

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Geografis

Puskesmas Pancoran Mas kota Depok merupakan salah satu unit pelayanan kesehatan di bawah Dinas Kesehatan Kota Depok. Wilayah kerja Puskesmas ini meliputi kelurahan Pancoran Mas, Depok, dan Ratu Jaya di bawah Kecamatan Pancoran Mas.

Puskesmas Pancoran Mas, kota Depok mempunyai 32 Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) dengan tersebar di 3 kelurahan sebagai berikut:

- Kelurahan Pancoran Mas 18 Posbindu.
- Kelurahan Depok 9 Posbindu
- Kelurahan Ratu Jaya 5 Posbindu

Jumlah lansia di seluruh posbindu Puskesmas Pancoran Mas, kota Depok berdasarkan kelompok umur :

- 45-59 tahun : 228 orang
- 60-69 tahun : 141 orang
- >70 tahun : 89 orang

(Sumber: Laporan Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Desember 2007)

5.2. Gambaran Karakteristik Responden

Pada penelitian ini berhasil mewawancarai 157 responden dari 12 posbindu, 2 posbindu dari kelurahan Depok dan 10 posbindu dari kelurahan Pancoran Mas. Jumlah responden lebih besar dari minimal sampel yang telah dihitung. Karakteristik lansia berusia ≥ 60 tahun seperti pada tabel-tabel berikut:

Tabel 5.1.

Distribusi Kelompok umur Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
60 - 69 Tahun	94	59.9
> 70 Tahun	63	40.1
Total	157	100.0

Distribusi kelompok umur responden peserta posbindu 59,9% pada 60-69 tahun dan 40,1% pada >70 tahun.

Tabel 5.2

Distribusi Jenis Kelamin Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
Laki-laki	35	22.3
Perempuan	122	77.7
Total	157	100.0

Distribusi jenis kelamin responden 22,3 % laki-laki dan 77,7% perempuan.

Persentase responden yang hadir pada kegiatan posbindu perempuan lebih besar dari laki-laki.

Tabel 5.3
Distribusi Tingkat Pendidikan Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Tingkat Pendidikan	Frekuensi (n)	Persen (%)
Tidak Sekolah	54	34.4
Tidak Tamat SD	31	19.7
Tamat SD	35	22.3
Tamat SMP/SLTP	13	8.3
Tamat SMA	10	6.4
Tamat AKADEMI/PT	11	7.0
Lain-lain	3	1.9
Total	157	100.0

Distribusi tingkat pendidikan responden tersebar pada semua tingkat pendidikan. 34,4 % untuk tidak sekolah, 19,7 % yang tidak tamat SD, responden yang berhasil menamatkan SD sebesar 22,3%. Tamat SMP/SLTP, tamat SMA dan tamat akademi/PT masing-masing 8,3%, 6,4% dan 7%.

Tabel 5.4
Distribusi Status Perkawinan
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Status Perkawinan	Frekuensi (n)	Persen (%)
Belum Menikah	1	.6
Sudah Menikah	59	37.6
Cerai Mati	92	58.6
Cerai Hidup	5	3.2
Total	157	100.0

Table 5.4 Distribusi Status Perkawinan Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas tahun 2008 memperlihatkan 157 responden yang tersebar pada belum menikah 0,6%, sudah menikah 37,6%, cerai mati 58,6% dan cerai hidup 3,2%. Status perkawinan tertinggi pada cerai mati sebesar 58,6% (92 responden).

5.3. Gambaran Disabilitas

5.3.1. Analisis Univariat DISABILITAS

Tabel 5.5

Distribusi Disabilitas ADL Lansia

Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

ADL	Frekuensi (n)	Persen (%)
Ketergantungan Berat	1	.6
Ketergantungan Sedang	2	1.3
Ketergantungan Ringan	58	36.9
Mandiri	96	61.1
Total	157	100.0

Tabel di atas menyatakan bahwa dari 157 responden terbagi menjadi 0,6% mengalami ketergantungan berat, 1,3% mengalami ketergantungan sedang, 36,9% mengalami ketergantungan ringan dan 61,1% mandiri.

Tabel 5.6

Distribusi Disabilitas IADL Lansia

Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

IADL	Frekuensi (n)	Persen (%)
Tidak dapat melakukan apa-apa	1	.6
Mampu dengan bantuan	48	30.6
Mampu	108	68.8
Total	157	100.0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa 0,6% responden tidak dapat melakukan apa-apa, 30,6% mampu dengan bantuan dan 68,8% mampu tanpa bantuan.

Dari distribusi disabilitas di atas responden kemudian dikelompokkan menjadi ketergantungan dan mandiri untuk ADL dan ketidakmampuan dan mampu untuk IADL. Hasil itu dapat dilihat di tabel berikut di bawah ini:

Tabel 5.7
Distribusi Ketergantungan Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Disabilitas ADL	Frekuensi (n)	Persen (%)
Mengalami Ketergantungan	61	38.9
Mandiri	96	61.1
Total	157	100.0

Tabel 5.7 diatas tergambar dari 157 responden, 61 (38,9%) responden mengalami ketergantungan dan 96 (61,1%) responden mandiri. Hasil tersebut terlihat lansia yang berada di posbindu puskesmas Pancoran Mas, kota Depok masih lebih besar yang mandiri.

Tabel 5.8
Distribusi Ketidakmampuan Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Disabilitas IADL	Frekuensi (n)	Persen (%)
Ketidakmampuan	49	31.2
Mampu	108	68.8
Total	157	100.0

Berdasarkan tabel diatas terlihat dari 157 responden berhasil diwawancarai yang mengalami ketidakmampuan 31,2% dan yang mampu 68,8%.

Berdasarkan kedua hasil analisis di atas responden dikelompokkan menjadi 3 yaitu (1) mandiri dan mampu, (2) mengalami ketergantungan atau ketidakmampuan dan (3) mengalami ketergantungan dan ketidakmampuan, seperti yang terlihat di tabel di bawah ini.

Tabel 5.9
Distribusi disabilitas berdasarkan ADL dan IADL
Lansia Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008.

Disabilitas	Frekuensi (n)	Persen (%)
Mengalami Ketergantungan dan ketidakmampuan	34	21,7
Mengalami Ketergantungan atau Ketidakmampuan	42	26,8
Mandiri dan Mampu	81	51,6
Total	157	100

Tabel diatas menunjukkan dari 157 responden, 21,7% mengalami ketergantungan dan ketidakmampuan, 42% mengalami ketergantungan atau ketidakmampuan, 52,6% mampu dan mandiri. Kemudian kategori yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan di gabung menjadi satu yaitu kategori Ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan kategori mampu dan mandiri tetap , seperti yang terlihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.10
Distribusi Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Disabilitas	Frekuensi (n)	Persen (%)
Ketergantungan dan atau ketidakmampuan	76	48,4
Mampu dan mandiri	81	51,6
Total	157	100

Berdasarkan tabel di atas dari 157 responden yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan 48,4% dan yang mampu dan mandiri sebesar 51,6%.

