuan Penelitian	3
1.5 Manfaat Penelitian	3
BAB 2_TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Lanjut Usia.....	4
2.2 Status Gizi.....	6
2.3 Kualitas Hidup (<i>Quality of Life</i>).....	12
2.4 Hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup	16
2.5 Kerangka Teori.....	18
2.6 Kerangka Konsep	18
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN	19
3.1 Desain Penelitian.....	19
3.2 Tempat dan Waktu	19
3.3 Populasi dan Sampel.....	19
3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	20
3.5 Cara Kerja Penelitian	21
3.6 Variabel Penelitian	21

3.7 Definisi Operasional.....	21
3.8 Pengumpulan Data.....	23
3.9 Instrumen Penelitian.....	23
3.10 Analisis Data.....	23
3.11 Alur Penelitian.....	24
BAB 4 HASIL PENELITIAN.....	25
4.1 Analisis Univariat.....	25
4.1.1 Demografi Responden.....	25
4.1.2 Status Gizi pada Lansia.....	26
4.1.3 Kualitas Hidup pada Lansia.....	26
4.2 Analisis Bivariat.....	27
4.2.1 Hubungan antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup pada Lansia.....	27
BAB 5 PEMBAHASAN.....	32
5.1 Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia.....	32
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	325
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	36
6.1 Kesimpulan.....	36
6.2 Saran.....	36
DAFTAR PUSTAKA.....	37
LAMPIRAN.....	41
Lampiran 1.....	41
Lampiran 2.....	422
Lampiran 3.....	444
Lampiran 4.....	455
Lampiran 5.....	477
Lampiran 6.....	488
Lampiran 7.....	522
Lampiran 8.....	53
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	533

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Kondisi Lanjut Usia Yang Dapat Memengaruhi Status Gizi.....	8
Tabel 2. 2 Klasifikasi IMT untuk Populasi Asia.....	10
Tabel 2. 3 Aspek-Aspek Kualitas Hidup Menurut Para Ahli	14
Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Agama, dan Pendidikan Terakhir	25
Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Status Gizi (IMT) pada Lansia.....	26
Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup (WHOQOL-BREF) Lansia	27
Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 1	27
Tabel 4. 5 Tabel 2x2 <i>Chi-Square</i> Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 1.....	28
Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 2	29
Tabel 4. 7 Tabel 2x2 <i>Chi-Square</i> Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 2.....	29
Tabel 4. 8 Distribusi Frekuensi Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 3	30
Tabel 4. 9 Tabel 2x2 <i>Chi-Square</i> Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 3.....	30
Tabel 4. 10 Distribusi Frekuensi Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 4	31
Tabel 4. 11 Tabel 2x2 <i>Chi-Square</i> Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 4	31

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Faktor-faktor yang memengaruhi perubahan status gizi lansia.....	6
Gambar 2. 2 Kerangka Teori.....	18
Gambar 2. 3 Kerangka Konsep	18
Gambar 3. 1 Alur Penelitian.....	24

DAFTAR SINGKATAN

IMT	Indeks Massa Tubuh
Kg	Kilogram
m	meter
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life-BREF Questionnaire</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian.....	41
Lampiran 2 Rincian Informasi Kepada Calon Subjek Penelitian.....	42
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Mengikuti Penelitian	44
Lampiran 4 Lembar Karakteristik Subjek	45
Lampiran 5 Lembar Pemeriksaan IMT (Pengukuran Antropometri)	47
Lampiran 6 <i>WHO Quality of Life-BREF Questionnaire</i>	48
Lampiran 7 Dokumentasi	52
Lampiran 8 Daftar Riwayat Hidup.....	53

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan pencapaian program kesehatan dan kesejahteraan suatu Negara dapat dilihat dari peningkatan Usia Harapan Hidup (UHH).¹ Secara global pada tahun 2019, jumlah dari penduduk berusia lebih dari 60 tahun adalah 702,9 juta jiwa dari total populasi dunia dan diperkirakan jumlah tersebut akan terus meningkat seiring dengan peningkatan usia harapan hidup. Di Kawasan Asia Tenggara, populasi lanjut usia (lansia) adalah sebanyak 260,6 juta jiwa pada tahun 2019. Pada tahun 2050 diperkirakan bahwa populasi lansia meningkat 120% dari jumlah lansia jumlah pada tahun 2019.²

World Health Organization (WHO) menunjukkan pada tahun 2000 usia harapan hidup adalah 66 tahun, meningkat menjadi 70 tahun pada tahun 2012 dan menjadi 71 tahun pada tahun 2013.² Data tahun 2004-2015 memperlihatkan adanya peningkatan UHH di Indonesia dari 68,6 tahun menjadi 70,8 tahun dan proyeksi tahun 2030-2035 mencapai 72,2 tahun.³

Berdasarkan data, penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia pada tahun 2018 berjumlah 24,49 juta jiwa dan pada tahun 2019 diproyeksikan akan meningkat hingga 27,5 juta jiwa. Pada tahun 2020 diprediksi bahwa jumlah lanjut usia mencapai 28,8 juta jiwa. Sedangkan estimasi penduduk lansia di DKI Jakarta adalah 6,5% dari total penduduk Indonesia.⁴

Menua merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diterima. Proses menua merupakan proses yang terus menerus (berlanjut) secara alamiah.⁵ Proses penuaan dapat memengaruhi kualitas hidup. Secara alami, lansia mengalami kemunduran fisik, psikologis dan sosial ekonomi sehingga tergantung pada orang lain. Ketergantungan tersebut dapat dikurangi apabila lansia sehat, aktif, produktif serta memiliki kualitas hidup yang

baik. Upaya dalam meningkatkan kualitas hidup lansia memiliki cukup banyak hambatan. Kondisi tubuh yang menurun secara fungsional dengan perubahan gaya hidup secara gradual merupakan hal – hal yang disinyalir dapat menurunkan kualitas hidup lansia.

WHO mendefinisikan Kualitas Hidup (*quality of life*) sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana mereka tinggal dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan keprihatinan mereka.⁶ Permasalahan kesehatan lansia berkaitan dengan perubahan kondisi tubuh serta status gizi. Lansia di Indonesia banyak yang mengalami gangguan pemenuhan gizi yaitu yang mengalami gizi kurang sebanyak 31% dan gizi lebih 1,8%.⁷ Mengingat gizi kurang merupakan salah satu prediktor perubahan kualitas hidup pada lansia. Makanan dan gizi dapat menjadi dimensi penting dalam upaya peningkatan kualitas hidup. Lanjut usia bukanlah beban melainkan tantangan bagi kita agar mereka mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik. Berdasarkan latar belakang ini, perlu dilakukan penelitian hubungan antara status gizi dan kualitas hidup dalam rangka meningkatkan kualitas hidup lansia.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah disusun, diketahui bahwa terjadi peningkatan UHH secara global sehingga dengan bertambahnya proporsi Lanjut Usia perlu adanya upaya peningkatan kualitas hidup pada Lanjut Usia tersebut.

1.2.1 Pernyataan Masalah

- Status gizi lanjut usia yang cenderung menurun atau malnutrisi.
- Upaya peningkatan kualitas hidup yang perlu dimaksimalkan.

1.2.2 Pertanyaan Masalah

- Bagaimana status gizi Lansia di Panti Wreda X Bogor.
- Bagaimana kualitas hidup Lansia di Panti Wreda X Bogor.
- Bagaimana hubungan antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup

Lansia di Panti Wreda X Bogor.

1.3 Hipotesis Penelitian

Terdapat hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup lansia.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Dilakukannya penelitian ini, diharapkan dapat diketahui hubungan antara Status Gizi terhadap Kualitas Hidup Lansia di Panti Wreda, sehingga kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan.

1.4.2 Tujuan Khusus

- Diketahui status gizi lansia di Panti Wreda X Bogor.
- Diketahui kualitas hidup lansia di Panti Wreda X Bogor.
- Diketahui hubungan antara status gizi terhadap kualitas hidup lansia di Panti Wreda X Bogor.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi terhadap upaya peningkatan kualitas hidup lanjut usia.

1.5.2 Manfaat Bagi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan bisa menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya.

1.5.3 Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat memberikan manfaat dan informasi seputar status gizi dan upaya peningkatan kualitas hidup lansia

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lanjut Usia

2.1.1. Definisi Lanjut Usia (Lansia)

Lanjut Usia (*old age*) merupakan istilah untuk tahap akhir dari proses penuaan⁸. Di Indonesia, hal-hal yang terkait dengan usia lanjut diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia. Pasal 1 ayat 2 Undang-Undang Republik Indonesia tersebut dinyatakan bahwa yang dimaksud dengan lanjut usia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun ke atas⁹. Menurut World Health Organisation (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process atau proses penuaan.¹⁰

2.1.2. Klasifikasi Lanjut Usia (Lansia)

Menurut *World Health Organization* (WHO) klasifikasi lansia dikelompokkan menjadi 4 yaitu:

- a. Usia pertengahan atau *middle age* yaitu seseorang yang berusia 45-59 tahun
- b. Lanjut usia atau *elderly* yaitu seseorang yang berusia 60-74 tahun
- c. Lanjut usia tua atau *old* yaitu seseorang yang berusia 75-90 tahun
- d. Usia sangat tua atau *very old* yaitu seseorang yang berusia 90 tahun keatas.¹¹

2.1.1. Perubahan yang dialami Lansia

Lanjut usia atau lansia merupakan proses alamiah yang pasti akan dialami oleh setiap individu. Dalam struktur anatomis proses menjadi tua terlihat sebagai kemunduran dalam sel. Proses ini berlangsung secara alamiah, terus menerus, dan berkesinambungan yang selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomi, fisiologi, dan biokimia pada jaringan tubuh dan akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan.¹²

Seiring dengan bertambahnya usia terjadi penurunan kemampuan anatomis dan fisiologis tubuh. Pada lansia sering dijumpai permasalahan yang berkaitan dengan kemampuan gerak dan fungsi. Pada lansia terjadi penurunan kekuatan sebesar 88%, fungsi pendengaran 67%, pengelihatannya 72%, daya ingat 61%, serta kelenturan tubuh yang menurun sebesar 64%. Permasalahan yang muncul pada lansia dapat disebabkan karena adanya perubahan fisiologis yang terjadi pada tubuh. Pada proses penuaan, terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi, sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel-sel kelamin sehingga terjadi penurunan kemampuan fungsional. Hal ini terjadi karena adanya pengumpulan pigmen atau lemak dalam tubuh contohnya pigmen lipofusin di sel otot jantung dan sel susunan saraf pusat lansia yang mengakibatkan terganggunya fungsi sel itu sendiri.¹²

2.1.4. Faktor-faktor yang memengaruhi *Healthy Aging*

WHO mendefinisikan *Healthy Aging* sebagai proses mengembangkan dan mempertahankan kemampuan fungsional yang memungkinkan kesejahteraan di usia yang lebih tua. Kemampuan fungsional terdiri dari atribut terkait kesehatan yang memungkinkan lansia untuk menjadi dan melakukan apa yang mereka punya alasan untuk menjadi berharga. Hal tersebut dibentuk dari kapasitas intrinsik individu, karakteristik lingkungan yang relevan dan interaksi antara keduanya.¹³

2.1.4.1. *Endogenic aging*, yang dimulai dengan *cellular aging*, melalui *tissue* dan *anatomical aging* ke arah proses menuanya organ tubuh.

