



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEAKTIFAN LANSIA DI KELOMPOK LANSIA “MELATI B”
KELURAHAN ABADI JAYA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ABADI JAYA KOTA DEPOK
PROVINSI JAWA BARAT
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**NINA MARLINA
1006820985**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEAKTIFAN LANSIA DI KELOMPOK LANSIA “MELATI B”
KELURAHAN ABADI JAYA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ABADI JAYA KOTA DEPOK
PROVINSI JAWA BARAT
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana
Kesehatan Masyarakat**

**NINA MARLINA
1006820985**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS


**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : NINA MARLINA

NPM : 1006820985

Tanggal : 18 JUNI 2012

Tanda Tangan :



SURAT PERNYATAAN PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : NINA MARLINA
NPM : 1006820985
Mahasiswa Program : Peminatan Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEAKTIFAN LANSIA DI KELOMPOK LANSIA “MELATI B” KELURAHAN ABADI JAYA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ABADI JAYA KOTA DEPOK PROVINSI JAWA BARAT TAHUN 2012

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 18 Juni 2012



(NINA MARLINA)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : NINA MARLINA
NPM : 1006820985
Program Studi : Peminatan Kebidanan Komunitas
Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Lansia Di Kelompok Lansia "MELATI B" Kelurahan Abadi Jaya Di Wilayah Kerja Puskesmas Abadi Jaya Kota Depok Provinsi Jawa Barat Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Peminatan Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Robiana Modjo, SKM, M.Kes (.....)
Penguji : Drs. Anwar Hassan, MPH (.....)
Penguji : Adhi Dharmawan Tato, SKM, MPH (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 18 Juni 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nina Marlina
Tempat Tanggal Lahir : Surabaya, 17 September 1978
Agama : Islam
Alamat : Perumahan Taman – Sidoarjo
Provinsi Jawa Timur

Riwayat Pendidikan:

1. TK Bhayangkari Brimob Surabaya Tahun 1984 - 1985
2. SDN Krembangan Selatan VII/ No.18 Surabaya Tahun 1985 - 1991
3. SMP Al-Irsyad Al-Islamiyyah Surabaya Tahun 1991 - 1994
4. SMA Al-Irsyad Al-Islamiyyah Surabaya Tahun 1994 - 1997
5. Program Diploma III Kebidanan
Yayasan Rumah Sakit Islam Surabaya Tahun 1998 - 2001
6. Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia Depok Tahun 2010 - 2012

Riwayat Pekerjaan:

1. Pelaksana Bidan Klinik Surabaya Tahun 2001 - 2002
2. Pelaksana Bidan Rumah Sakit Wijaya Surabaya Tahun 2002 - 2005
3. Pelaksana Bidan Puskesmas Rawat Inap
Semanggang Kabupaten Kotawaringin Barat Tahun 2005 - 2009
4. Pelaksana Bidan Sub Pelayanan Kesehatan Dasar
Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat Tahun 2009 -
Provinsi Kalimantan Tengah sekarang

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarokatuh,

Segala puji bagi ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, kesehatan dan perlindungan sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Ibu Dr. Robiana Modjo, SKM, M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;
- (2) Bapak Drs. Anwar Hassan, MPH, selaku penguji dalam Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah menyediakan waktu menguji skripsi ini;
- (3) Bapak Adhi Dharmawan Tato, SKM, MPH, selaku penguji luar dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang telah menyediakan waktu menguji skripsi ini;
- (4) Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok beserta staf, Kepala Dinas Kesbangpolinmas Kota Depok beserta staf, Kepala Puskesmas Abadi Jaya beserta staf dan pengurus kegiatan Pos Pembinaan Terpadu (POSBINDU) atau kelompok lansia "MELATI B" RW 07 Kelurahan Abadi Jaya Kota Depok yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
- (5) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; BPPSDM selaku pemberi bantuan pendidikan program sarjana kesehatan masyarakat peminatan kebidanan komunitas; dan Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Ditjen Bina Pelayanan Medik untuk draft pedoman pelayanan kebidanan komunitas;

- (6) Pemerintah Daerah Kabupaten Kotawaringin Barat dan khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat yang telah memberikan izin tugas belajar;
- (7) Keluarga aku (Ibunda Tanzila; Kakak Nurhayati, S.pd) tercinta dan terkasih yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral dalam penyusunan skripsi ini;
- (8) Ibu Hj.Um dan keluarga; Keluarga Besar “Asrama Wonosari” di Jawa Timur;
- (9) Kak Nurmalina, AMKeb; Ibu Maimunah, S.S.T; Ibu Hj.Saidatunnisa, S.S.T dan Kak Nurlia Lahay Amd.Keb; terimakasih untuk supportnya;
- (10) “Pahlawan Tanpa Tanda Jasa”/bapak dan ibu guruku di pendidikan formal TK hingga di Perguruan Tinggi maupun pendidikan nonformal; terimakasih untuk ilmu yang diberikan;
- (11) Teman-teman aku di Peminatan Kebidanan Komunitas 2010 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia atas kebersamaannya saling membantu dalam penyelesaian skripsi ini;
- (12) Dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu;

Akhir kata, saya memohon pada ALLAH SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Insyaallah skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 18 Juni 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : NINA MARLINA
NPM : 1006820985
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Peminatan Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalti-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Lansia Di Kelompok Lansia "MELATI B" Kelurahan Abadi Jaya Di Wilayah Kerja Puskesmas Abadi Jaya Kota Depok Provinsi Jawa Barat Tahun 2012

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 18 Juni 2012

Yang Menyatakan



(NINA MARLINA)

ABSTRAK

Nama : NINA MARLINA
Program Studi : Peminatan Kebidanan Komunitas
Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Lansia
Di Kelompok Lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya
Di Wilayah Kerja Puskesmas Abadi Jaya Kota Depok
Provinsi Jawa Barat Tahun 2012