5.4. Gambaran Distribusi Penyakit Kronis

5.4.1. Gambaran Distribusi HIPERTENSI

5.4.1.1. Analisis Univariat

Tabel 5.11

Distribusi Penyakit Hipertensi Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
HIPERTENSI	75	47.8
TDK HIPERTENSI	82	52.2
Total	157	100.0

Tabel di atas menunjukkan 47,8% responden mengalami hipertensi dan 52,2% responden tidak hipertensi.

5.5.1.2. Analisis Bivariat HIPERTENSI Terhadap Disabilitas

Tabel 5.12

Distribusi Hipertensi terhadap Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Hipertensi	Disabilitas				Total	nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu			
	n	%	n	%		
Hipertensi	40	53,3	35	46,7	75	100
Tidak Hipertensi	36	43,9	46	56,1	82	100
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100

Berdasarkan 75 responden yang hipertensi 53,3% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 46,7% mandiri dan mampu. Dari 82 responden yang tidak hipertensi 43,9% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 56,1% mandiri dan mampu. Secara proporsi responden yang hipertensi lebih besar mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dari yang tidak. Responden

yang tidak hipertensi lebih besar mandiri dan mampu. Hasil ini secara statistik tidak bermakna dengan nilai $p=0,238 (>0,05)$.

5.4.2. Gambaran Distribusi DIABETES MELITUS

5.4.2.1. Analisis Univariat

Tabel 5.13

Distribusi Diabetes Melitus Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Penyakit DM	Frekuensi (n)	Persen (%)
Diabetes Melitus	54	34.4
Tidak Diabetes Melitus	103	65.6
Total	157	100.0

Berdasarkan tabel distribusi di atas, diketahui distribusi terbesar adalah tidak mengalami diabetes mellitus yaitu 65,6% sedangkan yang mengalami diabetes mellitus 34,4%

5.4.2.2. Analisis Bivariat

Tabel 5.14

Distribusi Diabetes Melitus Terhadap Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Diabetes Melitus	Disabilitas				Total		nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu		n	%	
	n	%	n	%			
DM	23	42,6	31	57,4	54	100	0,291
Tidak DM	53	51,5	50	48,5	103	100	
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100	

Dari 54 responden yang mengalami DM 42,6% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 57,4% mandiri dan mampu. Sedangkan dari 103

responden yang tidak DM 51,5% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 48,5% mandiri dan mampu. Hasil ini tidak bermakna secara statistic dengan nilai $p=0,291 (>0,05)$.

5.4.3. Gambaran Distribusi Gangguan Sendi

5.4.3.1. Analisis Univariat

Tabel 5.15
Distribusi Gangguan Sendi
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Gangguan Sendi	Frekuensi (n)	Persen (%)
Gangguan Sendi	127	80.9
Tidak Gangguan Sendi	30	19.1
Total	157	100.0

Tabel 5.15 Distribusi Gangguan Sendi Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008 menunjukkan bahwa dari 157 responden yang mengalami gangguan sendi 80,9% dan tidak mengalami gangguan sendi 19,1%. Hal ini dikarenakan penuaan struktur dan fungsi sehingga banyak responden yang mengalami gangguan sendi.

5.4.3.2. Analisis Bivariat GANGGUAN SENDI Terhadap DISABILITAS

Tabel 5.16

Distribusi Gangguan Sendi Terhadap Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Gangguan Sendi	Disabilitas				Total	nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu			
	n	%	n	%	n	%
Gangguan Sendi	64	50,4	63	49,6	127	100
Tidak Gangguan Sendi	12	40	18	60	30	100
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100

Berdasarkan tabel di atas dari responden yang mengalami gangguan sendi 50,4% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 49,6% mandiri dan mampu. Responden yang tidak mengalami gangguan sendi 40% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 60% mandiri dan mampu. Proporsi responden yang gangguan sendi lebih besar mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan pada responden yang tidak gangguan sendi lebih besar mandiri dan mampu. Hasil tersebut tidak bermakna secara statistik dengan nilai $p=0,306$ ($>0,05$).

5.5. Gambaran Distribusi Perilaku Berisiko

5.5.1 Perilaku Merokok

5.5.1.1. Analisis Univariat

Tabel 5.17

Distribusi Perilaku Merokok Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Perilaku	Frekuensi (n)	Persen (%)
Merokok	31	19.7
Tidak Merokok	126	80.3
Total	157	100.0

Distribusi 157 responden di dapat 19,7% merokok sebanyak 31 orang dan tidak merokok 80,3% sebanyak 126 orang. Kategori Merokok adalah responden yang masih merokok dan pernah merokok.

Tabel 5.18

Distribusi Lama Merokok Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Lama Merokok	Frekuensi (n)	Persen (%)
< 6 Bulan	2	6.5
6-12 Bulan	2	6.5
2-4 Tahun	2	6.5
> 5 Tahun	25	80.6
Total	31	100.0

Tabel di atas menunjukkan dari 31 responden yang merokok, 80,6% merokok lebih dari 5 tahun. Sisa responden tersebar merata pada < 6 bulan , 6-12 bulan dan 2-4 tahun yaitu 6,5%

Tabel 5.19
Distribusi Jumlah Batang Rokok perhari Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Jumlah Batang per hari	Frekuensi (n)	Persen (%)
1-4 Batang	11	35.5
5-9 Batang	5	16.1
10-19 Batang	12	38.7
> 20 Batang	3	9.7
Total	31	100.0

Tabel di atas menunjukkan jumlah batang rokok yang dihisap diantara 31 responden yang merokok terbesar 10-19 batang perhari. Distribusi terkecil 9,7% pada > 20 batang perhari.

Tabel 5.20
Distribusi Orang yang Merokok dalam rumah Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
Ada	97	61.8
Tidak ada	60	38.2
Total	157	100.0

Tabel 5.20 Distribusi Orang yang Merokok dalam Rumah perhari Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, tahun 2008 terdapat 60 responden (38,2%) yang tidak terdapat orang lain yang merokok di dalam rumah. 97 responden (61,8%) terdapat orang lain yang merokok dalam rumah.

5.5.1.2. Analisis Bivariat Merokok pada Disabilitas

Tabel 5.21

Distribusi Perilaku Merokok pada Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Merokok	Disabilitas				Total	nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu			
	n	%	n	%		
Merokok	13	41,9	18	58,1	31	100
Tidak Merokok	63	50	63	50	126	100
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100

Berdasarkan tabel di atas diantara 31 responden yang merokok 41,9% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 58,1% mandiri dan mampu. Diantara responden yang tidak merokok 50% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 50% mandiri dan mampu. Secara statistik tidak berhubungan berdasarkan hasil uji *Chi-square* $p=0,548 (>0,05)$.

5.5.2. Gambaran Distribusi Perilaku Aktivitas/OR

5.5.2.1. Analisis Univariat

Tabel 5.22

Distribusi Perilaku Aktivitas/OR Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
Tidak Aktif/OR	59	37.6
Aktif/OR	98	62.4
Total	157	100.0

Dari 157 responden 37,6% (59 responden) tidak aktif/OR sedangkan 62,4% (98 responden) aktif/OR.