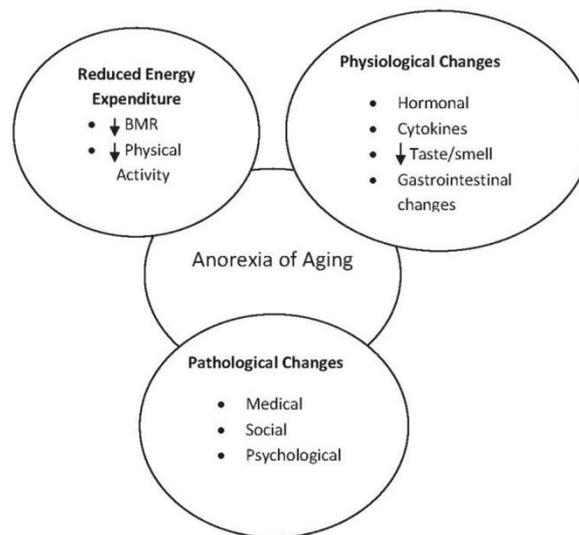
2.1.4.2. *Exogenic factor*, yang dapat dibagi dalam *environment* dan faktor sosio budaya yang paling tepat disebut gaya hidup.¹⁴

2.2. Status Gizi

2.2.1. Definisi Status Gizi

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan gizi dalam bentuk variabel tertentu. ¹⁵

2.2.2. Faktor – faktor yang memengaruhi Status Gizi pada Lansia



Gambar 2. 1 Faktor-faktor yang memengaruhi perubahan status gizi pada lansia
(Sumber: Aging, Nutritional Status and Health¹⁶)

Perubahan pada status gizi lansia dipengaruhi oleh beberapa hal, diantara adalah pengurangan pengeluaran energi, perubahan fisiologis, dan perubahan patologis. Orang tua yang sehat cenderung tidak merasa lapar dan lebih kenyang sebelum makan, mengonsumsi makanan yang lebih sedikit, makan lebih lambat, memiliki lebih sedikit camilan di antara waktu makan dan menjadi kenyang setelah makan lebih cepat setelah makan makanan standar daripada orang yang lebih muda. Asupan makanan rata-rata harian berkurang hingga 30% antara 20 dan 80 tahun. Sebagian besar penurunan energi terkait usia adalah respons terhadap penurunan pengeluaran energi seiring bertambahnya usia. Namun juga pada banyak lansia terjadi penurunan asupan energi lebih besar daripada penurunan pengeluaran energi, dan karenanya berat badan hilang.¹⁶

Studi cross-sectional telah menunjukkan bahwa berat badan dan indeks massa tubuh (BMI) meningkat dengan usia hingga sekitar 50 hingga 60 tahun, setelah itu keduanya menurun. Dengan bertambahnya usia, lemak tubuh meningkat dan massa bebas lemak berkurang karena kehilangan otot rangka, dengan hilangnya hingga 3 kg massa tubuh tanpa lemak per dekade setelah usia 50 tahun. Lemak tubuh rata-rata dari seorang berusia 20 tahun pria dengan berat 80 kg adalah 15% dibandingkan dengan 29% pada pria 75 tahun dengan berat yang sama. Penyebab peningkatan lemak pada lansia merupakan multifaktoral: berkurangnya aktivitas fisik, berkurangnya sekresi hormon pertumbuhan, berkurangnya hormon seks, dan penurunan tingkat metabolisme istirahat. Distribusi lemak pada orang tua berbeda dari orang-orang muda. Proporsi lemak tubuh yang lebih besar adalah intra-hepatik dan intra-abdominal, yang berhubungan dengan resistensi insulin dan risiko penyakit jantung iskemik, stroke dan diabetes yang lebih tinggi. Sedangkan perubahan fisiologis yang berkaitan dengan status gizi lansia dapat dikaitkan dengan beberapa hal berikut, di antaranya adalah menurunnya kemampuan untuk mengidentifikasi aroma dan rasa, peningkatan aktivitas sitokin, melambatnya pengosongan lambung, perubahan distensi lambung, dan faktor hormonal.¹⁶

Berdasarkan Kementerian Republik Indonesia dalam Buku Pedoman Pelayanan Gizi Lanjut Usia, terdapat beberapa kondisi pada individu lanjut usia yang dapat mempengaruhi status gizi. Kondisi tersebut di antaranya adalah perubahan metabolisme basal, berkurangnya aktivitas/kegiatan fisik, perubahan keadaan ekonomi, menurunnya fungsi indera, dan lain-lain.¹⁷ Kondisi tersebut dijelaskan pada tabel di bawah ini sebagai berikut.

Tabel 2. 1 Kondisi Lanjut Usia Yang Dapat Mempengaruhi Status Gizi

Kondisi Lanjut Usia	Perubahan Pola Makan	Status Gizi
Metabolisme Basal Menurun	Kebutuhan Energi Menurun	Cenderung kegemukan/obesitas
Aktivitas/kegiatan fisik berkurang	Energi yang dipakai sedikit	Cenderung kegemukan/obesitas
Ekonomi Meningkat	Konsumsi Berlebih	Cenderung kegemukan/obesitas
Fungsi Indera Menurun	Makan tidak enak/nafsu makan menurun	Dapat terjadi kurang gizi
Penyakit periodental	Kesulitan makan makanan berserat dan cenderung makan makanan lunak	Dapat terjadi kurang gizi atau kegemukan/obesitas
Penurunan sekresi asam lambung dan enzim pencernaan	Mengganggu penyerapan vitamin dan mineral	Defisiensi zat gizi mikro
Mobilitas usus menurun	Susah buang air besar	Wasir (pendarahan) dan anemia
Sering menggunakan obat – obatan	Menurunkan nafsu makan	Dapat terjadi kurang gizi
Gangguan kemampuan motorik	Kesulitan untuk menyiapkan makanan sendiri	Dapat terjadi kurang gizi
Kurang bersosialisasi (perubahan psikologis)	Nafsu makan menurun	Dapat terjadi kurang gizi
Pendapatan menurun	Asupan makan menurun	Dapat terjadi kurang gizi
Demensia (pikun)	Sering makan/lupa makan	Dapat terjadi kurang gizi atau kegemukan/obesitas

Sumber: Buku Pedoman Pelayanan Gizi Lanjut Usia¹⁷

2.2.3 Penilaian status gizi

Gibson mengelompokkan cara penilaian status gizi menjadi lima metode, yaitu antropometri, laboratorium, klinis, survei konsumsi pangan dan faktor ekologi.¹⁸

2.2.3.1. Metode Antropometri

Metode antropometri dapat diartikan sebagai mengukur fisik dan bagian tubuh manusia. Jadi antropometri adalah pengukuran tubuh atau bagian tubuh manusia. Dalam menilai status gizi dengan metode antropometri adalah menjadikan ukuran tubuh manusia sebagai metode untuk menentukan status gizi. Konsep dasar yang harus dipahami dalam menggunakan antropometri untuk mengukur status gizi adalah konsep dasar pertumbuhan.

Pertumbuhan adalah terjadinya perubahan sel-sel tubuh, terdapat dalam 2 bentuk yaitu bertambahnya jumlah sel dan atau terjadinya pembelahan sel, secara akumulasi menyebabkan terjadinya perubahan ukuran tubuh. Jadi pada dasarnya menilai status gizi dengan metode antropometri adalah menilai pertumbuhan.

Beberapa contoh ukuran tubuh manusia sebagai parameter antropometri yang sering digunakan untuk menentukan status gizi misalnya berat badan, tinggi badan, ukuran lingkar kepala, ukuran lingkar dada, ukuran lingkar lengan atas, dan lainnya. Hasil ukuran antropometri tersebut kemudian dirujuk pada standar atau rujukan pertumbuhan manusia.

- **Berat Badan**

Berat badan menggambarkan jumlah protein, lemak, air, dan mineral yang terdapat di dalam tubuh. Berat badan merupakan komposit pengukuran ukuran total tubuh. Beberapa alasan mengapa berat badan digunakan sebagai parameter antropometri. Alasan tersebut di antaranya adalah perubahan berat badan mudah terlihat dalam waktu singkat dan menggambarkan status gizi saat ini. Pengukuran berat badan mudah dilakukan dan alat ukur untuk menimbang berat badan mudah diperoleh.

Pengukuran berat badan memerlukan alat yang hasil ukurannya akurat. Untuk mendapatkan ukuran berat badan yang akurat, terdapat beberapa persyaratan alat ukur berat di antaranya adalah alat ukur harus mudah digunakan dan dibawa, mudah mendapatkannya, harga alat relatif murah dan terjangkau, ketelitian alat ukur sebaiknya 0,1 kg (terutama alat yang digunakan untuk memonitor pertumbuhan), skala jelas dan mudah dibaca, cukup aman jika digunakan, serta alat selalu dikalibrasi.

Beberapa jenis alat timbang yang biasa digunakan untuk mengukur berat badan adalah dacin untuk menimbang berat badan balita, timbangan detecto, bathroom scale (timbangan kamar mandi), timbangan injak digital, dan timbangan berat badan lainnya.

- **Tinggi Badan atau Panjang Badan**

Tinggi badan atau panjang badan menggambarkan ukuran pertumbuhan massa tulang yang terjadi akibat dari asupan gizi. Oleh karena itu tinggi badan digunakan sebagai parameter antropometri untuk menggambarkan pertumbuhan linier.

Pertambahan tinggi badan atau panjang terjadi dalam waktu yang lama sehingga sering disebut akibat masalah gizi kronis.

Tinggi badan dapat diukur dengan menggunakan *microtoise* (baca: mikrotoa). Kelebihan alat ukur ini adalah memiliki ketelitian 0,1 cm, mudah digunakan, tidak memerlukan tempat yang khusus, dan memiliki harga yang relatif terjangkau. Kelemahannya adalah setiap kali akan melakukan pengukuran harus dipasang pada dinding terlebih dahulu. Sedangkan panjang badan diukur dengan infantometer (alat ukur panjang badan).

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi badan (m)}}$$

Tabel 2. 2 Klasifikasi IMT untuk Populasi Asia

Klasifikasi	IMT (Kg/m ²)
<i>Underweight</i>	<18,50
Normal	18,50 – 22,9
<i>Overweight</i>	23 – 24,9
<i>Obese 1</i>	25 – 29,9
<i>Obese 2</i>	≥ 30,00

Sumber: World Health Organization (WHO)¹⁹

- Lingkar Lengan Atas (LILA)

Lingkar lengan atas (LILA) merupakan gambaran keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. LILA mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh oleh cairan tubuh.