Kebutuhan pelayanan kesehatan merupakan masalah utama bagi para lansia, maka perlu dilakukan peningkatan upaya pencegahan, pemeliharaan, dan peningkatan kesehatan, disamping upaya penyembuhan dan pemulihan. Keaktifan lansia mengikuti kegiatan pembinaan kesehatan lansia secara berkala yang dilakukan setiap bulan melalui kelompok lansia guna deteksi dini kesehatan. Puskesmas Abadi Jaya memiliki 33 kelompok lansia dengan persentase rata-rata kehadiran dalam dua tahun terakhir di bawah target yang ditetapkan Dinkes Kota Depok. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif. Hasil penelitian pembinaan kelompok lansia lebih ditingkatkan terutama pelaksanaan kegiatan preventif dan promotif yang diberikan kader terhadap lansia, serta kegiatan pencatatan dan pelaporan yang lebih sederhana agar tercapai target cakupan yang diinginkan.

Kata Kunci:

puskesmas, keaktifan lansia, kegiatan kelompok lansia.

ABSTRACT

Name : NINA MARLINA
Study Program : Community Midwifery Specialisation
Title : Factors Associated With the liveliness of the Elderly In
The Elderly "JASMINE B" Jaya Abadi Village Health
Center in the Work Area Jaya Abadi Depok
West Java Province Year 2012

The need for health care is a major problem for the elderly, it is necessary to improve prevention, maintenance, and improvement of health, in addition to healing and recovery efforts. Active elderly seniors take part in health coaching regularly conducted every month by the elderly for early detection of health. Jaya Abadi Health Center has 33 groups of seniors with an average percentage of attendance in the last two years below the target set by the City Depok health office. This research is descriptive quantitative research design. The research training group improved, especially the elderly over the implementation of preventive and promotive activities provided cadres to senior citizens, as well as recording and reporting activities are more simple in order to achieve the desired coverage targets.

Keyword:

health centers, active seniors, elderly group activities.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN PLAGIARISME	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	
KARYA ILMIAH	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR DAN TABEL	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	7
1.4.1 Tujuan Umum.....	7
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian	8
1.6 Ruang Lingkup.....	8
2. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. Definisi Perilaku Manusia.....	10
2.2. Jenis Perilaku	13
2.3. Proses Terjadinya Perilaku.....	13
2.4. Pengertian Pengetahuan	14
2.4.1 Tingkat Pengetahuan Dalam Domain Kognitif	14
2.4.2 Pengukuran Pengetahuan	15
2.5. Pengertian Sikap	16
2.5.1 Tingkatan Sikap	16
2.5.2 Pengukuran Sikap	17
2.6. Pengertian Lansia	18
2.7. Pengertian Puskesmas	19
2.7.1 Puskesmas Santun Lansia	20
2.7.2 Kegiatan Kesehatan Lansia.....	20
2.7.3 Tujuan Kegiatan Pembinaan Kesehatan Lansia	22
2.7.4 Sasaran	23
2.7.5 Strata Kelompok Lansia.....	24
2.8. Manfaat Kegiatan Pada Kelompok Lansia.....	25
2.9. Penelitian Terdahulu.....	26
2.10. Kerangka Teori.....	27

3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	28
3.1. Kerangka Konsep	28
3.2. Skema Kerangka Konsep.....	29
3.3. Hipotesis.....	29
3.4. Definisi Operasional.....	30
4. METODE PENELITIAN	33
4.1. Desain Penelitian	33
4.2. Waktu Dan Lokasi Penelitian	33
4.3. Populasi Dan Sampel.....	34
4.3.1 Populasi Penelitian	34
4.3.2 Sampel Penelitian	34
4.4. Tehnik Pengumpulan Data.....	34
4.5. Manajemen/Pengolahan Data	36
4.6. Analisa Data.....	38
4.6.1 Analisis Univariat.....	38
4.6.2 Analisis Bivariat	38
5. HASIL PENELITIAN.....	40
5.1. Gambaran Umum Wilayah Penelitian.....	40
5.1.1 Data Geografi.....	40
5.1.2 Data Demografi	41
5.2. Sumber Daya Kesehatan	44
5.2.1 Ketenagaan.....	44
5.2.2 Sarana dan Prasarana.....	45
5.2.3 Kegiatan Pembinaan Kelompok Lansia Oleh Puskesmas Abadi Jaya.....	45
5.2.4 Kegiatan Kelompok Lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya.....	46
5.3. Analisa Univariat	48
5.4. Analisa Bivariat	51
6. PEMBAHASAN	55
6.1. Keterbatasan Penelitian	55
6.2. Hubungan Umur Lansia Dengan Keaktifan.....	55
6.3. Hubungan Jenis Kelamin Lansia Dengan Keaktifan.....	57
6.4. Hubungan Pendidikan Lansia Dengan Keaktifan.....	58
6.5. Hubungan Status Hubungan (Kawin atau Cerai/Belum Kawin) Lansia Dengan Keaktifan	58
6.6. Hubungan Pekerjaan Lansia Dengan Keaktifan	59
6.7. Hubungan Pengetahuan Lansia Dengan Keaktifan	60
6.8. Hubungan Sikap Lansia Dengan Keaktifan.....	61
6.9. Keaktifan Lansia.....	62

7. SIMPULAN DAN SARAN	63
7.1 Simpulan.....	63
7.2 Saran	64
7.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Depok.....	64
7.2.2 Bagi Puskesmas Abadi Jaya	64
7.2.2 Bagi Peneliti Lain.....	64
DAFTAR REFERENSI.....	65