5.5.2.2. Analisis Bivariat Perilaku Aktivitas/OR terhadap Disabilitas

Tabel 5.23

Distribusi Perilaku Aktivitas/OR terhadap Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Aktivitas/OR	Disabilitas				Total	nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu			
	n	%	n	%	n	
Tidak Aktif/OR	35	59,3	24	40,7	59	100
Aktif/OR	41	41,8	57	58,2	98	100
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100

Berdasarkan tabel 5.23 didapat hasil diantara responden yang tidak aktif/OR 59,3% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 41,8% mandiri dan mampu. Diantara responden yang aktif 41,8% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 58,2% mandiri dan mampu. Hasil ini secara statistik bermakna terlihat dari nilai $p=0,034$ ($<0,05$). Ada perbedaan proporsi ketergantungan dan atau ketidakmampuan diantara aktivitas/OR.

5.6. Gambaran Distribusi Lingkungan

5.6.1. Gambaran Distribusi Lingkungan Fisik

5.6.1.1. Analisis Univariat

Tabel 5.24

Distribusi Lingkungan Fisik Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
TDK MENDUKUNG	18	11.5
MENDUKUNG	139	88.5
Total	157	100.0

Tabel 5.24 Distribusi Lingkungan Fisik Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008 di dapat 11,5% responden mengalami lingkungan fisik yang tidak mendukung lansia untuk dapat beraktivitas dan berpartisipasi. 88,5% responden menyatakan lingkungan fisik mereka mendukung untuk beraktivitas dan berpartisipasi

Tabel 5.25

Distribusi Kepadatan Huni Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
Padat	7	8.5
Tidak Padat	75	91.5
Total	82	100.0

Berdasarkan tabel di atas dari 82 responden yang dapat menyebutkan luas rumah dan jumlah penghuni dalam satu rumah didapat hasil 8,5% tinggal dalam hunian yang padat. 91,5% responden tinggal dalam hunian yang tidak padat. Hunian padat jika $< 8 \text{ m}^2 / \text{orang}$ dan tidak padat jika $\geq 8 \text{ m}^2 / \text{orang}$ (Depkes)

5.6.1.2. Analisis Bivariat

Tabel 5.26

Distribusi Lingkungan Fisik Terhadap Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Lingkungan Fisik	Disabilitas				Total	nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu			
	n	%	n	%	n	%
Tidak Mendukung	10	55,6	8	44,4	18	100
Mendukung	66	47,5	73	52,5	139	100
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100

Hasil analisis di atas terlihat bahwa dari 18 responden yang berada pada lingkungan fisik yang tidak mendukung 55,6% yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 44,4% mandiri dan mampu. Responden yang berada pada lingkungan fisik yang mendukung 47,5% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pada lingkungan fisik yang tidak mendukung proporsi ketergantungan dan atau ketidakmampuan lebih besar dari lingkungan fisik yang mendukung. Hasil ini tidak bermakna secara statistik dengan nilai $p=0,519 (>0,05)$.

5.6.2. Gambaran Distribusi Lingkungan Sosial

5.6.2.1. Analisis Univariat

Tabel 5.27

Distribusi Lingkungan Sosial Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
Tidak Mendukung	106	67.5
Mendukung	51	32.5
Total	157	100.0

Tabel di atas menunjukkan 67,5% responden menyatakan tidak mendukung mereka untuk bersosialisasi dengan baik dan 32,5% menyatakan lingkungan sosial mereka mendukung mereka untuk bersosialisasi.

Tabel 5.28

Distribusi Tinggal Bersama Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
Suami/Istri	49	31.2
Anak Perempuan	60	38.2
Anak Laki-laki	31	19.7
Menantu Perempuan	3	1.9
Cucu	4	2.5
Saudara	1	.6
Sendiri	9	5.7
Total	157	100.0

Berdasarkan hasil distribusi diatas 38,2% lansia tinggal dengan anak perempuan, kemudian 31,2% tinggal dengan suami atau istri, 31% responden tinggal bersama anak laki-laki. Hasil distribusi ini menunjukkan ada 5,7% (9) responden yang tinggal sendiri.

Tabel 5.29
Distribusi Aktivitas waktu senggang Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
Membaca	31	19.7
Menonton	64	40.8
Lain-lain	62	39.5
Total	157	100.0

Berdasarkan tabel diatas 40,8% responden menghabiskan waktu luang dengan menonton tv. 39,5% lain-lain seperti berkebun, mengurus cucu, kegiatan ngaji, membereskan rumah. 31% responden menghabiskan waktu dengan membaca.

5.6.2.2. Analisis Bivariat

Tabel 5.30
Distribusi Lingkungan Sosial pada Disabilitas
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Lingkungan Sosial	Disabilitas				Total	nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu			
	n	%	n	%	n	
Tidak Mendukung	64	60,4	42	39,6	106	100
Mendukung	12	23,5	39	76,5	51	100
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100

Berdasarkan tabel diatas diantara responden yang berada pada lingkungan sosial yang tidak mendukung 60,4% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 39,6% mandiri dan mampu. Dari 51 responden yang berada pada lingkungan sosial yang mendukung 23,5% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 76,5% mandiri dan mampu. Hasil tersebut menunjukkan pada lingkungan sosial yang tidak mendukung lebih besar mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan. Hasil tersebut bermakna secara statistic dengan nilai $p=0,000$

(<0,05). Ada perbedaan proporsi ketergantungan dan atau ketidakmampuan diantara lingkungan sosial.

5.7. Gambaran KUALITAS HIDUP

Kualitas hidup dan kepuasan terhadap kesehatan merupakan persepsi responden terhadap kehidupannya berdasarkan standar hidupnya, tujuan hidupnya, kesenangan dan dasar keyakinan responden. Semua hasil dalam variable Kualitas hidup merupakan persepsi dan pandangan responden terhadap setiap aspek yang diperlukan untuk diketahui.

Tabel 5.31

Distribusi Kualitas Hidup Lansia

Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Persen (%)
Buruk	5	3.2
Cukup	88	56.1
Baik	64	40.8
Total	157	100.0

Tabel di atas menunjukkan 3,2%(5) responden mempunyai kualitas buruk, 56,1% (88) responden berkualitas hidup cukup dan 40,8%(64) berkualitas hidup baik.

Tabel 5.32

Distribusi Kepuasan Kesehatan Lansia

Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

	Frekuensi (n)	Percent (%)
Tidak Memuaskan	16	10.2
Cukup	71	45.2
Memuaskan	70	44.6
Total	157	100.0

Tabel 5.32 didapat hasil dari 157 responden yang berhasil diwawancarai 10,2% (16) responden menyatakan kesehatan mereka tidak memuaskan, 45,2% (71) responden menyatakan kesehatan mereka cukup dan 44,6% (70) responden menyatakan kesehatan mereka memuaskan.