- Panjang Depa
- Tinggi Lutut
- Tinggi Duduk
- Rasio Lingkar Pinggang dan Panggul (*Waist to Hip Ratio*)

Dengan mengkaitkan dua variable antropometri tersebut dapat diperoleh Indeks

Massa Tubuh (IMT) dengan perhitungan sebagai berikut.

2.2.3.1. Metode Laboratorium

Penentuan status gizi dengan metode laboratorium adalah salah satu metode yang dilakukan secara langsung pada tubuh atau bagian tubuh. Tujuan penilaian status gizi ini adalah untuk mengetahui tingkat ketersediaan zat gizi dalam tubuh sebagai akibat dari asupan gizi dari makanan. Metode laboratorium mencakup dua pengukuran yaitu uji biokimia dan uji fungsi fisik. Uji biokimia adalah mengukur status gizi dengan menggunakan peralatan laboratorium kimia. Tes biokimia mengukur zat gizi dalam cairan tubuh atau jaringan tubuh atau ekskresi urin. Misalnya mengukur status iodium dengan memeriksa urin, mengukur status hemoglobin dengan pemeriksaan darah dan lainnya. Tes fungsi fisik merupakan kelanjutan dari tes biokimia atau tes fisik. Sebagai contoh tes penglihatan mata (buta senja) sebagai gambaran kekurangan vitamin A atau kekurangan zink.

2.2.3.2. Metode Klinis

Pemeriksaan fisik dan riwayat medis merupakan metode klinis yang dapat digunakan untuk mendeteksi gejala dan tanda yang berkaitan dengan kekurangan gizi. Gejala dan tanda yang muncul, sering kurang spesifik untuk menggambarkan kekurangan zat gizi tertentu. Mengukur status gizi dengan melakukan pemeriksaan bagian-bagian tubuh dengan tujuan untuk mengetahui gejala akibat kekurangan atau kelebihan gizi. Pemeriksaan klinis biasanya dilakukan dengan bantuan perabaan, pendengaran, pengetakan, penglihatan, dan lainnya. Misalnya pemeriksaan pembesaran kelenjar gondok sebagai akibat dari kekurangan iodium. Pemeriksaan klinis adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya gangguan kesehatan termasuk gangguan gizi yang dialami seseorang. Pemeriksaan klinis dilakukan dengan beberapa cara, di antaranya melalui kegiatan anamnesis, observasi, palpasi, perkusi, dan/atau auskultasi.

2.2.3.3. Metode Pengukuran Konsumsi Pangan

Kekurangan gizi diawali dari asupan gizi yang tidak cukup, sebaliknya kelebihan gizi disebabkan dari asupan gizi yang lebih dari kebutuhan tubuh. Ketidalcukupan asupan gizi atau kelebihan asupan gizi dapat diketahui melalui pengukuran konsumsi pangan (dietary methode). Asupan zat gizi dari makanan yang

dikonsumsi dapat mempengaruhi status gizi individu. Seseorang yang mempunyai asupan gizi kurang saat ini, akan menghasilkan status gizi kurang pada waktu yang akan datang. Asupan gizi saat ini tidak langsung menghasilkan status gizi saat ini juga. Memerlukan waktu, karena zat gizi akan mengalami metabolisme dalam tubuh terlebih dahulu untuk sampai dimanfaatkan oleh tubuh. Pengukuran konsumsi makanan sering juga disebut survei konsumsi pangan, merupakan salah satu metode pengukuran status gizi. Asupan makan yang kurang akan mengakibatkan status gizi kurang. Sebaliknya, asupan makan yang lebih akan mengakibatkan status gizi lebih.

2.2.3.4. Metode Faktor Ekologi

Faktor ekologi yang mempengaruhi status gizi di antaranya adalah beberapa informasi ekologi yang berkaitan dengan penyebab gizi kurang. Informasi tersebut di antaranya data sosial ekonomi, data kependudukan, keadaan lingkungan fisik dan data vital statistik.¹⁸

2.3 Kualitas Hidup (Quality of Life)

2.3.1 Definisi Kualitas Hidup

Menurut WHO, definisi kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam konteks budaya dan nilai di mana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standard dan perhatian.⁶

2.3.2 Ruang Lingkup Kualitas Hidup

Secara umum terdapat 6 bidang yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh WHO, bidang tersebut adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologik, keleluasaan aktivitas, hubungan sosial dan lingkungan, sedangkan secara rinci bidang-bidang yang termasuk kualitas hidup adalah sebagai berikut:

- Kesehatan fisik (*physical health*): kesehatan umum, nyeri, energi dan vitalitas, aktivitas seksual, tidur dan istirahat.
- Kesehatan psikologis (*psychological health*): cara berpikir, belajar, daya ingat dan konsentrasi.
- Tingkat aktivitas (*level of independence*): mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi, kemampuan kerja.

- Hubungan sosial (*social relationship*): hubungan sosial, dukungan sosial.
- Lingkungan (*environment*), keamanan, lingkungan rumah, kepuasan kerja.
- Keadaan spiritual.

Keenam bidang tersebut kemudian dikategorikan ke dalam 4 domain penilaian kualitas hidup dalam WHOQOL-BREF yaitu sebagai berikut:

- Kesehatan fisik yang menilai aspek *activity daily living*, kemandirian dalam melaksanakan pengobatan jika diperlukan, energi dan kelelahan, mobilitas, nyeri dan ketidaknyamanan, istirahat dan tidur, dan kapasitas kerja.
- Kesehatan psikologis yang menilai aspek citra dan penampilan tubuh, perasaan negatif, perasaan positif, harga diri, spiritualitas/agama/keyakinan personal, dan berpikir, belajar, daya ingat, dan konsentrasi.
- Hubungan sosial yang menilai aspek hubungan personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual.
- Lingkungan yang menilai aspek sumber daya finansial, kebebasan, keamanan fisik, dan sekuritas, kualitas dan aksesibilitas perawatan kesehatan dan sosial, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan informasi dan kemampuan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi, lingkungan fisik, dan transportasi.⁶

Tabel 2. 3 Aspek-Aspek Kualitas Hidup Menurut Para Ahli

Felce	Schalock	WHO-QOL	Hagerty et al	Cummins
Cacat/ Psikologi	Cacat / Psikologi	Indikator Kesehatan Sosial	Penelitian	Cacat
6 kemungkin an domain:	8 domain inti	6 domain:	7 domain inti:	7 domain:
Kesejahter aan Fisik	Kesejahteraan Fisik	Fisik	Kesehatan	Kesehatan
Kesejahter aan Material	Kesejahteraan Material	Lingkungan	Kesejahteraan Material	Kesejahteraan Material
Kesejahter aan Sosial	Keterlibatan Sosial	Hubungan Sosial	Merasa satu bagian dari masyarakat setempat	Kesejahteraan masyarakat
Kesejahter aan emosional	Kesejahteraan emosional	Psikologi	Kesejahteraan emosional	Kesejahteraan emosial
Hak atau Kesejahter aan warga negara	Hak	-	-	-
-	Hubungan antar pribadi	-	Hubungan dengan keluarga dan teman-teman	Hubungan sosial/keluarga
-	Pengembangan pribadi	-	-	-
-	Penentuan nasib sendiri	Tingkat kemandirian	-	-
-	-	Spiritual	-	-
-	-	-	Keselamatan pribadi	Rasa aman

Sumber: *Well-Being And Quality of Life: Measuring The Benefits Of Culture And Sport: A Literature Review And Think Piece. Scotish Executive Social Research*²⁰

2.3.3 Faktor – Faktor yang memengaruhi Kualitas Hidup

Faktor – faktor yang memengaruhi kualitas hidup menurut Pukeliene & Starkauskiene²¹ adalah sebagai berikut :

a. Kesejahteraan Sosial (*Social Well-Being*)

Kesejahteraan sosial merupakan faktor yang memengaruhi kualitas hidup individu. Faktor – faktor tersebut meliputi faktor sosial kesejahteraan, membawa keluarga, kehidupan sosial dan hubungan sosial.

b. Kesejahteraan Materi (*Material Well-Being*)

Melalui sudut pandang ekonomi, kesejahteraan materi sangat memengaruhi kualitas hidup individu. Pada tingkat kualitas hidup individu, kesejahteraan materi meliputi situasi keuangan (pendapatan dan akumulasi kekayaan), hidup/kondisi rumah dan lingkungan.

c. Kesejahteraan fisik (*Physical Well-Being*)

Kesejahteraan fisik meliputi beberapa faktor yaitu kondisi kesehatan, (kesehatan fisik, kesehatan mental), kemandirian (kemampuan untuk bergerak dan bekerja), keamanan pribadi, kondisi fisik (sakit, energi, aktivitas fisik, tidur dan istirahat) dan kondisi fungsional (kapasitas fisik individu, kondisi emosional dan kemampuan komunikasi).

Secara alami, lansia mengalami kemunduran fisik, psikis, dan sosial.²¹ Di sisi lain, kesehatan fisik sendiri merupakan salah satu domain atau ruang lingkup dari kualitas hidup.⁶ Tentunya keadaan tersebut dapat memengaruhi kualitas hidup lansia. Gizi kurang merupakan salah satu prediktor perubahan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan, terutama dalam dimensi kesehatan fisik.²³ Hal ini disebabkan karena makanan dan gizi dapat menjadi dimensi penting dalam pengukuran kualitas hidup.²⁴ Status Gizi yang kurang atau lebih dapat memengaruhi kualitas hidup lansia. Gizi yang baik berarti tubuh memiliki cukup zat gizi untuk mempertahankan fungsi dari gangguan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kesehatan fisik sehingga turut memengaruhi kualitas hidup lansia.²³

2.4 Hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup

Secara alami, lansia mengalami kemunduran fisik, psikis dan sosial sehingga tergantung pada orang lain.²² Ketergantungan pada lanjut usia dapat dikurangi jika lansia sehat, aktif, produktif, mandiri dan memiliki kualitas hidup yang baik.²⁵ Menurut WHO, terdapat 4 bidang yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.⁶ Salah satu domain kualitas hidup yaitu kesehatan fisik yang termasuk di dalamnya adalah masalah penyakit, kegelisahan tidur dan beristirahat, energi dan kelelahan, status gizi, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan obat dan bantuan medis dan kapasitas pekerjaan juga merupakan salah satu indikator penting dalam pengukuran kualitas hidup. Makanan dan gizi dapat menjadi dimensi penting dalam pengukuran kualitas hidup.²³ Status gizi yang kurang (*underweight*) atau berlebih (*overweight*) akan memengaruhi kualitas hidup lansia. Status gizi yang baik menandakan bahwa tubuh memiliki cukup zat gizi untuk mempertahankan fungsi kesehatan.²⁶