LAMPIRAN



DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

Tabel	2.1	Strata Kelompok Lansia.....	24
Gambar	2.1	Kerangka Teori.....	27
Gambar	3.2	Kerangka Konsep.....	29
Tabel	3.2	Definisi Operasional.....	30
Tabel	5.3	Jumlah Penduduk Kelompok Rentan Di Wilayah Kerja Puskesmas Abadi Jaya Tahun 2011.....	42
Tabel	5.4	Persentase Tingkat Pendidikan Usia 10 Tahun Keatas Kelurahan Abadi Jaya Di Wilayah Kerja Puskesmas Abadi Jaya Tahun 2011.....	44
Tabel	5.5	Distribusi Sumber Daya Tenaga Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Puskesmas Abadi Jaya Tahun 2011.....	44
Tabel	5.6	Distribusi Frekuensi Karakteristik Sosiodemografi, Pengetahuan, Sikap Dengan Keaktifan Lansia Di Kelompok Lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya Di Wilayah Kerja Puskesmas Abadi Jaya Tahun 2012.....	48
Tabel	5.7	Analisis Hubungan Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen.....	51

DAFTAR SINGKATAN

AA	: Asisten Apoteker
ABRI	: Angkatan Bersenjata Republik Indonesia
AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> atau <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> adalah sekumpulan gejala dan infeksi (atau: sindrom) yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKABA	: Angka Kematian Balita
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKBID	: Akademi Kebidanan
AKZI	: Akademi Gizi
AKPER	: Akademi Keperawatan
ASEAN	: <i>Association Of Sout East Asian Nations/</i> Asosiasi Bangsa-bangsa Asia Tenggara
ASKES	: Asuransi Kesehatan
CB	: Cakupan Penimbangan
CL	: Cakupan Pemeriksaan Laboratorium
CK	: Cakupan Pemeriksaan Kesehatan (pengukuran tekanan darah & pemeriksaan status mental)
CP	: Cakupan Penyuluhan
CDR	: <i>Crude Date Rate</i> /Angka Kematian Kasar
D1	: Diploma Satu
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i> adalah virus yang memperlemah kekebalan pada tubuh manusia
IMT	: Indeks Masa Tubuh
KK	: Kepala Keluarga
Lansia/Usila	: Lanjut Usia/ Usia Lanjut
NCDs/ PTM	: <i>Non Communicable Diseases</i> / Penyakit Tidak Menular
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
POSYANDU	: Pos Pelayanan Terpadu
PT	: Perguruan Tinggi
RI	: Republik Indonesia
RW	: Rukun Warga
RT	: Rukun Tetangga
SEARO	: <i>South East Asia Region</i> / Wilayah Asia Timur Selatan
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SD/SDN/MI	: Sekolah Dasar/Sekolah Dasar Negeri/Madrasah Ibtidaiyah
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SPK	: Sekolah Pendidikan Kesehatan
SPPH	: Sekolah Pembantu Penilik Higiene
WHO	: World Health Organization/Organisasi Kesehatan Dunia

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tujuan pembangunan Millenium secara keseluruhan mencakup delapan tujuan yakni memberantas kemiskinan dan kelaparan ekstrem; mewujudkan pendidikan dasar untuk semua; mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan; menurunkan angka kematian anak; meningkatkan kesehatan ibu; memerangi HIV dan AIDS, malaria serta penyakit lainnya; memastikan kelestarian lingkungan; dan *promote global partnership for development*. Mengukur derajat kesehatan suatu negara terdapat beberapa indikator, salah satunya mortalitas. Uraian kondisi mortalitas antara lain Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu (AKI), *Crude Death Rate* (CDR), dan Angka Harapan Hidup/*Expectation of Life at Birth* (Angka Harapan Hidup waktu lahir). Kualitas harapan hidup hingga sebagai kakek-nenek bergantung pada risiko dan peluang lansia mengalami perjalanan hidup, serta bantuan dan dukungan yang dibutuhkan mereka.

Penuaan merupakan proses yang akan berlaku bagi semua manusia. Kehidupan di dalam keluarga, sosok lansia (lanjut usia/usia lanjut) adalah figur yang mencerminkan keterkaitannya dengan sosial budaya suatu bangsa. Sosok lansia termasuk golongan yang patut dilindungi, dihargai serta dihormati sesuai dengan eksistensinya dalam strata kehidupan bermasyarakat karena mereka juga merupakan sumber daya yang bernilai sesuai dengan kemampuan, pengetahuan, pengalaman yang dimiliki dan dimanfaatkan untuk kemaslahatan masyarakat. Siklus daur kehidupan kedua manusia pada kelompok lansia, hampir di setiap negara proporsi penduduk berusia diatas 60 tahun tumbuh lebih cepat dari kelompok lainnya, sedangkan perkiraan peningkatan kematian lansia secara substansial disebabkan oleh *Non Communicable Diseases (NCDs)* atau PTM (Penyakit Tidak Menular) terutama kardiovaskuler, tekanan darah tinggi, kanker, penyakit pernafasan

kronis, diabetes serta kesehatan mental termasuk demensia dan depresi. Perubahan pada penyakit di masyarakat dari penyakit menular ke arah PTM menjadi masalah kesehatan baru. Peningkatan kejadian PTM berkorelasi positif dengan meningkatnya masyarakat yang bergaya hidup tidak sehat, pola makan tidak seimbang, kurang aktivitas fisik pada orang dewasa.

Meningkatnya populasi lansia bisa jadi keberhasilan kebijakan kesehatan publik, namun dapat menjadi tantangan bagi masyarakat agar memaksimalkan pelayanan kesehatan lansia sehingga lansia dapat aktif, mandiri dan berguna. Tingkat harapan hidup penduduk semakin tinggi dan harapan bayi lahir hidup hingga lansia makin besar. Dampak terkait yang dapat dilihat dari hal di atas adalah angka beban tanggungan serta penyakit degeneratif yang sering menyertai para lansia, dan bersifat kronis hingga membutuhkan penanganan dan biaya yang cukup besar. *Dependency ratio* dapat menunjukkan kondisi ekonomi suatu negara apakah kategori negara maju atau berkembang karena makin tinggi angka beban tanggungan berarti makin tinggi pula penduduk umur produktif menanggung biaya hidup umur belum produktif (0-14 tahun) dan umur tidak produktif (kelompok umur 65 tahun keatas). Menurut Worl Bank (2009), harapan hidup di negara Jepang dan Perancis pada tahun 2005 lebih dari 80 tahun, diikuti juga peningkatan harapan hidup di negara berkembang seperti Chili, Kosta Rika, Jamaika, Lebanon, Sri Lanka, Thailand yang berharap hidup lebih dari 70 tahun namun berbeda di beberapa negara Afrika, angka tersebut lebih rendah 40 tahun dari negara Jepang.