Tabel 5.33

Distribusi Domain 1

Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Kesehatan Fisik	Frekuensi (n)	Persen (%)
Kurang	50	31.8
Cukup	44	28.0
Baik	63	40.1
Total	157	100.0

Domain 1 yaitu kesehatan fisik di dapat hasil sesuai dengan tabel diatas 31,8 % (50) responden pada tingkat kurang, 28% (44) responden pada cukup dan 40,1%(63) pada baik. Dari tabel di dapat kesehatan fisik terbesar pada tingkat baik yaitu 40,1%.

Tabel 5.34

Distribusi Domain 2

Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Kesehatan Psikologis	Frekuensi (n)	Persen (%)
Kurang	49	31.2
Cukup	45	28.7
Baik	63	40.1
Total	157	100.0

Domain 2 yaitu kesehatan Psikologis disimpulkan bahwa 31,2% (49) responden pada tingkat kurang, 28,7% (45) pada cukup dan 40,1% (63) pada kondisi baik. Pada domain 2 ini terbesar pada tingkat kesehatan psikologis baik.

Tabel 5.35
Distribusi Domain 3
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Relasi Sosial	Frekuensi (n)	Persen (%)
Kurang	78	49.7
Cukup	47	29.9
Baik	32	20.4
Total	157	100.0

Tabel 5.35 menunjukkan bahwa terbesar 49% (78) responden kurang dalam relasi sosial, cukup dalam relasi sosial 29,9% (47) dan hanya 20,4% (32) yang berada dalam kondisi relasi sosial baik. Hal ini dikarenakan ada satu pertanyaan yang berhubungan dengan kepuasan pada kehidupan seksual sedangkan banyak responden yang sudah tidak mempunyai pasangan.

Tabel 5.36
Distribusi Domain 4
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Lingkungan	Frekuensi (n)	Persen (%)
Kurang	63	40.1
Cukup	33	21.0
Baik	61	38.9
Total	157	100.0

Pada Domain 4 yaitu lingkungan di dapat seperti yang dipaparkan pada tabel di atas di antara 157 responden mempunyai lingkungan kurang 40,1% (63), cukup 21% (33) responden dan 38,9% (61) responden berada dalam kondisi baik pada lingkungannya.

5.8. Analisis Bivariat Domain terhadap Disabilitas

5.8.1. Distribusi Domain I Kesehatan Fisik terhadap Disabilitas

Tabel 5.37
Distribusi Domain 1 Terhadap Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Kesehatan Fisik	Disabilitas				Total	nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu			
	n	%	n	%	n	
Kurang	31	62	19	38	50	100
Cukup	21	47,7	23	52,3	44	100
Baik	24	38,1	39	61,9	63	100
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa diantara yang berada pada domain kesehatan fisik 62% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 38% mandiri dan mampu. Pada kesehatan fisik yang cukup 47,7% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 52,3% mandiri dan mampu. Pada kesehatan fisik yang baik 38,1% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 61,9% mandiri dan mampu. Hasil ini secara statistik bermakna dengan nilai $p=0,041$ ($<0,005$). Ada perbedaan proporsi ketergantungan dan atau ketidakmampuan di antara kesehatan fisik.

5.8.2 Distribusi Domain 2 Kesehatan Psikologis terhadap Disabilitas

Tabel 5.38

Distribusi Domain 2 Terhadap Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Kesehatan Psikologis	Disabilitas				Total	nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu			
	n	%	n	%	n	
Kurang	31	63,3	18	36,7	49	100
Cukup	24	53,3	21	46,7	45	100
Baik	21	33,3	42	66,7	63	100
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100

Berdasarkan tabel di atas pada responden yang berada pada domain kesehatan psikologis kurang 63,3% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 36,7% mandiri dan mampu. Pada kesehatan psikologis cukup 53,3% mengalami ketergantungan dan ketidakmampuan dan 46,7% mandiri dan mampu. Pada kesehatan baik 53,3% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 46,7% mandiri dan mampu. Proporsi besar terdapat pada kesehatan psikologis kurang yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan (63,3%) dan kesehatan psikologis baik yang mandiri dan mampu (66,7%). Hasil ini secara statistic bermakna dengan nilai $p=0,005$ ($<0,05$). Dapat disimpulkan ada perbedaan ketergantungan dan atau ketidakmampuan diantara kesehatan psikologis.

5.8.3 Distribusi Domain 3 Relasi Sosial terhadap Disabilitas

Tabel 5.39
Distribusi Domain 3 Terhadap Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Relasi Sosial	Disabilitas				Total	nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu			
	n	%	n	%	n	
Kurang	46	59	32	41	78	100
Cukup	18	38,3	29	61,7	47	100
Baik	12	37,5	20	62,5	32	100
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100

Berdasarkan tabel diatas terlihat dari responden yang berada pada relasi sosial kurang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan 59% dan 41% mandiri dan mampu. Pada relasi sosial cukup yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan 38,3% dan 41% mandiri dan mampu. Sedangkan pada relasi sosial baik yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan 37,5% dan 62,5% mandiri dan mampu. Proporsi besar terdapat pada relasi sosial yang kurang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan (59%) dan(62,5%) pada relasi sosial baik yang mandiri dan mampu. Hasil ini secara statistik bermakna dengan nilai $p=0,031$ ($<0,05$). Ada perbedaan proporsi ketergantungan dan atau ketidakmampuan diantara domain relasi sosial.

5.8.4 Distribusi Domain 4 Lingkungan terhadap Disabilitas

Tabel 5.40
Distribusi Domain 4 Terhadap Disabilitas Lansia
Peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Depok, 2008

Lingkungan	Disabilitas				Total	nilai p
	Ketergantungan dan atau Ketidakmampuan		Mandiri dan Mampu			
	n	%	n	%	n	
Kurang	33	52,4	30	47,6	63	100
Cukup	17	51,5	16	48,5	33	100
Baik	26	42,6	35	57,4	61	100
Jumlah	76	48,4	81	51,6	157	100

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa responden yang berada pada domain lingkungan yang kurang mengalami 52,4% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 47,6% mandiri dan mampu. Pada domain lingkungan cukup yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan 51,5% dan 48,5% mandiri dan mampu. Pada domain lingkungan baik 42,6% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan 57,4% mandiri dan mampu. Hasil tersebut menunjukkan bahwa proporsi pada lingkungan kurang lebih besar yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan daripada yang mandiri dan mampu. Hasil ini secara statistik tidak bermakna dengan nilai $p=0,511$ ($>0,05$).

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Desain penelitian ini adalah teknik potong lintang (*cross-sectional*), sehingga responden dikelompokkan pada waktu bersamaan menurut perilaku (merokok dan aktivitas), penyakit kronis (hipertensi, DM, gangguan sendi), lingkungan (fisik dan sosial), disabilitas dan kualitas hidup. Hal tersebut menyebabkan tidak dapat diketahui hubungan kausal yang sebenarnya. Penelitian ini hanya menggambarkan distribusi responden pada berbagai variabel yang dipakai. Penelitian ini hanya ingin mengetahui distribusi faktor-faktor tersebut, sehingga hasil tidak dapat digunakan untuk menguji hipotesis (Murti, 1997).