Kualitas hidup lansia akan semakin buruk dengan bertambahnya usia.²⁷ Pertambahan usia dapat menyebabkan perubahan dalam cara hidup, ekonomi, penyakit kronis, kesehatan fisik, mental dan psikologis.²⁸ Usia lanjut seringkali dikaitkan dengan malnutrisi, hal ini disebabkan karena pada usia lanjut terdapat penurunan fungsi tubuh mulai dari menurunnya kemampuan alat indera seperti pengecap dan penciuman, serta penurunan fungsi gastrointestinal yang menyebabkan penurunan nafsu makan sehingga turut memengaruhi status gizi. Malnutrisi dapat menyebabkan keterbatasan dalam aktivitas fisik yang menyebabkan ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari – hari sehingga dapat memengaruhi kualitas hidup lansia.²⁹ Pemenuhan kebutuhan gizi yang baik dapat membantu proses beradaptasi dengan perubahan yang dialami dan dapat menjaga kelangsungan pergantian sel – sel tubuh dan meningkatkan kesehatan.³⁰

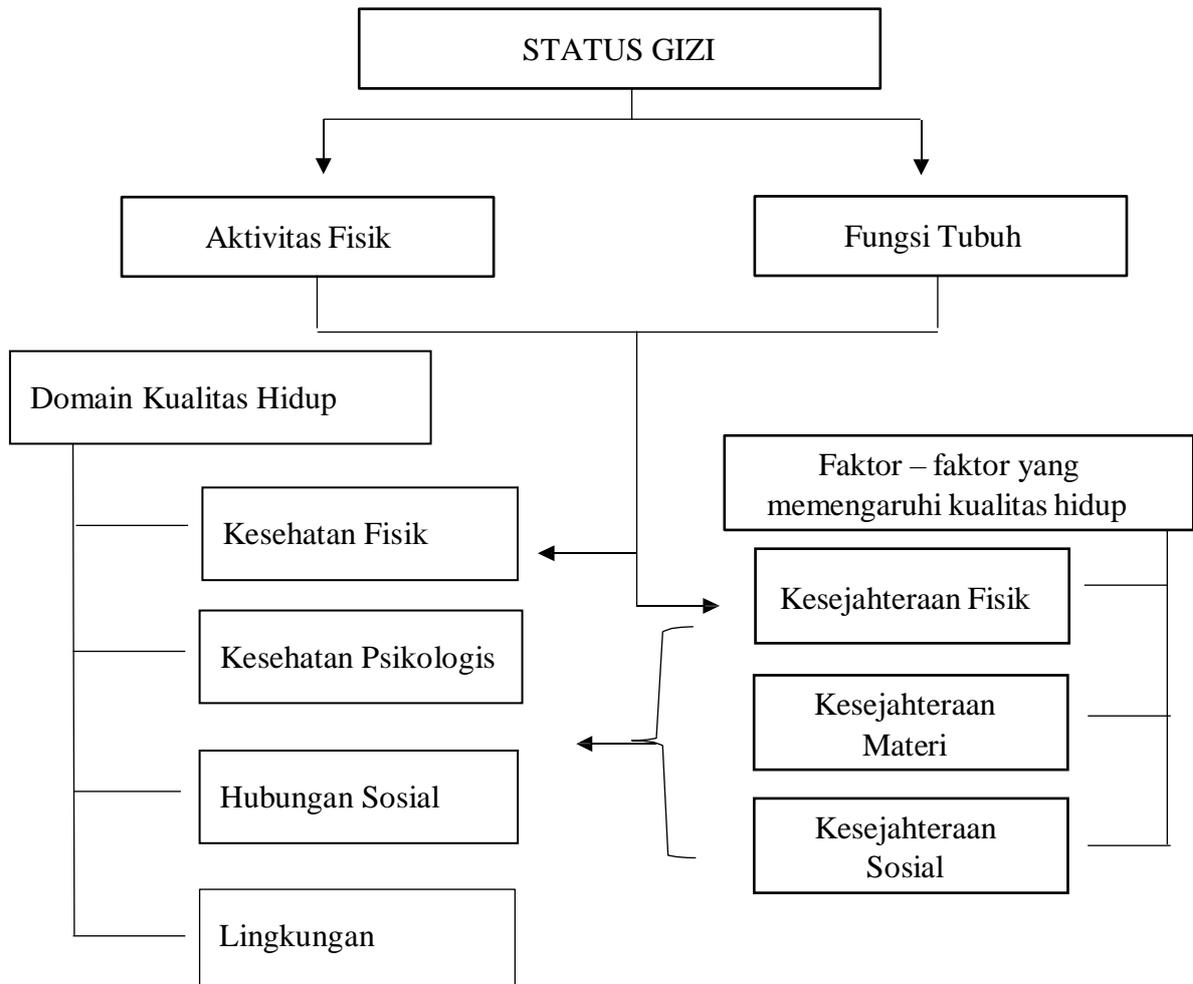
Masalah gizi kurang pada lansia dapat dilihat dengan mudah melalui penampilan umum, yakni rendahnya berat badan lansia dibandingkan dengan standar atau berat badan ideal. Darmojo¹⁴ menjelaskan bahwa faktor resiko

terjadinya masalah kurang gizi pada lansia diakibatkan oleh beberapa faktor, seperti selera makan rendah, gangguan gigi geligi, disfagia, gangguan fungsi pada indera penciuman dan pengecap, pernafasan, saluran pencernaan, neurologi, infeksi, cacat fisik, dan penyakit lain seperti kanker. Selain itu, kurangnya pengetahuan asupan makanan yang baik dan adanya faktor psikologi seperti depresi merupakan faktor terjadinya kurang gizi.³¹

Masalah gizi lebih atau obesitas juga menjadi permasalahan gizi pada lansia selain masalah kurang gizi. Kegemukan atau obesitas meningkatkan resiko menderita penyakit jantung koroner 1-3 kali, penyakit hipertensi 1,5 kali, diabetes mellitus 2,9 kali, dan penyakit empedu 1-6 kali.³¹ Hal ini menunjukkan bahwa berat badan lebih atau obesitas juga harus menjadi perhatian dalam hal status gizi pada lansia. Penyebab tidak langsung masalah gizi merupakan faktor lingkungan, pendapatan serta ketersediaan informasi sehingga status gizi pada lansia berhubungan dengan kualitas hidup domain lingkungan.³² Status gizi juga turut memengaruhi kondisi kesehatan fisik, dimana apabila lansia memiliki status gizi kurang maka hal tersebut juga akan memengaruhi proses penyembuhan, fungsi tubuh dan ketahanan penyakit. Hal tersebut akan berdampak pada penurunan kesehatan fisik lansia.

Status nutrisi pada lansia berhubungan, secara signifikan dan bolak-balik, dengan kualitas hidup lansia. Hubungan antarkedua hal tersebut dapat dijelaskan dengan beberapa penjelasan. Keadaan emosional, termasuk di dalamnya perasaan negatif, dapat mempengaruhi asupan nutrisi pada lansia. Selain itu, kelelahan dan keletihan juga dapat mempengaruhi asupan nutrisi lansia. Jika lansia memiliki lebih sedikit energi, maka ada kemungkinan lansia berhenti makan sebelum merasa kenyang. Keadaan emosional yang baik dapat menjadi salah satu indikator kualitas hidup pada lansia yang baik pula. Keadaan emosional yang baik ini kemudian membentuk kualitas hidup yang baik dan memungkinkan lansia untuk memiliki status nutrisi yang baik pula²⁹. Namun, sebagaimana hubungan bolak-balik antar kedua hal tersebut, asupan nutrisi yang baik juga mempengaruhi mempengaruhi baiknya kualitas hidup lansia.

2.5. Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan studi deskriptif analitik dengan disain *cross-sectional*.

3.2. Tempat dan Waktu

Tempat : Panti Wreda Salam Sejahtera Bogor

Waktu : Januari-Juni 2019

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

3.3.1.1. Populasi Target

Populasi target pada penelitian ini adalah lanjut usia di Indonesia.

3.3.1.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah lanjut usia yang tinggal di Panti Wreda Salam Sejahtera.

3.3.2. Sampel dan Teknik Sampling

Sampel pada penelitian ini adalah lanjut usia yang tinggal di Panti Wreda Salam Sejahtera yang memenuhi kriteria inklusi. Besar sampel pada penelitian ini dihitung menggunakan rumus uji hipotesis terhadap dua proporsi kelompok independen:

$$n = \frac{(Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{P_1 - P_2}$$

Keterangan:

n = jumlah subyek

$Z\alpha$ = deviat baku untuk α (1,96)

$Z\beta$ = deviat baku untuk β (0,842)

P_1 = proporsi efek standar (0,1)²

P_2 = proporsi efek yang diteliti

Maka, perhitungan sampelnya adalah:

$$P_2 = P_1 + 0,2$$

$$= 0,5 + 0,2$$

$$= 0,7$$

$$P = \frac{1}{2} (P_1 + P_2)$$

$$= \frac{1}{2} (0,5 + 0,7)$$

$$= 0,45$$

$$Q = 1 - P$$

$$= 1 - 0,45$$

$$= 0,55$$

$$Q_1 = 1 - P_1$$

$$= 1 - 0,5$$

$$= 0,5$$

$$Q_2 = 1 - P_2$$

$$= 1 - 0,7$$

$$= 0,3$$

$$n_{\text{gl}} = n_{\text{gr}} = 55.692886$$

$$n = 56 \times 2 = 112$$

*Keterangan:

P_1 didapatkan dari penelitian Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup pada Pasien Hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Unit II, Yogyakarta.³³

3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

1.5.1 Kriteria Inklusi

- Lanjut usia yang tinggal di Panti Wreda Salam Sejahtera yang setuju untuk

berpartisipasi dan sehat secara kognitif

1.5.2 Kriteria Eksklusi

- Lanjut usia yang tinggal di Panti Wreda Salam Sejahtera yang tidak kooperatif dan tidak setuju untuk berpartisipasi
- Lanjut usia yang mengalami immobilitas

3.5 Cara Kerja Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF yang telah di tranlasi ke Bahasa Indonesia serta diuji validitas dan reliabilitasnya³⁴ untuk identitas subjek dan kualitas hidup subjek yang disertakan *inform consent*, serta melakukan pengukuran status gizi dengan menggunakan pengukuran antropometri.

3.6 Variabel Penelitian

3.7.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah status gizi.

3.7.2 Variabel terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup.

3.7 Definisi Operasional

3.7.1 Status Gizi

Definisi : Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan gizi dalam bentuk variabel tertentu.¹⁵

Cara Ukur : Pengukuran Antropometri

Alat Ukur : Timbangan kilogram dan pengukuran tinggi badan

Hasil Ukur :

- Underweight <18,5
- Normal 18,5-22,9
- Overweight 23-24,9
- Obese I 25-29,9
- Obese II >30

Berdasarkan hasil ukur tersebut, untuk melakukan analisa dengan menggunakan *Chi-Square Test* maka dibagi menjadi status gizi normal yang terdiri dari status gizi normal dan status gizi tidak normal yang terdiri dari status gizi *underweight*, *overweight*, *obese I*, dan *obese II*.