Berdasarkan data *USA Berau of the Cencus*, Indonesia diperkirakan akan mengalami peningkatan jumlah lansia terbesar di seluruh dunia antara tahun 1990-2025 sebesar 228%. Lansia yang sehat berpengaruh terhadap aspek kehidupannya baik fisik, mental, psikososial di lingkungan masyarakat, keluarga dan ekonomi. Merujuk teori Lawrence Green (2005) bahwa pengetahuan dan sikap merupakan salah satu bagian dari faktor predisposing yang mempermudah terjadinya perubahan perilaku seseorang. Profil Kesehatan Indonesia 2010 menyebutkan angka harapan hidup penduduk di Indonesia 71 tahun, merupakan urutan ke-3 untuk kawasan negara SEARO

(*South East Asia Region*) dan urutan ke-6 di kawasan negara ASEAN (*Association Of Sout East Asian Nations*). Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia 2010 terjadi peningkatan angka harapan hidup serta proporsi penduduk yang lahir hingga lansia pada tahun 1990 dan tahun 2000. Upaya pemerintah dalam perlakuan atau penanganan khusus bagi kelompok penduduk lansia, selaras dengan Undang-undang No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan pasal 19 pembinaan kesehatan lansia merupakan tanggung jawab pemerintah dan dilaksanakan oleh pemerintah bersama-sama masyarakat, demikian pula dalam SKN (Sistem Kesehatan Nasional) menyebutkan Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional. Undang-undang no.13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan lansia menyebutkan bahwa perlu diberikan kemudahan dalam pelayanan kesehatan lansia; karena upaya kesehatan lansia bagian dari kegiatan di puskesmas yang diselenggarakan secara khusus maupun umum menyatu dengan kegiatan pokok puskesmas lainnya, dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan puskesmas serta peran masyarakat baik di dalam gedung maupun luar gedung puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Tingkat kepadatan penduduk Indonesia masih didominasi di kepulauan Jawa. Provinsi Jawa Barat menduduki urutan ke-2 dengan kepadatan 1.216 jiwa per km². Fenomena distribusi penduduk tidak merata merupakan ciri demografis di Indonesia, dan indikator yang terkait dengan hal tersebut untuk mengetahui produktivitas penduduk dalam rasio ketergantungan. Provinsi Jawa Barat menunjukkan angka beban ketergantungan sama dengan angka Nasional sebesar 51,33% artinya bahwa 100 orang di Provinsi Jawa Barat yang masih produktif akan menanggung 51 orang yang belum atau sudah tidak produktif lagi (Profil Kesehatan Indonesia, 2010). Jumlah penduduk tahun 2010 di Kota Depok diperkirakan 1.610.000 jiwa dengan kepadatan penduduk mencapai 7.877 jiwa per km² (www.depok.go.id/profil-kota/demografi). Profil Kesehatan Puskesmas Abadi Jaya tahun 2010 jumlah penduduk sebesar 70.256 jiwa dengan kepadatan penduduk 14.54 jiwa per

km², naik menjadi 78.136 jiwa di tahun 2011 dengan kepadatan penduduk 15.67 jiwa per km². Wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya membawahi 2 kelurahan yakni Abadi Jaya dan kelurahan Cisalak, dengan kelompok binaan pra lansia dan lansia sebanyak 33 kelompok binaan.

“Puskesmas Santun Lansia” predikat yang dipunyai Puskesmas Abadi Jaya, dalam pelaksanaan program upaya kesehatan lansia bukan hanya kelompok lansia (usia 60 tahun+) merangkul juga kelompok pra lansia (usia 45-59 tahun), hal ini merupakan nilai lebih bagi kelompok lansia di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya karena kelompok pra lansia sudah mempunyai kesadaran untuk mempersiapkan masa lansia agar aktif dan mandiri. Selaras dengan program pemerintah dalam Pedoman Puskesmas Santun Lansia tahun 2011, penulis meneliti lingkup hanya pada kelompok lansia (usia 60 tahun+). Perubahan paradigma pada individu untuk sehat, bermartabat, berpartisipasi dalam kehidupan sosial, ekonomi, budaya dan kemasyarakatan di masa tua merupakan hak asasi manusia karena penuaan merupakan proses yang akan berlaku untuk semua. Kepatuhan dalam penerapan gaya hidup sehat, pemeriksaan dini dan pemeliharaan kesehatan (tindakan preventif) serta pengobatan terhadap lansia termasuk rujukan ke rumah sakit (tindakan kuratif & rehabilitatif) merupakan determinan perilaku, dampak dari pengetahuan dan sikap yang bijaksana di lansia guna melanjutkan dan meningkatkan kualitas hidup. Mengingat kebutuhan pelayanan kesehatan merupakan masalah utama bagi para lansia, maka indikator capaian pelayanan kesehatan lansia bagi “Puskesmas Santun Lansia” Dinas Kesehatan Kota Depok tahun 2010 dan 2011 ditetapkan sebesar 70% sama dengan target Provinsi Jawa Barat.