Penilaian aktivitas, lingkungan sosial dan fisik sangat sulit diukur sehingga hanya berdasarkan pengakuan dari responden tanpa kita dapat tahu kebenarannya. Penilaian menggunakan standar kegiatan atau kondisi sehari-hari yang seharusnya atau ideal, sehingga mudah sekali terjadi bias informasi. Pengukuran tekanan darah oleh kader juga menjadi keterbatasan dalam pengukuran. Kualitas hidup berdasarkan persepsi responden terhadap kesehatan dan kualitas hidup berpotensi untuk terjadinya bias informasi, sehingga diperlukan probing ketika mewawancarai responden. Penilaian Diabetes Melitus hanya berdasarkan riwayat pada laporan Posbindu. Pengukuran tidak langsung pada diabetes mellitus, sehingga responden yang tidak pernah memeriksakan darahnya akan masuk dalam kelompok yang tidak mengalami diabetes mellitus.

6.2. Uji reliabilitas kuesioner

Uji reliabilitas kuesioner ini menggunakan teknik pengukuran ulang (test-retest). Penelitian ini mewawancarai responden yang dipilih secara acak pada puskesmas yang berbeda. Responden di wawancarai sebanyak 2 kali dalam rentang waktu 2 minggu dengan pertanyaan yang sama (Ancok, 1989). Dalam penelitian ini hanya dapat mewawancarai 26 responden secara lengkap, 4 responden hanya diwawancarai satu kali. Hasil yang diuji berdasarkan jawaban 26 responden yang berhasil diwawancarai secara lengkap. Responden pada uji kuesioner adalah peserta posbindu puskesmas Depok Jaya.

Hasil uji korelasi menunjukkan nilai korelasi yang cukup tinggi kecuali air bersih ($r = 0,3$) dan domain 2 ($r = 0,21$). Air bersih ditanyakan berdasarkan pengakuan responden sehingga kemungkinan yang paling besar adalah *recall bias*, sehingga jawaban kedua berbeda dengan yang pertama. Nilai r pada domain 2 kesehatan psikologis kecil dimungkinkan terjadi karena waktu pelaksanaan wawancara pertama bertepatan dengan waktu puasa dan kedua setelah lebaran sehingga menyebabkan perbedaan nilai yang berarti pada domain 2.

6.3. Gambaran Disabilitas

Disabilitas diukur dengan indeks Barthel yang terdiri dari (*Activity Daily of Living*) ADL dan (*Instrumental Activity of Daily Living*) IADL. ADL berisi pertanyaan seputar aspek kemampuan pemeliharaan fisik diri sendiri dan IADL berisi pertanyaan seputar kemampuan pemeliharaan diri sendiri yang berkaitan dengan lingkungannya. Hasil analisis menunjukkan dari 157 responden berusia ≥ 60 tahun,

38,9% mengalami ketergantungan (disabilitas-*ADL*) dan ketidakmampuan (disabilitas-*IADL*) 31,2%.

Bila dibandingkan dengan hasil review literatur yang dilakukan oleh Barbotte, et al (2001) di dapat 3 hasil sebagai berikut: (1) Penelitian di Zimbabwe dengan usia responden >60 tahun didapat 3,6% yang mengalami disabilitas-*ADL* dan 28% mengalami disabilitas-*IADL* dari 278 responden. Hasil penelitian di negara ini lebih kecil daripada hasil penelitian di skripsi ini. (2) Penelitian di Sri Lanka terdapat 10,3% yang mengalami disabilitas-*ADL* pada 146 responden berusia >65 tahun. Hasil ini juga lebih rendah dimungkinkan dengan perbedaan kelompok usia dan jumlah responden yang lebih kecil. (3) Denmark didapat 23% mengalami disabilitas-*ADL* pada 2544 responden berusia 73-79 tahun. Hasil penelitian ini juga lebih rendah dengan hasil penelitian di skripsi ini karena kelompok usia pada penelitian di Denmark terbatas yaitu 73-79 tahun dan jumlah responden yang sangat banyak. (4) Swedia didapat 20,1% responden mengalami ketidakmampuan disabilitas-*IADL* dari 959 responden berusia >75 tahun. Hasil penelitian di Swedia ini juga lebih rendah dari penelitian di skripsi ini.

The Nasional Long Term Care Surveys di *the United States* pada lansia dengan usia ≥ 65 tahun menunjukkan penurunan yang nyata prevalensi disabilitas kronis lansia antara tahun 1982 dan 1994 (WHO, 1998). Kriteria disabilitas yang dipakai dalam survey ini merupakan disabilitas akibat penyakit kronis. Hal tersebut terjadi karena kontrol penyakit kronis yang baik. Di Indonesia dalam studi morbiditas-disabilitas SKRT 2001 didapat hasil prevalensi keterbatasan partisipasi dan aktivitas pada merawat diri sendiri 4,2% pada kelompok usia ≥ 65 tahun.

Dalam penelitian ini kategori disabilitas antara *ADL* dan *IADL* digabung menjadi satu, sehingga kategori yang muncul adalah (1) ketergantungan dan atau ketidakmampuan dan (2) mandiri dan mampu. Kategori ini untuk menyatakan responden mengalami disabilitas atau tidak. Hal ini menyebabkan prevalen ketergantungan dan atau ketidakmampuan (disabilitas) menjadi 48,4%. Prevalen ini menjadi sangat besar karena responden yang mengalami ketergantungan tetapi masih mampu dan yang mengalami ketidakmampuan tetapi masih dapat mandiri masuk dalam kategori disabilitas.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa disabilitas meningkat bersamaan dengan pertambahan usia (WHO, 1998). Hampir setengah dari responden mengalami disabilitas. Responden adalah peserta posbindu, kemungkinan di prevalen di populasi lebih besar. Diperlukan upaya untuk mengurangi prevalen disabilitas ini. Jika hal tersebut tidak dilakukan, maka semakin besar prevalen disabilitas pada lansia.

6.4. Gambaran Hipertensi Terhadap Disabilitas

Hasil penelitian didapat prevalen hipertensi pada lansia cukup besar yaitu 47,8%, dan prevalen lansia tidak hipertensi yaitu 52,2%. Hasil penelitian ini menunjukkan kesamaan prevalensi dengan SKRT 2001 untuk hipertensi nasional yaitu 42,9% pada kelompok usia ≥ 55 tahun (Pradono, et al., 2003). Hasil ini lebih kecil menurut Setiawan, (2006), prevalensi hipertensi di pulau Jawa tahun 2004 usia ≥ 65 tahun sebesar 75,4%. Hipertensi dapat mengenai siapa saja tetapi risiko meningkat bersamaan pertambahan usia. (WHO, 2003).

Hasil penelitian prevalen disabilitas yang hipertensi 53,3% dan yang tidak hipertensi 43,9%. Prevalen disabilitas pada lansia yang hipertensi lebih besar daripada yang tidak hipertensi. Perbedaan prevalen secara statistik tidak bermakna.