Skala Ukur : Kategorik.

3.7.2 Kualitas Hidup

Definisi : kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam konteks budaya dan nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standard dan perhatian.⁶

Cara Ukur : *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL-BREF)

Alat Ukur : Kuesioner

Hasil Ukur :

- Kualitas Hidup Sangat Buruk skor 0-20
- Kualitas Hidup Buruk skor 21-40
- Kualitas Hidup Sedang skor 41-60
- Kualitas Hidup Baik skor 61-80
- Kualitas Hidup Sangat Baik skor 81-100

Berdasarkan hasil ukur tersebut, untuk melakukan analisa dengan menggunakan *Chi-Square Test* maka dibagi menjadi Kualitas Hidup Baik yang terdiri dari Kualitas Hidup Sedang, Kualitas Hidup Baik, dan Kualitas Hidup Sangat Baik. Sedangkan Kualitas Hidup Buruk yang terdiri dari Kualitas Hidup Buruk dan Kualitas Hidup Sangat Buruk.

Skala Ukur : Kategorik.

3.8 Pengumpulan Data

1. Identitas Lansia

Pengumpulan data dengan menggunakan kuisisioner yang berisi nama, usia, nomor *handphone*.

2. Status Gizi

Mengukur status gizi lanjut usia dengan menggunakan Indeks Massa Tubuh Asia Pasifik (dilakukan pengukuran antropometri).

3. Kualitas Hidup

Menilai kualitas hidup lansia dengan menggunakan kuesioner *World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)* yang telah ditranslasi dan diuji validitasnya³⁴.

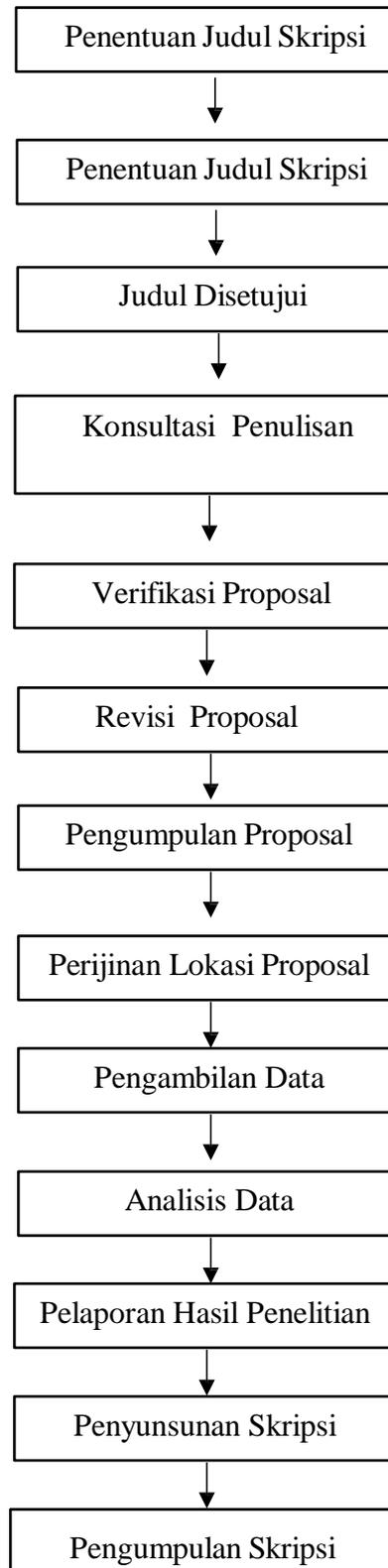
3.9 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode pengukuran antropometri untuk mengetahui status gizi subjek dan kuesioner *World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL- BREF)* yang telah ditranslasi ke Bahasa Indonesia dan diuji validitasnya³⁴ untuk menilai kualitas hidup subjek.

3.10 Analisis Data

Data yang diperoleh diolah menggunakan uji statistik *chi-square* dengan batas kemaknaan 5% menggunakan SPSS versi 22.

3.11 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2019 pada Lansia di Panti Wreda Salam Sejahtera, Bogor. Total responden dalam penelitian ini sebanyak 72 orang.

4.1 Analisis Univariat

4.1.1 Demografi Responden

Penelitian menunjukkan karakteristik demografi responden berdasarkan jenis kelamin terdapat 27 (37,5%) responden laki-laki dan 45 (62,5%) responden perempuan. Persebaran usia terbanyak terdapat pada kategori usia *old* yaitu sebanyak 42 (58,33%) reponden. Sebanyak 23 (31,94%) responden memiliki pendidikan terakhir di jenjang SD, 19 (26,39%) responden memiliki tingkat pendidikan terakhir di jenjang SMP, dan 18 (25,00%) responden memiliki tingkat pendidikan terakhir di jenjang SMA. (Lihat Tabel 4.1)

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Agama, dan Pendidikan Terakhir

Kategori	Frekuensi (%)
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	27 (37,5%)
Perempuan	45 (62,5%)
Usia	
Middle Age	6 (8,33%)
Elderly	22 (30,56%)
Old	42 (58,33%)
Very Old	2 (2,78%)
Agama	
Kristen/Katholik/Protestan	29 (40,28%)
Budha	22 (30,56%)
Lainnya	1 (1,39%)
Pendidikan Terakhir	
Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD	3 (4,17%)
Tamat SD	23 (31,94%)
Tamat SMP	19 (26,39%)
Tamat SMA	18 (25,00%)
Tamat Perguruan Tinggi (Diploma/S1/S2)	9 (12,50%)

4.1.2 Status Gizi pada Lansia

Berdasarkan penelitian didapatkan hasil bahwa lansia dengan indeks masa tubuh (IMT) normal sebanyak 26 (36,11%) orang responden, diikuti oleh lansia dengan indeks masa tubuh (IMT) *overweight* sebanyak 19 (26,39%) responden. Berdasarkan data, didapatkan sebanyak 63,89% responden memiliki indeks masa tubuh (IMT) yang tidak normal, terbagi dalam kategori indeks masa tubuh (IMT) *underweight*, *overweight*, *obese I*, dan *obese II*. Sementara sebanyak 26 (36,11%) orang lainnya memiliki indeks masa tubuh (IMT) yang normal. (Lihat Tabel 4.2)

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Status Gizi (IMT) pada Lansia

Kategori	Frekuensi (%)
Status Gizi	
Underweight	12 (16,67%)
Normal	26 (36,11%)
Overweight	19 (26,39%)
Obese I	10 (13,89%)
Obese II	5 (6,94%)
Klasifikasi Status Gizi	
Normal	26 (36,11%)
Tidak Normal	46 (63,89%)

4.1.3 Kualitas Hidup pada Lansia

Pada penelitian didapatkan hasil bahwa sebanyak 50% responden pada domain 1 kualitas hidup (kesehatan fisik) pada kategori sedang yang merupakan kategori dengan jumlah responden tertinggi, sedangkan sebanyak 2 (2,78%) responden masing-masing pada kategori sangat buruk dan sangat baik yang merupakan kategori dengan jumlah terendah. Pada penelitian juga didapatkan hasil bahwa sebanyak 33 (45,83%) responden pada domain 2 kualitas hidup (kesehatan psikologis) pada kategori sedang yang merupakan kategori dengan jumlah responden tertinggi. Pada domain 3 (hubungan sosial) didapatkan hasil sebanyak 41 (56,94%) responden berada pada kategori sedang yang merupakan kategori dengan jumlah responden terbanyak, sedangkan sebanyak 4 (5,56%) responden masing-masing pada kategori sangat buruk dan sangat baik yang merupakan kategori dengan jumlah responden terendah.

Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup (WHOQOL-BREF) pada Lansia

Kategori	Klasifikasi					Mean; Std Deviasi
	Sangat Buruk f (%)	Buruk f (%)	Sedang f (%)	Baik f (%)	Sangat Baik f (%)	
Kualitas Hidup						
Domain 1	2 (2,78%)	11 (15,28%)	36 (50,00%)	21 (29,17%)	2 (2,78%)	52,0556; 14,66037
Domain 2	0 (0,00%)	5 (6,94%)	33 (45,83%)	32 (44,44%)	2 (2,78%)	57,5972; 12,37974
Domain 3	4 (5,56%)	12 (16,67%)	41 (56,94%)	11 (15,28%)	4 (5,56%)	51,6528; 16,84407
Domain 4	1 (1,39%)	6 (8,33%)	53 (73,61%)	12 (16,67%)	0 (0,00%)	51,2083; 9,98159

4.2 Analisis Bivariat

4.2.1 Hubungan antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup pada Lansia

Pada penelitian didapatkan hasil bahwa sebanyak 7 dari 12 (58,33%) responden *underweight*, 12 dari 26 (46,15%) responden normal, 8 dari 19 (42,11%) responden *overweight*, 6 dari 10 (60,00%) responden *obese I*, dan 3 dari 5 (60,00%) responden *obese II* memiliki kualitas hidup domain I (kesehatan fisik) sedang dengan jumlah responden terbanyak. Hasil analisis menunjukkan hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 1 (kesehatan fisik) memiliki nilai $p=0,054$; $p>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 1 (kesehatan fisik). (Lihat Tabel 4.4)

Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 1

Kategori	Klasifikasi Kualitas Hidup					Total
	Sangat Buruk f (%)	Buruk f (%)	Sedang f (%)	Baik f (%)	Sangat Baik f (%)	
Status Gizi						
Underweight	0 (0,00%)	2 (16,67%)	7 (58,33%)	2 (16,67%)	1 (8,33%)	12
Normal	2 (7,69%)	6 (23,08%)	12 (46,15%)	6 (23,08)	0 (0,00%)	26
Overweight	0 (0,00%)	2 (10,53%)	8 (42,11%)	8 (42,11%)	1 (5,26%)	19
Obese I	0 (0,00%)	1 (10,00%)	6 (60,00%)	3 (30,00%)	0 (0,00%)	10
Obese II	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (60,00%)	2 (40,00%)	0 (0,00%)	5

Tabel 4. 5 Tabel 2x2 *Chi-Square* Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 1

	Kualitas Hidup Baik	Kualitas Hidup Buruk	Total	p
Status Gizi Normal	18	8	26	0,054
Status Gizi Tidak Normal	41	5	46	
Total	59	13	72	

Pada penelitian didapatkan hasil sebanyak 9 dari 12 (75,00%) responden *underweight*, 3 dari 5 (60,00%) responden *obese II*, dan 9 dari 19 (47,37%) responden *overweight* memiliki kualitas hidup domain 2 (kesehatan psikologis) sedang, sedangkan 15 dari 26 (57,69%) responden normal dan 6 dari 10 (60%) responden *obese I* memiliki kualitas hidup domain 2 baik dengan jumlah responden terbanyak. Hasil analisis menunjukkan hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 2 (kesehatan psikologis) memiliki nilai $p=0,647$; $p>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 2 (kesehatan psikologis). (Lihat Tabel 4.6)

Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 2

Kategori	Klasifikasi Kualitas Hidup				Total
	Buruk	Sedang	Baik	Sangat Baik	
	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	
Status Gizi					
Underweight	0 (0,00%)	9 (75,00%)	2 (16,67%)	1 (8,33%)	12
Normal	1 (3,85%)	9 (34,62%)	15 (57,69%)	1 (3,85%)	26
Overweight	3 (15,79%)	9 (47,37%)	7 (36,84%)	0 (0,00%)	19
Obese I	1 (10,00%)	3 (30,00%)	6 (60,00%)	0 (0,00%)	10
Obese II	0 (0,00%)	3 (60,00%)	2 (40,00%)	0 (0,00%)	5

Tabel 4. 7 Tabel 2x2 *Chi-Square* Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 2

	Kualitas Hidup Baik	Kualitas Hidup Buruk	Total	p
Status Gizi Normal	18	8	26	0,647
Status Gizi Tidak Normal	41	5	46	
Total	59	13	72	

Pada penelitian didapatkan hasil sebanyak 9 dari 12 (75,00%) responden *underweight*, 13 dari 16 (50,00%) responden normal, 11 dari 19 (57,89%) responden *overweight*, dan 6 dari 10 (60,00%) responden *obese I* memiliki kualitas hidup domain 3 (lingkungan) dengan kategori sedang, sedangkan 3 dari 5 (60,00%) responden *obese II* memiliki kualitas hidup domain 3 dengan kategori baik dengan jumlah responden terbanyak. Hasil analisis menunjukkan hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 3 (hubungan sosial) memiliki nilai $p=0,471$; $p>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 3 (hubungan sosial). (Lihat Tabel 4.8)

Tabel 4. 8 Distribusi Frekuensi Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 3

Kategori	Klasifikasi Kualitas Hidup					Total
	Sangat Buruk	Buruk	Sedang	Baik	Sangat Baik	
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
Status Gizi						
Underweight	0 (0,00%)	1 (8,33%)	9 (75,00%)	1 (8,33%)	1 (8,33%)	12
Normal	2 (7,69%)	5 (19,23%)	13 (50,00%)	3 (11,54%)	3 (11,54%)	26
Overweight	1 (5,26%)	4 (21,05%)	11 (57,89%)	3 (15,79%)	0 (0,00%)	19
Obese I	1 (10,00)	2 (20,00%)	6 (60,00%)	1 (10,00%)	0 (0,00%)	10
Obese II	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (40,00%)	3 (60,00%)	0 (0,00%)	5

Tabel 4. 9 Tabel 2x2 *Chi-Square* Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 3

	Kualitas Hidup Baik	Kualitas Hidup Buruk	Total	p
Status Gizi Normal	19	7	26	0,471
Status Gizi Tidak Normal	37	9	46	
Total	56	16	72	

Pada penelitian didapatkan hasil bahwa sebanyak 10 dari 12 (83,33%) responden *underweight*, 19 dari 26 (73,08%) responden normal, 13 dari 19 (68,42%) responden *overweight*, 7 dari 10 (70,00%) responden *obese I*, dan 4 dari 5 (80,00%) responden *obese II* memiliki kualitas hidup domain 4 (hubungan sosial) dengan kategori sedang dengan jumlah responden terbanyak. Hasil analisis menunjukkan hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 4 (lingkungan) memiliki nilai $p=0,662$; $p>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 4 (lingkungan). (Lihat Tabel 4.10)

Tabel 4. 10 Distribusi Frekuensi Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 4

Kategori	Klasifikasi Kualitas Hidup				Total
	Sangat Buruk f (%)	Buruk f (%)	Sedang f (%)	Baik f (%)	
Status Gizi					
Underweight	1 (8,33%)	0 (0,00%)	10 (83,33%)	1 (8,33%)	12
Normal	0 (0,00%)	2 (7,69%)	19 (73,08%)	5 (19,23%)	26
Overweight	0 (0,00%)	2 (7,69%)	13 (68,42%)	4 (21,05%)	19
Obese I	0 (0,00%)	1 (10,00%)	7 (70,00%)	2 (20,00%)	10
Obese II	0 (0,00%)	1 (20,00%)	4 (80,00%)	0 (0,00%)	5

Tabel 4. 11 Tabel 2x2 *Chi-Square* Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia Berdasarkan Domain 4

	Kualitas Hidup Baik	Kualitas Hidup Buruk	Total	p
Status Gizi Normal	24	2	26	
Status Gizi Tidak Normal	41	5	46	0,662
Total	65	7	72	

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia

Hasil pada penelitian ini didapatkan bahwa status gizi pada lansia berdasarkan indeks masa tubuh (IMT) sebanyak 26 (36,11%) responden memiliki indeks massa tubuh (IMT) normal, 12 (16,67%) responden memiliki indeks massa tubuh (IMT) *underweight*, 19 (26,39%) responden memiliki indeks massa tubuh (IMT) *overweight*, 10 (13,89%) responden memiliki indeks massa tubuh (IMT) *obese I*, dan 5 (6,94%) responden memiliki indeks massa tubuh (IMT) *obese II*. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nazan dan Buket³⁶ yang menjelaskan bahwa mayoritas responden memiliki status gizi yang normal. Penelitian tersebut dilakukan kepada 102 responden dengan sebaran 45 orang responden laki-laki dan 57 orang responden perempuan. Penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa sebanyak 44 orang responden memiliki status gizi yang normal. Hasil tersebut juga dijelaskan pada penelitian Khole dan Sollet³⁷ Penelitian dilakukan terhadap 150 orang responden dan didapatkan hasil bahwa sebanyak 71 dari 150 orang responden (54,6%) memiliki status gizi normal. Namun hasil yang berbeda dijelaskan dalam penelitian Oliveira, Fogaca, dan Leandro-Melhi³⁸. Penelitian tersebut dilakukan kepada 240 orang responden dan didapatkan hasil bahwa sebanyak 37,1% responden beresiko mengalami malnutrisi dan 33,8% responden memiliki status gizi normal.

Pada penelitian ini juga didapatkan hasil kualitas hidup bahwa pada kualitas hidup domain 1 (kesehatan fisik) sebanyak 36 (50,00%) responden, domain 2 (kesehatan psikologis) sebanyak 33 (45,83%) reponden, domain 3 (hubungan sosial) sebanyak 41 (56,94%) reponden, dan domain 4 (lingkungan) sebanyak 53 (73,61%) responden memiliki jumlah responden terbanyak pada kategori kualitas hidup sedang. Pada penelitian Khaje-Bishak *et. al*³⁹ didapatkan hasil penelitian bahwa responden memiliki kualitas hidup secara keseluruhan dalam kategori sedang. Penelitian ini sama dengan penelitian saya dimana kualitas hidup di semua domain dominan pada kategori sedang. Sedangkan pada penelitian Luger *et. al*³¹

didapatkan hasil bahwa sebanyak 47 responden memiliki kualitas hidup keseluruhan yang rendah dan 36 orang responden memiliki kualitas hidup keseluruhan yang tinggi.

Hasil analisis menunjukkan hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 1 (kesehatan fisik) memiliki nilai $p=0,054$; $p>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 1 (kesehatan fisik). Hasil analisis pada domain 2 menunjukkan hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 2 (kesehatan psikologis) memiliki nilai $p=0,647$; $p>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan atau bermakna antara status gizi dengan kualitas hidup domain 2 (kesehatan psikologis). Hasil analisis pada domain 3 menunjukkan hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 3 (hubungan sosial) memiliki nilai $p=0,471$; $p>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 3 (hubungan sosial). Hasil analisis pada domain 4 menunjukkan hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 4 (lingkungan) memiliki nilai $p=0,662$; $p>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara status gizi dengan kualitas hidup domain 4 (lingkungan).

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa hubungan antara status gizi dengan masing-masing domain kualitas hidup tidak bermakna secara statistik. Hal ini disebabkan karena dalam penelitian ini tidak terdapat variabel yang menjelaskan mengenai kondisi kesehatan saat ini dan riwayat kesehatan sebelumnya. Sedangkan dalam penelitian Ludger et al.³¹ dijelaskan bahwa belum dapat dijelaskan secara jelas apakah status nutrisi merupakan penyebab dari baik/buruknya kualitas hidup atau merupakan konsekuensi dari baik/buruknya status nutrisi. Hubungan antara status nutrisi dan kualitas hidup merupakan hubungan yang belum bisa dijelaskan arahnya. Sehingga tidak dapat dijelaskan secara rinci dan jelas mengenai hubungan antara kedua variabel tersebut. Hubungan tidak bermakna pada penelitian ini diprediksi terjadi karena beberapa faktor.

Dalam penelitiannya, Ludger et al.³¹ menjelaskan bahwa kemampuan fungsional mungkin memengaruhi hubungan antara status gizi dengan kualitas

hidup. Secara statistik, kemampuan fungsional dapat diinterpretasikan sebagai salah satu *moderating factor* antara hubungan status gizi dengan kualitas hidup. Kemampuan fungsional merupakan kapasitas lansia dalam performa perawatan diri, salah satu kegiatan perawatan diri yang dipengaruhi oleh kemampuan fungsional adalah kemampuan pemenuhan nutrisi secara mandiri. Dalam penelitian ini tidak ditinjau mengenai kondisi kesehatan responden saat ini dan riwayat kesehatan responden di masa lalu. Sedangkan beberapa penyakit yang memengaruhi status gizi, kualitas hidup, dan hubungan antar keduanya merupakan komponen penting dalam mencari hubungan antara kedua variabel. Penyakit-penyakit seperti diabetes, penyakit jantung koroner, dan kanker memengaruhi secara langsung maupun tidak langsung status gizi individu. Kemudian, status gizi yang dipengaruhi oleh penyakit-penyakit tersebut juga dapat mempengaruhi kualitas hidup individu. Tidak terdapatnya informasi dalam penelitian ini mengenai kondisi kesehatan lansia yang berhubungan dengan penyakit yang sedang diderita dan riwayat penyakit, menjadikan hubungan antara status gizi dan kualitas hidup pada penelitian ini tidak terdapat hubungan yang signifikan. Perbedaan hasil dengan penelitian milik Luger *et al.*³¹ juga diprediksi karena perbedaan instrumen dalam menilai status gizi. Dalam penelitiannya, Luger *et al.*³¹ menggunakan instrumen *Mini Nutritional Assesment long-form* (MNA-LF) untuk mengukur status gizi, sedangkan penelitian ini menggunakan IMT untuk menilai status gizi.