Berdasarkan laporan capaian pelayanan kesehatan lansia (usia 60 tahun+) di Puskesmas Abadi Jaya selama 2 tahun berturut belum memenuhi target, yakni sebesar 11,7% di tahun 2010 dan 23,7% di tahun 2011 dengan jumlah lansia 6.332 orang. Dari 33 kelompok lansia Puskesmas Abadi Jaya hanya kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya yang pelaksanaannya tidak bercampur dengan POSYANDU (Pos Pelayanan Terpadu) ibu dan balita, serta kader kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya yang

sudah dilatih sebanyak 2 orang dari 11 kader aktif. Menurut data absensi dan kegiatan di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya rata-rata persentase kehadiran dan kegiatan dalam 2 tahun berturut (tahun 2010-2011) hanya 19% (114 orang) dan 22% (103 orang), sedangkan faktor risiko PTM hipertensi 42%; obesitas 33,7% (tahun 2010) dan hipertensi 32,2%; obesitas 34,8% (tahun 2011). Hal serupa terjadi pada kelompok binaan wilayah Puskesmas Depok Jaya, penelitian Murniati (2004) menyebutkan bahwa persentase lansia dalam satu tahun yang aktif hanya sekitar 61,90% (1.087 orang). Menurunnya persentase rata-rata kehadiran lansia dalam memanfaatkan kelompok lansia mendorong penulis pada penelitian ini perlu mengetahui lebih lanjut gambaran karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan), pengetahuan dan sikap dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012.

1.2 Rumusan Masalah

Perilaku gaya hidup sehat dan kepatuhan kehadiran lansia pada kelompok lansia merupakan dampak dari pengetahuan dan sikap yang bijaksana di usia lanjut guna memperpanjang dan meningkatkan kualitas hidup, persentase kehadiran dan kegiatan dalam 2 tahun berturut (tahun 2010-2011) hanya 19% (114 orang) dan 22% (103 orang), sedangkan faktor risiko PTM hipertensi 42%; obesitas 33,7% (tahun 2010) dan hipertensi 32,2%; obesitas 34,8% (tahun 2011). Berdasarkan latar belakang di atas peneliti perlu mengetahui lebih lanjut gambaran karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan), pengetahuan, sikap dengan keaktifan lansia di kelompok lansia” MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012 sehingga permasalahan penelitian dapat di rumuskan sebagai berikut: “Belum diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan lansia (sosiodemografi, pengetahuan dan sikap) dalam kelompok binaannya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012”.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Dari rumusan masalah, timbul pertanyaan peneliti yaitu:

1. Bagaimana gambaran karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan) dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012?
2. Bagaimana gambaran pengetahuan dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012?
3. Bagaimana gambaran sikap dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012?
4. Bagaimana hubungan karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan) dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012?
5. Bagaimana hubungan pengetahuan dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012?
6. Bagaimana hubungan sikap dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mendeskripsikan hubungan karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan), pengetahuan, sikap lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” kelurahan Abadi Jaya tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan gambaran karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan) dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012.
- b. Menjelaskan gambaran pengetahuan lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” kelurahan Abadi Jaya tahun 2012.
- c. Menjelaskan gambaran sikap lansia dengan keaktifan lansia di kelompok binaan lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012.
- d. Menjelaskan hubungan karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan) dengan keaktifan lansia di kelompok lansia MELATI B RW 07 Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012.
- e. Menjelaskan hubungan pengetahuan lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia MELATI B RW 07 Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012.
- f. Menjelaskan hubungan sikap lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia MELATI B RW 07 Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012.

1.5 Manfaat Penelitian

a. Bagi Dinas Kesehatan Kota Depok

Sebagai informasi untuk mengevaluasi pencatatan dan pelaporan serta pengambilan kebijakan dalam pelaksanaan program upaya kesehatan lansia guna peningkatan kualitas dan efektivitas program pelayanan kesehatan pra lansia dan lansia di Dinas Kesehatan Kota Depok.

b. Bagi Puskesmas Abadi Jaya

Sebagai masukan dalam meningkatkan program pelaksanaan pelayanan kesehatan pra lansia dan khususnya lansia di wilayah kerja puskesmas.

c. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Sebagai bahan kepustakaan atau referensi maupun proses pembelajaran dan sebagai pembanding untuk penelitian selanjutnya khususnya di wilayah Kota Depok.

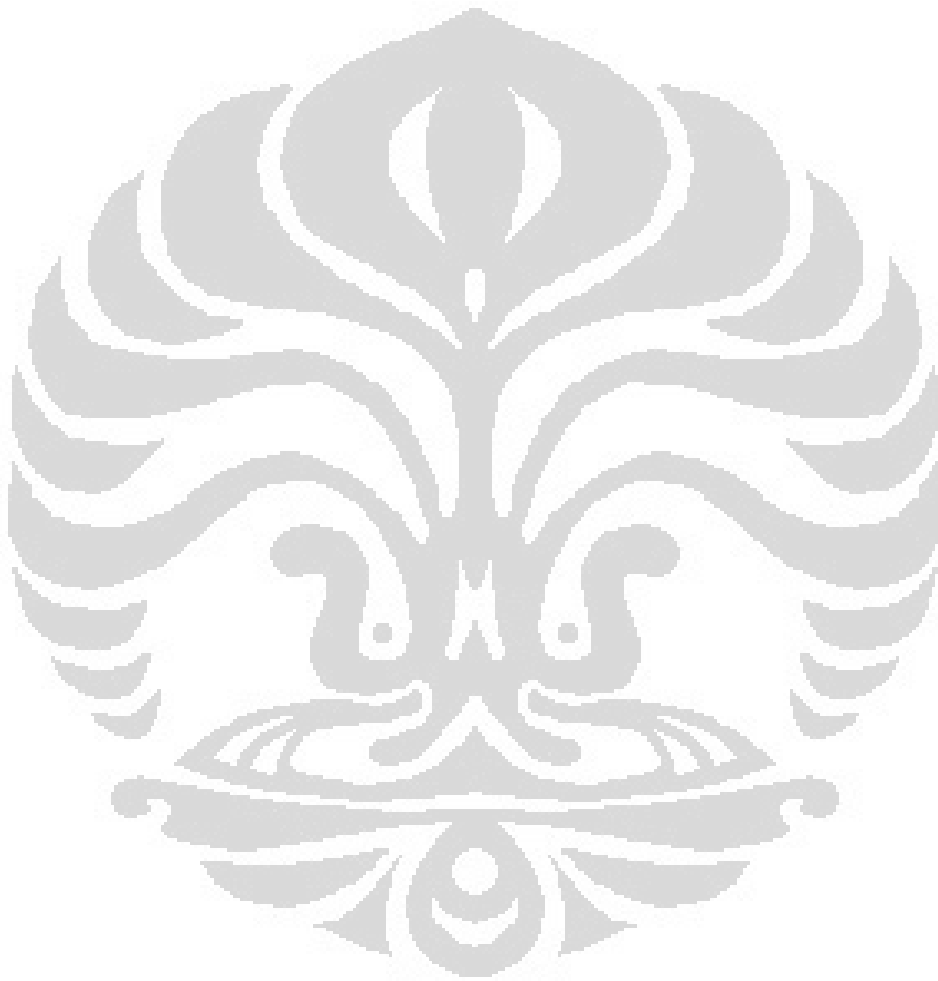
d. Bagi Peneliti:

Sebagai kegiatan untuk lebih meningkatkan pemahaman, pengertian, pengetahuan, ketrampilan dan kemampuan di bidang pelayanan kesehatan masyarakat.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini untuk menjelaskan gambaran karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan), pengetahuan dan sikap lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012. Alasan penelitian ini karena peneliti perlu mengetahui lebih lanjut gambaran karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan), pengetahuan dan sikap lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya, di karenakan capaian persentase kehadiran dan kegiatan dalam 2 tahun berturut (tahun 2010-2011) hanya 19% (114 orang) dan 22% (103 orang), sedangkan faktor risiko PTM hipertensi 42%; obesitas 33,7% (tahun 2010) dan hipertensi 32,2%; obesitas 34,8% (tahun 2011).

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang dibina di RW.07 kelurahan Abadi Jaya tahun 2011 yang berjumlah 103 orang. Jenis penelitian ini menggunakan metode *cross sectional* dengan menggunakan kuesioner dan rekapitulasi buku register sebagai cara ukur untuk mendapatkan hasil penelitian.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Perilaku Manusia

Perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang) namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Perilaku manusia adalah sekumpulan perilaku yang dimiliki oleh manusia dan dipengaruhi oleh adat, sikap, emosi, nilai, etika, kekuasaan, dan genetika. Dalam sosiologi, perilaku dianggap sebagai sesuatu yang tidak ditujukan kepada orang lain dan oleh karenanya merupakan suatu tindakan sosial manusia yang sangat mendasar. Hal ini meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda. Menurut Notoatmodjo (2007) dikutip dari Green, kesehatan seseorang dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor diluar perilaku (non-perilaku), selanjutnya Green menganalisis faktor perilaku tersebut ditentukan oleh 3 faktor, yaitu:

1. Faktor predisposing (*predisposing factor*)

Adalah yang memotivasi dan memberikan alasan mendasar perilaku atau preferensi pribadi seseorang mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan budaya, kesiapan untuk berubah dan sosiodemografi seperti:

- (a) Umur adalah jumlah hari, bulan, tahun yang dilalui sejak lahir sampai dengan waktu perhitungan usia tertentu. Lansia yang berumur ≥ 71 tahun cenderung lebih aktif ke posyandu dibanding yang berumur < 71 tahun. Menurut Lestari dkk (2011) mengutip dari Westle (1997) menyebutkan bahwa orang lanjut usia lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan orang yang lebih muda.

- (b) Jenis Kelamin merupakan bagian dari hidup manusia yang berhubungan dengan alat kelamin, secara biologis dibedakan antara laki-laki dan perempuan.
- (c) Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan secara aktif kecerdasan dan ketrampilan pribadi atau proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan.
- (d) Pekerjaan adalah mata pencaharian yang dijadikan pokok penghidupan untuk mendapat nafkah. Batasan usia pensiun PNS berbeda sesuai dengan jabatan, dan berdasarkan UU Nomor 14 Tahun 2005 usia pensiun tertinggi usia 70 tahun dan terendah usia sampai 56 tahun berdasarkan PP No.32 Tahun 1979, sehingga masih banyak lansia yang masih aktif bekerja.
- (e) Status Perkawinan adalah perihal pernikahan yang sungguh-sungguh dilakukan sesuai cita-cita hidup berumah tangga yang bahagia dalam membentuk keluarga dengan lawan jenis.

2. Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Adalah mencakup keluarga, petugas kesehatan, teman, dan tokoh masyarakat yang menentukan apakah perilaku kesehatan mendapat dukungan atau tidak bergantung pada tujuan dan jenis program layanan kesehatan. Pelayanan kader dan petugas kesehatan yang baik terbukti sebagai faktor yang mempengaruhi keaktifan lansia ke kelompok lansia.

Umumnya masyarakat menginginkan pelayanan yang mengurangi gejala secara efektif dan mencegah penyakit sehingga mereka beserta keluarganya sehat dan dapat melaksanakan tugas mereka sehari-hari tanpa gangguan fisik. Pelayanan yang sebanding dengan harapan masyarakat, maka pelanggan akan puas dan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien yang baik dapat menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara menghargai; menjaga rahasia; menghormati; responsif; dan

memberikan perhatian maka pelaksanaan konseling berjalan lebih efektif hingga saran serta nasehat yang diberikan petugas dapat tersampaikan dengan baik atau sesuai harapan. Peran keluarga yang baik juga terbukti mempengaruhi keaktifan lansia berkunjung ke kelompok lansia, karena keberadaan anggota keluarga memainkan peranan penting dalam mencegah atau paling tidak menunda lansia sakit kronis. Besarnya keterlibatan keluarga dan sifat pelayanan yang diberikan keluarga tergantung pada sumber-sumber ekonomi, struktur keluarga, kualitas hubungan, kebutuhan dan tenaga yang tersedia (Media Medika Indonesiana, 2011).

3. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Adalah mencakup terlaksananya ketrampilan/kegiatan, aspirasi untuk perubahan perilaku dengan adanya ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan, prioritas/komitmen pemerintah dan masyarakat terhadap layanan dan ketrampilan tenaga kesehatan di layanan seperti polindes, puskesmas, posyandu balita maupun posbindu dan lain-lain.

Fasilitas kelompok lansia yang baik terbukti sebagai faktor yang mempengaruhi keaktifan kunjungan lansia ke kelompok lansia, dan keramahan dalam pelayanan kesehatan penting karena dapat mempengaruhi kepercayaan lansia dalam pelayanan kesehatan walaupun tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis. Unsur keramahan yang lain misalnya kebersihan, adanya ruang tunggu yang menyenangkan juga mempengaruhi keaktifan lansia (Media Medika Indonesiana, 2011).

2.2 Jenis Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2007) respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni :

1. Determinan atau faktor internal yakni karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat gen atau bawaan, misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal yakni lingkungan baik lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Perilaku sendiri dapat dibedakan menjadi dua :

- a. Perilaku tertutup (*covert behavior*) yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung, masih terbatas pada persepsi, kesadaran, perhatian yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
- b. Perilaku terbuka (*overt behavior*) adalah bentuk tindakan atau praktek yang mudah diamati dan dilihat oleh orang lain.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultante* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal.

2.3 Proses Terjadinya Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003) dikutip dari Rogers menyatakan bahwa sebelum mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses antara lain:

- a. Kesadaran artinya orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dulu terhadap stimulus.
- b. Tertarik artinya menyukai atau tertarik pada rangsangan atau stimulus.

- c. Evaluasi maksudnya menimbang terhadap rangsangan tersebut baik atau tidak bagi dirinya.
- d. Mencoba artinya merasakan sesuatu yang baru dalam perilaku.
- e. Menerima, berarti pelaku sebagai subyek telah berperilaku sesuai kesadaran, pengetahuan dan sikapnya terhadap stimulus sehingga menjadi kebiasaan yang bersifat langgeng (*long lasting*).

2.4 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil "tahu", dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2007) mengutip dari Benyamin Bloom seorang ahli psikologi pendidikan, membagi perilaku manusia ke dalam 3 domain, dengan ranah kawasan yakni : kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk mengukur hasil pendidikan kesehatan, yakni pengetahuan, sikap dan tindakan atau praktek. Dan ia juga mengatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

2.4.1 Tingkat Pengetahuan Dalam Domain Kognitif

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2007) mengutip dari Benyamin Bloom, membagi pengetahuan menjadi 6 tingkat yaitu :

- a. Tahu (*know*) artinya mengingat kembali suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- b. Memahami (*comprehension*) artinya suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. Aplikasi (*application*) artinya kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

- d. Analisis (*analysis*) artinya suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen.
- e. Sintesis (*synthesis*) adalah suatu kemampuan untuk meletakkan/menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*) adalah kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek atau materi, yang didasarkan pada kriteria yang telah ditentukan sendiri atau berdasarkan kriteria-kriteria yang sudah ada.

2.4.2 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan menurut Wawan & Dewi (2010) dikutip dari Arikunto (2006) dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau memudahkan penilaian terhadap tingkat pengetahuan dalam penelitian yang terdiri dari :

- a. Baik, bila tingkat pengetahuan responden 76% - 100 %.
- b. Cukup, bila tingkat pengetahuan responden 56% - 75%.
- c. Kurang, bila tingkat pengetahuan responden <55%.

Bobot nilai pengetahuan dapat pula dilakukan dengan cara memanfaatkan format Skala Gattman yaitu setiap jawaban yang benar diberi nilai 1 dan jawaban yang salah diberi nilai 0. Setelah diberi skor selanjutnya dikategorikan berdasarkan jumlah nilai skor, kemudian ditetapkan klasifikasi nilai untuk menetapkan kategori “Baik” dan “Kurang Baik”, dengan perhitungan sebagai berikut :

- a. Menetapkan nilai tertinggi, yaitu jumlah pertanyaan dikalikan skor tertinggi $10 \times 1 = 10$.
- b. Menetapkan nilai terendah, yaitu jumlah pertanyaan dikalikan skor terendah $10 \times 0 = 0$.
- c. Menentukan range yaitu skor tertinggi dikurang skor terendah $10 - 0 = 10$.
- d. Selanjutnya menentukan interval $10 : 2 = 5$

Berdasarkan perhitungan tersebut, nilainya adalah sebagai berikut :

- 1) Klasifikasi 5-10 : menunjukkan Baik.
- 2) Klasifikasi 0-4 : menunjukkan Kurang (Hidayat, 2007).

2.5 Pengertian Sikap

Menurut Azwar (2010) dikutip dari Brehm & Kassim (1990) mendefinisikan sikap adalah penilaian positif atau negatif terhadap suatu objek. Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Menurut Notoatmodjo (2007) dikutip dari Allport (1954) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu:

1. Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek artinya bagaimana penilaian (terkandung didalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*) artinya adalah merupakan komponen untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

Ketiga komponen tersebut secara bersamaan membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

2.5.1 Tingkatan Sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni:

- a. Menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- b. Merespon (*responding*) memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

- c. Menghargai (*valuing*) mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
- d. Bertanggung jawab artinya mengambil risiko atas segala sesuatu yang telah dipilih.

Sikap kesehatan adalah, pendapat atau penilaian orang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan. Sikap terhadap kesehatan itu adalah sikap terhadap penyakit, terhadap faktor yang mempengaruhi kesehatan, sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan dan sikap untuk menghindari kecelakaan (Azwar, 2008).