Menurut data dunia 4,4% hidup dengan disabilitas (DALY) akibat hipertensi dan diperkirakan menjadi penyebab 7,1 juta kematian atau sekitar 13% dari total. Wilayah Asia Tenggara mencapai 19% hidup dengan disabilitas (DALY) akibat hipertensi sedangkan di Eropa 16%. WHO (2002) menyatakan di negara industri 9-10% orang hipertensi mengalami disabilitas (DALY).

Prevalen disabilitas pada lansia yang hipertensi lebih dari setengah dari responden. Hipertensi harus diturunkan atau dikontrol, sehingga disabilitas dapat dikurangi. Penelitian *study on cognition and prognosis in the elderly* (SCOPE), telah membuktikan manfaat penurunan tekanan darah berdampak pada morbiditas dan mortalitas. Hal itu juga menunjukkan tidak ada peningkatan penurunan fungsi kognitif atau demensi (Suhardjono, 2006). Penurunan fungsi kognitif akan menurunkan kemandirian lansia. Upaya pengendalian dan penurunan hipertensi menjadi penting pada lansia.

6.5. Gambaran Diabetes Melitus Terhadap Disabilitas

Hasil analisis univariat diketahui prevalen diabetes mellitus pada lansia 34,4% dan tidak mengalami diabetes mellitus 65,6%. Berbeda dengan wilayah Asia di dapat prevalen 14% lansia Diabetes mellitus pada tahun 1990 (WHO, 2003).

Hasil analisis bivariat prevalen disabilitas pada lansia yang mengalami DM 42,6% dan tidak DM 51,5%. Perbedaan prevalen ini secara statistik tidak bermakna dengan nilai $p=0,291 (>0,05)$.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa prevalen disabilitas pada lansia yang tidak menderita diabetes mellitus lebih besar daripada yang menderita diabetes melitus. Jika dibandingkan dengan studi sebelumnya didapat bahwa diabetes mellitus menurunkan kualitas hidup dan meningkatkan terjadinya ketergantungan (Handajani, 2006). Hal ini dikarenakan keterbatasan penelitian, untuk variable ini tidak dilakukan pemeriksaan darah langsung, hanya melihat status pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Kemungkinan terbesar ada responden yang diabetes mellitus terhitung sebagai yang tidak mengalami diabetes. Diperlukan pemeriksaan yang wajib secara berkala untuk mendeteksi secara dini penyakit ini. Selain menurunkan kualitas hidup dan peningkatan ketergantungan, hipertensi juga berisiko kardiovaskuler yang lebih besar dibandingkan yang tanpa DM (Suhardjono, 2006).

6.6. Gambaran Gangguan Sendi Terhadap Disabilitas

Hasil analisis menunjukkan prevalen lansia yang mengalami gangguan sendi 80,9% dan 19,1% yang tidak mengalami gangguan sendi. Hasil ini jauh lebih tinggi dari profil penduduk lanjut usia (analisis data susenas) yaitu 11,3% (Rustika et al., 1995). WHO (2003), pada tahun 1990 prevalensi osteoarthritis lutut di wilayah asia pada wanita lebih besar (20%) daripada pria yang hanya 2%.

Hasil analisis menunjukan prevalen disabilitas pada lansia yang mengalami gangguan sendi 50,4% dan yang tidak mengalami gangguan sendi 40%. Prevalen disabilitas pada lansia yang mengalami gangguan sendi lebih besar daripada yang tidak mengalami gangguan sendi. Hasil tersebut tidak bermakna secara statistik dengan nilai $p=0,306$ ($>0,05$). WHO (2001), menunjukkan prevalen osteoarthritis yang menyebabkan lansia hidup dengan disabilitas (DALY) sebesar 1,1%.

Variabel ini terdiri dari gangguan sendi dan tidak gangguan sendi. Tidak dilakukan pemeriksaan hanya berdasarkan pengakuan dari responden. Kategori gangguan sendi jika mengalami minimal satu dari empat gejala yang terdapat dalam susenas (2004) yaitu: (1) Sakit, nyeri, kaku-kaku/pembengkakan yang timbul di sekitar persendian lengan, tangan dan kaki, lutut serta berlangsung selama sebulan atau lebih. (2) Kaku-kaku di persendian ketika bangun tidur/ setelah duduk lama. (3) Kaku-kaku berlangsung lebih dari 30 menit. (4) Kaku-kaku tidak hilang jika sendi-sendi digerakkan.

Gangguan sendi dapat menurunkan aktivitas fisik yang berdampak pada kemampuan fungsional. Semakin berat gangguan sendi seseorang, akan semakin tergantung lansia pada orang lain untuk melakukan kegiatan sehari-hari.

6.7. Gambaran Perilaku Merokok terhadap Disabilitas

Pada penelitian ini didapat 31 (19,7%) responden merokok dan 126 (80,3%) responden tidak pernah merokok. Kategori merokok dalam penelitian ini adalah masih merokok dan pernah merokok. Hasil ini lebih kecil dari penelitian yang dilakukan oleh Sirait et.al (2002), prevalen perokok laki-laki usia 60-64 (65,6%), 65-69 (64,7%) dan 70+ (54,3%). Berbeda dengan perempuan dengan kelompok usia yang sama masing-masing 2,8%, 2,7% dan 2,1%. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian di skripsi ini karena katregori merokok dalam penelitian Sirait et, al (2002) yaitu masih merokok sedangkan dalam penelitian skripsi ini masih merokok dan pernah merokok.

Berdasarkan hasil penelitian prevalen disabilitas pada lansia yang merokok 41,9% dan prevalen disabilitas pada lansia yang tidak merokok 50%. Hasil ini

menunjukkan prevalen disabilitas pada lansia yang merokok lebih kecil dibandingkan tidak merokok. Secara statistik perbedaan prevalen ini tidak bermakna, berdasarkan nilai $p=0,548 (>0,05)$. WHO (2002), menyatakan merokok menyebabkan 4,1% (59,1 juta) orang hidup dengan disabilitas (DALY). DALY (Disability-Adjusted Life Year) adalah Tahun hidup diajusted dengan disabilitas. Satu DALY setara dengan kehilangan satu tahun hidup sehat.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa merokok mengakibatkan disabilitas pada lansia. Merokok dapat mengurangi produktivitas, sehingga ketergantungan terhadap kelompok produktif semakin besar. Asap rokok juga merusak kesehatan orang-orang disekitar (perokok pasif) (Depkes, 2006). Usaha untuk menghentikan kebiasaan merokok pada lanjut usia sangat penting. Hal tersebut dapat mengurangi prevalen disabilitas, karena meningkatnya ketahanan tubuh, serta meningkatkan kemandirian lansia.

6.8. Gambaran Perilaku Aktivitas/OR terhadap Disabilitas

Hasil penelitian didapat prevalen lansia yang tidak aktif sebesar 37,6% dan prevalen lansia aktif 62,4%. Sejalan dengan penelitian Ramayana (2003) yang menunjukkan prevalen lansia aktif 51,5% dan prevalen lansia tidak aktif 48,5%. Kedua hasil penelitian tersebut dapat terlihat prevalen aktif lebih besar dari yang tidak aktif. Menurut Tannenbaum, MD (2003) penelitian yang dilakukan pada wanita 55-74 tahun di Canada didapat prevalen lansia aktif 62%.