Pada penelitian Ghimire *et al.*⁴⁰ melaporkan bahwa status gizi memengaruhi sebanyak 41% terhadap kualitas hidup. Namun dalam penelitiannya, status gizi bukan merupakan prediktor dari kualitas hidup, namun status gizi merupakan *moderating factor* dari kualitas hidup. *Moderating factor* berarti bahwa variabel yang dapat memperkuat atau memperlemah hubungan langsung antarvariabel independen dan dependen. *Moderating factor* adalah faktor yang mempunyai pengaruh terhadap sifat atau arah hubungan antar variabel. Sedangkan dalam penelitian ini status gizi merupakan prediktor dalam kualitas hidup.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Responden pada penelitian ini hanya dilakukan pada satu panti wreda, sehingga kurang memberikan gambaran mengenai status gizi dan kualitas hidup lansia. Selain itu keterbatasan yang lainnya adalah jumlah responden yang tidak memenuhi perhitungan sampel penelitian karena penelitian ini hanya berfokus untuk dilakukan di satu panti wreda.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Panti Wreda Salam Sejahtera Bogor, dapat disimpulkan bahwa:

- Lansia dengan indeks masa tubuh (IMT) normal menempati posisi dengan jumlah terbanyak 26 (36,11%) lansia, diikuti oleh lansia dengan indeks masa tubuh (IMT) *overweight* sebanyak 19 (26,39%) responden. Sedangkan untuk kategori dengan jumlah paling rendah yaitu kategori *Obese II* sebanyak 5 (6,94%) responden.
- Kualitas hidup domain 1 (kesehatan fisik), kualitas hidup domain 2 (kesehatan psikologis), domain 3 (hubungan sosial), dan domain 4 (lingkungan) dominan pada kategori sedang dengan masing-masing presentase sebesar domain 1 sebanyak 50%, domain 2 sebanyak 45,83%, domain 3 sebanyak 56,94%, dan domain 4 sebanyak 73,61%.
- Tidak terdapat hubungan signifikan antara status gizi dengan semua domain kualitas hidup dengan nilai p pada masing-masing domain adalah p domain 1=0,054, p domain 2=0,647, p domain 3= 0,471, p domain 4=0,662; $p>0,05$.

6.2 Saran

- Dilakukan penelitian lansia dengan jumlah responden lebih banyak dan dilakukan di berbagai setting penelitian (misalnya lansia yang dirawat di rumah dan lansia yang mengalami hospitalisasi) sehingga hasil penelitian lebih komprehensif.
- Dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai berbagai faktor lain yang mungkin memengaruhi status gizi dan kualitas hidup, misalnya dukungan dan kemampuan keluarga untuk merawat lansia, serta kondisi kesehatan lansia yang berhubungan dengan penyakit yang diderita dan riwayat penyakit lansia di masa lalu.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Pusat Statistik. Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2015. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2013.
2. World Health Organization. World Population Ageing 2019: Highlights [Internet]. New York: World Health Organization; 2019. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Populasi Lansia Diperkirakan Meningkat Hingga Tahun 2020. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
4. Badan Pusat Statistik. Statistik Penduduk Lanjut Usia 2018 [Internet]. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2018. Available from: <https://www.bps.go.id/publication/download.html?nrbvfeve=zwfkymfinjuwn2mwnji5ngi3ngfkzjcx&xzmn=ahr0chm6ly93d3cuynbzlmvmlkl3b1ymxpy2f0aw9ulziwmtgvmtivmjvzwfkymfinjuwn2mwnji5ngi3ngfkzjcxl3n0yxrpc3rpayl1wz5kdwr1ay1syw5qdxqtdxnpys0ymde4lmh0bww%3d&twoadfnorfeauf=mjajmc0wms0xmiaxmdoyoto1ng%3d%3d>
5. Wahyudi N. Keperawatan Gerontik dan Geriatrik. 3rd ed. Jakarta: EGC; 2008.
6. World Health Organization. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Saniawan. Nutritional Status of Elderly at Banjar Paang Tebel in North Peguyangan Village. 3rd Public Health Centre Work Territorial in North Denpasar 2007. Denpasar; 2009.
8. Sudirman S. Psikologi Usia Lanjut. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2011.
9. Pemerintah Republik Indonesia. Undang-Undang No.13 Tahun 1998. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia; 1998.
10. World Health Organization. Man Ageing and Health: Achieving Health Across The Life Span. Geneva: World Health Organization; 1999.
11. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [Internet]. World Health Organization. 2020 [cited 8 January 2020]. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
12. Oktariyani. Gambaran Status Gizi Pada Lanjut Usia Di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulya 01 dan 03 Jakarta Timur [Undergraduate]. Universitas Indonesia; 2012.
13. World Health Organization. World Report on Ageing and Health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=C20CF670BE0684E0B2E50DF9D198176B?sequence=1

14. Darmojo B. Buku Ajar Geriatrik (Ilmu Kesehatan Lanjut Usia). Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2011.
15. Hadiansyah, Supriasa. Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta: EGC; 2016.
16. Leslie W, Hankey C. Aging, Nutritional Status and Health. Healthcare [Internet]. 2015 [cited 24 November 2019];3(3):648-658. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939559/>
17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Pedoman Pelayanan Gizi Lanjut Usia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
18. Gibson R. Principles of Nutritional Assessment. New York: Oxford University Press; 2005.
19. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 p. 157-163. Available from: https://www.who.int/nutrition/publications/bmi_asia_strategies.pdf
20. Galloway S, Bell D, Hamilton C, Scullion A. Well-Being and Quality of Life: Measuring the Benefits of Culture and Sport - A Literature Review and Thinkpiece [Internet]. Edinburgh: Scottish Government; 2006 [cited 24 November 2019]. Available from: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/89281/0021350.pdf>
21. Pukeliene V, Starkauskiene V. Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity. Engineering Economics [Internet]. 2011 [cited 24 November 2019];22(2). Available from: <http://inzeke.ktu.lt/index.php/EE/article/view/311>
22. Fatmah. Gizi Usia Lanjut: Kebutuhan Zat Gizi. Jakarta: Erlangga; 2010.
23. Bair E. The Impact of Nutritional Status on The Health and Quality of Life of Older Adults. Journal of Gerontology [Internet]. 2011 [cited 24 November 2019]; Available from: <https://commons.pacificu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=ger>
24. Salim O, Sudharma N, Kusumaratna R, Hidayat A. Validitas dan Reabilitas World Health Organization Quality of Life-BREF untuk Mengukur Kualitas Hidup Lanjut Usia. Universa Medica. 2007.
25. Yuliati A, Baroya N, Ririyant i M. Perbedaan Kualitas Hidup Lansia yang tinggal di Komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia. Jurnal Pustaka Kesehatan [Internet]. 2014 [cited 24 November 2019];2(1):87-94. Available from: <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/601>
26. Effendy F, Makhfudli. Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2009.

27. Datta P, Datta D, Majumdar K. Association of quality of life of urban elderly with socio-demographic factors. *International Journal of Medicine and Public Health* [Internet]. 2015 [cited 24 November 2019];5(4):274. Available from: <https://www.ijmedph.org/article/396>
28. Dadipoor S, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A. Comparison of Health Belief Model Constructs Based on Birth Type among Primiparous Pregnant Women in Bandar Abbas, Iran. *Journal of Education and Community Health* [Internet]. 2017 [cited 24 November 2019];4(1):59-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23113095>
29. Amarantos E, Martinez A, Dwyer J. Nutrition and Quality of Life in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [Internet]. 2001 [cited 24 November 2019];56(Supplement 2):54-64. Available from: https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/suppl_2/54/581105
30. Widiyanto. *Strategi Peningkatan Kualitas Hidup Manusia di Indonesia*. Jakarta: Erlangga; 2007.
31. Luger E, Haider S, Kapan A, Dorner T, Lackinger C, Schindler K. Association between nutritional status and quality of life in frail community-dwelling older persons. *European Journal of Public Health* [Internet]. 2015;25(suppl3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29239581>
32. Aulia M, Rahimawati A, Sitorus R. Hubungan Status Gizi Terhadap Kualitas Hidup Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Warga Tama Indralaya. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* [Internet]. 2017;208-213. Available from: <http://ejournal.fkm.unsri.ac.id/index.php/jikm/article/view/240>
33. *Kualitas Hidup pada Pasien Hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Unit II, Yogyakarta* [Undergraduate]. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta; 2015.
34. Salim O, Sudharma N, Kusumaratna R, Hidayat A. Validitas dan Reliabilitas World Health Organization Quality of Life-BREF Untuk Mengukur Kualitas Hidup Lanjut Usia. *Universa Medicina*. 2007;26(1):27-38.
35. Hyland M, Sodergren S. Development of a new type of global quality of life scale, and comparison of performance and preference for 12 global scales. *Quality of Life Research* [Internet]. 1996;5(5):469-480. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8973126>
36. Son N, Kavak B. Evaluation of nutritional status of elderly patients presenting to the Family Health Center. *Pakistan Journal of Medical Sciences* [Internet]. 2018;34(2):446-451. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5954395/pdf/PJMS-34-446.pdf>
37. Vinod Khole C, Soletti A. Nutritional Status of Elderly in the Old Age Homes: A Study in Pune City. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal* [Internet]. 2018;6(1):234-240. Available from:

<http://www.foodandnutritionjournal.org/volume6number1/nutritional-status-of-elderly-in-the-old-age-homes-a-study-in-pune-city/>

38. Leandro-Merhi V, Fogaça K, Gomes T, Oliveira M. P054 Nutritional Status And Functional Capacity Of Hospitalized Elderly. *Clinical Nutrition Supplements* [Internet]. 2009;4(2):47-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19919711>
39. Khaje-Bishak *et.al.* Assessing the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz, Iran. *Journal of Caring Science* [Internet]. 2014;3(4):257-263. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25717455>
40. Ghimire S, Baral B, Pokhrel B, Pokhrel A, Acharya A, Amatya D. Depression, malnutrition, and health-related quality of life among Nepali older patients. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2018;18(1). Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0881-5>

LAMPIRAN

Lampiran 1

	UNTAR FAKULTAS KEDOKTERAN I	
---	--	---

14 Januari 2019

Nomor : 080 -Adm/FK- Untar/I/2019
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Pimpinan
Panti Werdha Salam Sejahtera
Bogor

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa skripsi di Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, maka dengan ini kami mohon agar mahasiswa tersebut dapat diijinkan untuk penelitian dengan metode penelitian WHO-QOL, pengisian FFQ kuesioner, pengukuran antropometer selama bulan Januari - Februari 2019 terhadap 112 lansia di Panti Werdha Salam Sejahtera, Bogor.

Mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Adelia Budiman
N I M : 405160074
Judul Skripsi : Hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup lanjut usia di Panti Werdha

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

a.n. DEKAN,
Wakil Dekan


dr. Ernawati, SE, MS, FSPH, FISCN, Sp.DLP

Tembusan :

- Ketua Unit Penelitian FK UNTAR

Penelitianmhs2019

Jl. Letjen. S. Parman No. 1
Jakarta Barat 11440, INDONESIA
T : (021) 5671781, 5670815
F : (021) 5663126
E-mail : fk@untar.ac.id

www.untar.ac.id

Lampiran 2

RINCIAN INFORMASI KEPADA CALON SUBJEK PENELITIAN HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA DI PANTI WREDA DI BOGOR

Peneliti : Adelia Budiman

NIM : 405160074

Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara

Jl.Letjen. S.Parman No.1 Jakarta Barat

Telepon Seluler : 08118409292

Email: Adeliabdmn@gmail.com

Saya merupakan peneliti dari Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara dengan penelitian berjudul, “Hubungan Antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia di Panti Wreda di Bogor”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup pada Lanjut Usia (Lansia) sehingga dapat menjadi salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas hidup Lansia. Penelitian ini bermanfaat bagi subjek penelitian sebagai pengetahuan, serta dapat menjadi rujukan bagi penelitian selanjutnya.

Penelitian berupa pengukuran status gizi menggunakan metode pengukuran antropometri dan Indeks Massa Tubuh (IMT). Setelah itu subjek penelitian akan mengisi kuesioner *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL-BREF) dengan tujuan untuk mengetahui kualitas hidup Subjek Penelitian.

A. Partisipasi Sukarela

Lansia mengikuti secara sukarela dalam penelitian ini tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Partisipasi lansia dalam penelitian ini tidak akan dikenakan

biaya dalam bentuk apapun. Lansia berhak untuk mengundurkan diri atau membatalkan keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa ada sanksi apapun dari Peneliti.

B. Prosedur Penelitian

Bilamana lansia bersedia mengikuti penelitian ini:

1. Lansia diminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi subjek penelitian.
2. Selanjutnya, lansia akan mengisi lembar kuisisioner yang disediakan Peneliti.
3. Lansia kemudian akan diukur berat badan, tinggi badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT) oleh peneliti sendiri.

C. Kewajiban Subjek Penelitian

Lansia harus mengikuti prosedur penelitian seperti yang dijelaskan diatas. Bila ada hal yang belum diketahui dengan jelas, lansia dapat bertanya kepada peneliti. Bila lansia hendak membatalkan maupun mengundurkan diri dari penelitian ini, lansia diwajibkan menyampaikan kepada peneliti.

D. Kompensasi

Sebagai kompensasi keikutsertaan lansia dalam penelitian ini, lansia akan mendapatkan souvenir di akhir penelitian.

E. Pertanyaan Penelitian

Bila terdapat hal-hal yang belum jelas menyangkut penelitian ini, lansia dapat menanyakan kepada Adelia Budiman selaku peneliti dengan nomor kontak 08118409292.

Lampiran 3

**LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN HUBUNGAN
ANTARA STATUS GIZI DENGAN KUALITAS HIDUP DI PANTI WREDA
DI BOGOR**

Peneliti : Adelia Budiman

NIM : 405160074

Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara

Jl.Letjen. S.Parman No.1 Jakarta Barat

Telepon Seluler : 08118409292

Email: Adeliabdmn@gmail.com

Setelah mendengarkan dan membaca penjelasan dari peneliti mengenai penelitian berjudul Hubungan antara Status Gizi dengan Kualitas Hidup Lansia di Panti Wreda di Bogor, Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :.....

Alamat :.....

Telepon :.....

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian secara sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya akan mengikuti prosedur yang sudah dijelaskan oleh peneliti. Bilamana saya merasa dirugikan, saya berhak membatalkan persetujuan ini tanpa ada sanksi apa pun.

Peneliti
Jakarta,.....2019
Subjek Penelitian

(Nama:.....)

(Nama:.....)

Lampiran 4

LEMBAR KARAKTERISTIK SUBJEK HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA DI PANTI WREDA DI BOGOR

Identitas

Nama :

Usia :

Tempat dan tanggal lahir : Alamat (Panti Wreda) :

Jenis kelamin :

- Laki
- Perempuan

Status perkawinan :

- Menikah
- Tidak menikah
- Cerai

Agama :

- Islam
- Kristen / Katolik
- Buddha
- Hindu
- Lainnya.....

Pendidikan terakhir :

- SD
- SMP
- SMA
- Sarjana

Riwayat Kebiasaan

Kebiasaan merokok :

- Iya
- Tidak

Olahraga (dalam 1 hari):

- Ya, <30 menit
- Ya, >30 menit
- Tidak
- Jika Ya, jenis olahraga

Lampiran 5

LEMBAR PEMERIKSAAN ANTROPOMETRI HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA DI PANTI WERDHA

Nama :

Usia :

Tempat dan tanggal lahir :

Alamat (Panti Werdha)

No.	Pengukuran antropometri	Pengukuran 1	Pengukuran 2	Rata-rata
1.	Berat Badan (BB) (kg)			
2.	Tinggi Badan (TB) (cm)			
3.	Indeks Massa Tubuh (IMT) (kg/m ²)			

Lampiran 6

WHOQOL-BREF

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

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

		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

		Sangat tdk memuaskan	Tdk memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

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

		Tdk sama sekali	Sedikit	Dlm jumlah sedang	Sangat sering	Dlm jumlah berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dpt berfungsi dlm kehidupan sehari-hari anda?	5	4	3	2	1
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5

6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dlm kehidupan anda	1	2	3	4	5
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dgn sarana dan prasarana)	1	2	3	4	5

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

		Tdk sama Sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yg cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5

12.	Apakah anda memiliki cukup uang utk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?	1	2	3	4	5

		Sangat	Buruk	Biasa-	Baik	Sangat
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

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

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

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

Komentar pewawancara tentang penilaian ini?

[Tabel berikut ini harus dilengkapi setelah wawancara selesai]

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

Dikutip dari: Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization by Dr Ratna Mardiaty; Satya Joewana, Catholic University Atma Jaya, Jakarta; Dr Hartati Kurniadi; Isfandari, Indonesia Ministry of Health and Riza Sarasvita, Fatmawati Drug Dependence Hospital, Jakarta.

Lampiran 7

DOKUMENTASI



Lampiran 8

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Data Personal

Nama Lengkap : Adelia Budiman
NIM : 405160074
Jenis Kelamin : Female
Tempat, Tanggal lahir : Jakarta, 8 Maret 1998
Agama : Catholic
Kewarganegaraan : Indonesia
Status : Belum Menikah
Alamat : Jl. Tawakal 2 No. 1, Grogol Petamburan, Jakarta Barat
No Telp : 08118409292
Email : Adeliabdmn@gmail.com

Pendidikan Formal

- 2016 – 2020 : Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara
- 2013 – 2016 : SMA St. Tarsisius Vireta
- 2010 – 2013 : SMP St. Tarsisius Vireta
- 2004 – 2010 : SD St. Tarsisius Vireta
- 2002 – 2004 : TK St. Tarsisius Vireta

Pengalaman Organisasi

- 2019–2020 : Dewan Penasihat (Advisory Board) AMSA-Universitas Tarumanagara
- 2018 –2019 : Representative / Ketua AMSA-Universitas Tarumanagara
- 2017–2018 : District 2 Supervisor of Finance and Promotion Team AMSA-Indonesia
- 2017–2018 : Finance and Promotion Team of AMSA-Indonesia
- 2017–2018 : Executive Board Fundraising Team AMSA-Untar
- 2016–2017 : Member AMSA-Universitas Tarumanagara
- 2015–2016 : Dewan Penasihat (Senior Advisor) OSIS SMA St. Tarsisius Vireta
- 2014–2015 : Sekretaris OSIS SMA St. Tarsisius Vireta
- 2013–2014 : Sekretaris OSIS SMA St. Tarsisius Vireta
- 2012–2013 : Ketua OSIS SMP St. Tarsisius Vireta
- 2011–2012 : Member Divisi Pendidikan OSIS SMP Tarsisius Vireta

Partisipasi dalam Kegiatan Organisasi

- 2019 : Delegasi Musyawarah Nasional (MUNAS) AMSA-Indonesia di AMSA-Unair
- 2019 : Delegasi National Leadership Training (NLT) AMSA-Indonesia di AMSA-UPH
- 2019 : Panitia Discussion and Social Visit in Hospital (DISTAL) AMSA-Untar
- 2019 : Panitia AMSA-Untar Day (AUD) AMSA-Untar
- 2019 : Panitia Local Academic Training (LAT) AMSA-Untar
- 2019 : Panitia Event of The Year (EOTY) AMSA-Indonesia di AMSA-Untar
- 2019 : Panitia Indonesian Medical Students' Training and Competition (IMSTC) AMSA-Indonesia di AMSA-Untar

- 2019 : Delegasi East Asian Medical Student Conference AMSA International di Bangkok (AMSA-Thailand)
- 2018 : Delegasi National Action Event (NAE) AMSA-Indonesia di AMSA-Unhas
- 2018 : Delegasi Rapat Kerja Nasional (RAKERNAS) AMSA-Indonesia di AMSA-UMM
- 2018 : Panitia Mental Health Awareness Day (MAD) AMSA-Untar
- 2018 : Panitia Leadership and Organisation Skills Towards Educated Resources (LOSER) AMSA-Untar
- 2018 : Panitia General Assembly (GA) AMSA-Untar
- 2018 : Panitia Open Recruitment AMSA-Untar
- 2018 : Delegasi Musyawarah Nasional (MUNAS) AMSA-Indonesia di AMSA-Universitas Katolik Atma Jaya
- 2018 : Delegasi Indonesian Medical Students' Training and Competition (IMSTC) AMSA-Indonesia di AMSA-Ukrida
- 2017 : Panitia Leadership and Organisation Skills Towards Educated Resources (LOSER) AMSA-Untar
- 2017 : Panitia Dyslexia Awareness Day (DAD) AMSA-Untar
- 2017 : Delegasi National Action Event (NAE) AMSA-Indonesia di AMSA-Undip
- 2017 : Panitia General Assembly (GA) AMSA-Untar
- 2017 : Delegasi Rapat Kerja Nasional (RAKERNAS) AMSA-Indonesia di AMSA-Universitas Jambi
- 2016 : Partisipan di General Assembly (GA) AMSA-Untar
- 2016 : Panitia Antibiotic Awareness Day (AAD) AMSA-Untar

Partisipasi dalam Pelatihan

- 2019 : Delegasi National Leadership Training (NLT) AMSA-Indonesia di AMSA-UPH

- 2019 : Panitia Indonesian Medical Students' Training and Competition (IMSTC) AMSA-Indonesia di AMSA-Untar
- 2019 : Panitia Local Academic Training (LAT) AMSA-Untar
- 2019 : Delegasi East Asian Medical Student Conference AMSA International di Bangkok (AMSA-Thailand)
- 2019 : Panitia Discussion and Social Visit in Hospital (DISTAL) AMSA-Untar
- 2018 : Panitia Leadership and Organization Skills Towards Educated Resources (LOSER) AMSA-Untar
- 2018 : Legislative Training DPM FK UNTAR
- 2018 : LDKM BEM FK UNTAR
- 2017 : Hospital Visit Grha Kedoya AMSA UNTAR
- 2017 : Mentor PMB FK UNTAR
- 2016 : Five Star Doctor Training FK UNTAR