Hasil penelitian menunjukkan prevalen disabilitas pada lansia yang tidak beraktivitas lebih besar dari yang beraktivitas.. Uji *chi-square* juga menunjukkan nilai p yang signifikan sehingga ada perbedaan prevalen disabilitas antara tidak

aktivitas/OR dan aktivitas/OR. Untuk negara berkembang prevalen aktivitas/OR pada lansia perempuan sangat sedikit, sedangkan aktivitas/OR sangat penting untuk melawan semua gangguan musculoskeletal (WHO, 1998). Secara keseluruhan tidak aktif/OR menyebabkan 1,9 juta kematian dan 19 juta orang hidup dengan disabilitas (DALY) (WHO, 2002).

Variabel aktivitas/OR ini merupakan variabel komposit dari tidak beraktivitas, berolahraga, berjalan, berlari dan mengangkat berat. Setiap item itu bernilai 1 jika menjawab ya dan nilai 0 jika menjawab tidak. *Cut of point* untuk variabel ini menggunakan nilai median, dibawah nilai median dikategorikan tidak aktivitas/OR dan diatas sama dengan nilai median dikategorikan aktif/OR. Nilai ini diambil karena aktivitas pada lansia berbeda dengan aktivitas pada kelompok usia yang lain. Nilai median merupakan nilai yang paling aman karena merupakan nilai tendensi sentral, dan nilai ini paling aman karena tidak terpengaruh dengan nilai ekstrim atau *outlier*.

Lansia yang melakukan olahraga secara teratur akan lebih produktif dan mencegah terjadinya penyakit kronis dan ketergantungan sehingga akan mengurangi biaya kesehatan serta perawatan sosial (WHO, 1998). Tingkat yang rendah pada aktivitas dan pertumbuhan angka penyakit kronis akibat penuaan secara bertahap menimbulkan lingkaran yang tidak terputus. Penyakit dan disabilitas mengakibatkan kurang dan tidak beraktivitas sehingga memperburuk kemampuan seseorang melakukan sesuatu. Aktivitas fisik adalah cara terbaik untuk memutuskan lingkaran tersebut. Hal tersebut menolong lanjut usia dalam peningkatan kemandirian.

6.9. Gambaran Lingkungan Fisik Terhadap Disabilitas

Hasil analisis terlihat bahwa dari 18 responden yang berada pada lingkungan fisik yang tidak mendukung 55,6% yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan. Responden yang berada pada lingkungan fisik yang mendukung 47,5% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pada lingkungan fisik yang tidak mendukung proporsi ketergantungan dan atau ketidakmampuan lebih besar dari lingkungan fisik yang mendukung tetapi hasil ini tidak bermakna secara statistik dengan nilai $p=0,519$ ($>0,05$).

WHO (2001), menunjukkan bahwa air, sanitasi dan kebersihan yang tidak aman menyebabkan 3,7% orang hidup dengan disabilitas(DALY) dan kematian 3,1%. Polusi udara menyebabkan 1,4% kematian dan 0,8% orang hidup dengan disabilitas (DALY). Wilayah asia tenggara sebesar 19%. 2,7% orang hidup dengan disabilitas (DALY) karena asap dalam ruangan, di wilayah asia tenggara 16%.

Variabel ini merupakan variable komposit dari berupa penerangan, lantai rumah, kondisi kamar mandi, kondisi tempat tidur, air yang tidak berbau, tidak berwarna dan tidak berasa, bahan bakar yang digunakan. *Cut point* yang digunakan yaitu dengan nilai median. Lingkungan yang tidak mendukung bila nilai $<$ nilai median dan lingkungan yang mendukung bila nilai \geq nilai median. Pengukuran fisik secara langsung tidak dilakukan karena keterbatasan waktu dan tenaga sehingga hanya berdasarkan pengakuan dari responden sehingga *over* atau *under* estimasi bisa terjadi dan bias informasi sangat mungkin terjadi.

6.10. Gambaran Lingkungan Sosial Terhadap Disabilitas

Berdasarkan hasil analisis diantara prevalen disabilitas lansia yang bermukim di lingkungan sosial yang tidak mendukung 60,4% dan yang bermukim di lingkungan mendukung 23,5%. Hasil tersebut bermakna secara statistik dengan nilai $p=0,000$ ($<0,05$). Ada perbedaan prevalen disabilitas pada lansia yang bermukim di lingkungan sosial yang mendukung dan tidak mendukung.

Berdasarkan Horner (2008), didapat lansia berusia ≥ 65 tahun menghabiskan banyak waktu pada aktivitas yang pasif seperti membaca, menonton tv, sehingga waktu untuk sosial dan interaksi pada komunitasnya berkurang meningkatkan perasaan terasing dan kesepian.

Variable ini merupakan variable komposit terdiri dari dukungan sosial, kegiatan arisan, kegiatan gotong royong, kekerasan, membagi-bagi makanan. *Cut of point* di variabel ini adalah nilai median. Lingkungan sosial yang tidak mendukung yaitu nilai dibawah median dan lingkungan sosial yang mendukung yaitu nilai diatas sama dengan median.

Kesepian, isolasi sosial, buta huruf dan kesenjangan pendidikan, pelanggaran dan pajanan untuk situasi konflik meningkatkan risiko lansia untuk mengalami disabilitas dan kematian lebih awal (WHO, 2002). Hal tersebut menunjukkan perhatian sosial pada lansia sangat dibutuhkan. Posbindu sebagai program berbassiskan masyarakat harus mengangkat isu lingkungan sosial, tidak hanya sekedar pemeriksaan fisik. Lingkungan sosial sangat mempengaruhi lansia, sehingga menciptakan lingkungan sosial yang mendukung menjadi prioritas.

6.11. Gambaran Kualitas Hidup

Hasil analisis menunjukkan dari kualitas hidup dan kepuasan kesehatan Lansia berada pada tingkat biasa-biasa atau cukup masing-masing sebesar 56,1% dan 45,2%. Hal ini menunjukkan bahwa gaya hidup mereka biasa saja sehingga ketika ditanya kualitas hidup dan kepuasan hidup mereka menjawab biasa-biasa atau cukup.

Berbeda dengan penelitian yang di lakukan di Inggris Tenggara dari 65 lansia usia > 85 tahun 26% respondenya menyatakan kualitas hidup mereka kurang. Juga penelitian di negara Eropa 32% dari 2544 responden berusia 73-79 tahun menyatakan kualitas hidup mereka buruk (Barbotte, 2001). Kedua hal ini sangat mungkin dipengaruhi dengan budaya, sejalan dengan teori lansia aktif dari WHO (2002).

Kualitas hidup berdasarkan domain 1 kesehatan fisik kurang 31,8%, cukup 28%, baik 40,1%. Pada domain ini proporsi terbesar pada kesehatan fisik baik. Pertanyaan pada domain ini sangat bergantung pada persepsi dan perasaan responden pada saat itu sehingga *over* atau *under* estimasi dapat terjadi.

Kualitas hidup berdasarkan domain 2 Kesehatan Psikologis kurang 31,2%, cukup 28,7% dan baik 40,1. pada domain ini proporsi terbesar pada kesehatan psikologis baik. Pada domain ini sangat bergantung pada keadaan psikologis responden.

Kualitas hidup berdasarkan domain 3 Relasi sosial kurang 49,7%, cukup 29,9% dan baik 20,4%. Pada domain ini lebih besar pada relasi sosial kurang. Hal ini disebabkan adanya pertanyaan aktivitas seksual, bagi responden yang sudah tidak punya pasangan sulit menjawab pertanyaan tersebut, sehingga peneliti memberi nilai 1 untuk aktivitas seksual bagi yang sudah tidak punya pasangan.

Kualitas hidup berdasarkan domain 4 Lingkungan kurang 40,1%, cukup 21% dan baik 38,9%. Proporsi pada domain ini lebih besar pada lingkungan kurang. Pertanyaan pada domain ini lebih pada perlindungan secara fisik, jaminan hari tua, mendapatkan informasi dan ketrampilan baru, yang mungkin sangat sulit untuk responden alami atau lakukan.

6.12. Gambaran Tingkat Kualitas Hidup terhadap Disabilitas

6.12.1 Domain 1 Kesehatan Fisik

Berdasarkan hasil analisis terlihat bahwa prevalen disabilitas pada lansia domain kesehatan fisik kurang 62%. Prevalen disabilitas pada lansia yang mengalami kesehatan fisik yang cukup 47,7% dan kesehatan fisik yang baik 38,1%. Hasil ini secara statistic bermakna dengan nilai $p=0,041$ ($<0,005$). Ada perbedaan prevalen disabilitas di antara kesehatan fisik. Pada penelitian Smith, et al. (2004) didapat hasil pada lansia berusia ≥ 85 tahun kesehatan dan fungsi fisik merupakan determinan yang paling banyak mempengaruhi kualitas hidup.

Domain 1 kesehatan fisik berisi pertanyaan nyeri dan ketidaknyamanan, energi dan kelelahan, tidur dan istirahat, mobilitas, aktivitas harian, dependensi terhadap medikasi dan pengobatan, kapasitas kerja. Dihitung berdasarkan skala kepuasan dan frekuensi. Jawaban pada domain ini sangat bergantung pada persepsi, perasaan, standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian responden.

Peningkatan kesehatan fisik bersamaan dengan penurunan tingkat disabilitas. Pada lansia dimana proses penuaan terjadi sehingga kesehatan

fisik bukan hanya sembuh dari penyakit kronis tetapi mencegah keparahan dari penyakit kronis. Kesehatan fisik yang kurang mengakibatkan lansia mengalami disabilitas lebih besar dari pada kesehatan fisik cukup dan baik. Hal tersebut menunjukkan bahwa kesehatan fisik pada lansia menjadi prioritas. Tujuan lansia aktif adalah untuk meperluas harapan untuk hidup sehat dan meningkatkan kualitas hidup, termasuk yang mengalami disabilitas (WHO, 2002).

6.12.2 Domain 2 Kesehatan Psikologis

Berdasarkan tabel di atas prevalen disabilitas pada lansia di domain kesehatan psikologis kurang 63,3%, cukup 53,3% dan baik 53,3%. Prevalen paling besar terdapat pada kesehatan psikologis kurang. Hasil ini secara statistik bermakna dengan nilai $p=0,005$ ($<0,05$). Dapat disimpulkan ada perbedaan prevalen disabilitas diantara kesehatan psikologis.

Pada domain 2 kesehatan psikologis berisi pertanyaan afek positif, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, rasa harga diri, afek negative, spiritualitas/agama. Dihitung berdasarkan skala kepuasan. Jawaban pada domain ini sangat bergantung pada persepsi, perasaan responden tentang dirinya. Jika responden menghargai dirinya tinggi maka akan bernilai tinggi, jika tidak menghargai dirinya sendiri maka nilainya akan rendah.

Kesehatan psikologis mempengaruhi lansia dalam melakukan aktivitas. Jika berada pada keadaan buruk, sehingga aktivitas akan rendah. Aktivitas yang rendah akan meningkatkan kemungkinan terjadinya disabilitas. Pemeriksaan kesehatan psikologis harus dilakukan lebih lanjut

oleh para ahli kesehatan psikologis. Pemeriksaan ini menjadi penting untuk lansia untuk mendeteksi penyebab penurunan kesehatan psikologis.

6.12.3 Domain 3 Relasi Sosial

Berdasarkan tabel diatas terlihat prevalen disabilitas pada lansia yang relasi sosial kurang 59%, cukup 38,3%, baik 37,5%. Prevalen disabilitas terbesar terdapat pada relasi sosial yang kurang. Hasil ini secara statistik bermakna dengan nilai $p=0,031$ ($<0,05$). Ada perbedaan prevalen disabilitas diantara domain relasi sosial. Tidak berbeda jauh dengan penelitian oleh Smith et al. (2004), didapat hasil bahwa hubungan sosial merupakan elemen kunci yang sangat penting pada kualitas hidup.

Domain 3 relasi sosial berisi pertanyaan yaitu relasi personal, dukungan sosial, aktivitas seksual, dihitung dengan skala kepuasan. Pada domain ini bergantung dengan perasaan dan keadaan sekarang. Untuk pertanyaan aktivitas seksual, banyak yang sudah tidak punya pasangan/janda sehingga nilai untuk kepuasan aktivitas seksual rendah. Hal itu tidak mempengaruhi bahwa relasi sosial yang kurang akan menyebabkan lansia mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan lebih besar.

Dukungan sosial yang tidak cukup tidak hanya meningkatkan kematian, kesakitan, tetapi juga mengurangi kesejahteraan secara keseluruhan. Peningkatan relasi sosial berdampak pada penurunan disabilitas. Lansia yang kehilangan anggota keluarga dan teman-teman lebih rentan untuk menjadi kesepian. Isolasi sosial dan kesepian pada lansia berhubungan pada penurunan kesejahteraan baik fisik maupun mental.

6.12.4 Domain 4 Lingkungan

Berdasarkan hasil analisis terlihat bahwa responden yang berada pada domain lingkungan yang kurang 52,4% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan. Pada domain lingkungan cukup yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan 51,5%. Pada domain lingkungan baik 42,6% mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa proporsi pada lingkungan kurang lebih besar yang mengalami ketergantungan dan atau ketidakmampuan daripada yang mandiri dan mampu, tetapi secara statistik tidak bermakna dengan nilai $p=0,511 (>0,05)$. Responden yang berada pada lingkungan yang kurang akan mengalami ketergantungan dan atau ketergantungan lebih besar dari yang cukup dan baik.

Pada domain 4 lingkungan berisi pertanyaan keamanan perlindungan secara fisik, lingkungan tempat tinggal, sumber keuangan, pemeliharaan kesehatan dan sosial; akses dan kualitas, kesempatan mendapatkan informasi dan ketrampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi/ aktivitas waktu luang, lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim), transportasi.