2.5.2 Pengukuran Sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menggunakan Skala Likert dengan kategori sebagai berikut:

- a. SS : Sangat Setuju
- b. S : Setuju
- c. TS : Tidak Setuju
- d. STS : Sangat Tidak Setuju

Sikap dapat mempengaruhi keaktifan, pengetahuan dan keterampilan, hal ini disebabkan karena sikap yang mendukung adanya kegiatan pelayanan kesehatan akan mengakibatkan pelaksanaan kegiatan dapat berjalan sesuai harapan, dan selalu hadir dalam kegiatan pelayanan kesehatan akan lebih sering mendapatkan tambahan pengetahuan baik dari petugas maupun teman sekerja, pengetahuan dan ketrampilan dapat meningkat bila bersikap aktif dalam melaksanakan pelayanan kesehatan (Azwar, 2008).

Menurut Hidayat (2007) dalam pengolahan data tentang sikap di berikan kode 1= mendukung, 2= kurang mendukung, dimana setiap jawaban diberi bobot nilai dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Untuk pernyataan yang sifatnya positif, jawaban
“Sangat Setuju” = 4, “ Setuju” = 3, “Tidak Setuju” = 2, “Sangat Tidak Setuju” =1.
- b. Untuk pernyataan yang sifatnya negatif,

jawaban “Sangat Setuju” = 1, “Setuju” = 2, “Tidak Setuju” = 3, “Sangat Tidak Setuju” = 4.

Setelah diberi bobot nilai selanjutnya dibuat kategori dari setiap instrumen untuk kualitas jawaban dari responden berdasar nilai skor, kemudian ditetapkan klasifikasi (kriteria nilai menetapkan) meliputi perhitungan sebagai berikut :

- 1) Nilai tertinggi yaitu jumlah pernyataan dikalikan jumlah skor 4,
 $10 \times 4 = 40$.
- 2) Menetapkan nilai terendah yaitu jumlah pernyataan dikalikan jumlah skor 1, $10 \times 1 = 10$.
- 3) Menetapkan range, dengan cara nilai tertinggi dikurangi nilai terendah, $40 - 10 = 30$.

Range kemudian dibagi dalam 2 kategori untuk menentukan lebar kelas (interval) dari klasifikasi nilai yang akan dibuat. Kedua kelas tersebut menggambarkan sikap lansia terhadap pemanfaatan kelompok lansia.

- a. Klasifikasi 15-30 : menunjukkan Mendukung.
- b. Klasifikasi 0-14 : menunjukkan Kurang Mendukung.

2.6 Pengertian Lansia

Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, yang secara fisik terlihat berbeda dengan kelompok umur lainnya (Kementerian Kesehatan, 2011). Lansia dibedakan 2 macam, yaitu lansia kronologis dan lansia biologis. Lansia kronologis bisa diketahui dengan cara perhitungan sejak waktu lahir (kalender), sedangkan lansia biologis patokannya pada kondisi jaringan tubuh.

Constantinides (1994) mendefinisikan menua (= menjadi tua = *aging*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur serta fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (R.Boedhi-Darmojo & H.Hadi Martono, 1999).

Departemen Kesehatan RI (2006) memberikan batasan lansia sebagai berikut:

- Virilitas (*praseonium*): Masa persiapan lansia yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun).
- Lansia dini (*senescen*): Kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (usia 60-64 tahun).
- Lansia berisiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif: Usia diatas 65 tahun (Fatma, 2010).

Istilah keaktifan lansia diadopsi dari Organisasi Kesehatan Dunia pada akhir tahun 1990, hal ini dimaksudkan untuk menyampaikan pesan yang lebih inklusif daripada lansia yang sehat karena untuk mengenali faktor-faktor yang mempengaruhi individu dan populasi lansia dalam pelayanan kesehatan. Pendekatan terhadap lansia aktif didasarkan pada pengakuan terhadap hak asasi manusia dari orang tua yang berprinsip kemandirian, berpartisipasi dan pemenuhan diri dalam mendapatkan pelayanan kesehatan maksimal (WHO, 2002).

2.7 Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayahnya. (Kementerian Kesehatan RI, 2011). Upaya untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan penduduk Indonesia agar memperoleh derajat kesehatan optimal maka puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan wajib karena kesepakatan global maupun nasional meliputi promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu anak dan keluarga berencana, perbaikan gizi masyarakat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta pengobatan yang dilaksanakan oleh seluruh puskesmas di Indonesia sedangkan upaya kesehatan pengembangan diantaranya terdapat kesehatan usia lanjut.

2.7.1 Puskesmas Santun Lansia

Puskesmas Santun Lansia adalah puskesmas yang melakukan pelayanan kesehatan kepada pra lansia dan lansia meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Puskesmas Santun Usia Lanjut mempunyai ciri-ciri yakni:

- a. Memberikan pelayanan yang baik, berkualitas dan sopan.
- b. Memberikan kemudahan dalam pelayanan kepada lansia.
- c. Memberikan keringanan/penghapusan biaya pelayanan kesehatan bagi lansia dari keluarga miskin/tidak mampu.
- d. Memberikan dukungan/bimbingan pada lansia dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya agar tetap sehat dan mandiri.
- e. Melakukan pelayanan secara pro-aktif untuk dapat menjangkau sebanyak mungkin sasaran lansia yang ada diwilayah kerja puskesmas.
- f. Melakukan kerjasama dengan lintas program dengan lintas sektor terkait di tingkat kecamatan dengan asas kemitraan, untuk bersama-sama melakukan pembinaan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup lansia.

2.7.2 Kegiatan Kesehatan Lansia

Kegiatan kesehatan lansia di puskesmas meliputi kegiatan penyuluhan, deteksi dan mendiagnosa dini lansia, diagnosa kelainan lansia, perlindungan dan tindakan khusus serta pemulihan. Jelaslah bahwa kegiatan kesehatan lansia mencakup aspek peningkatan (*promotif*), pencegahan (*preventif*), pengobatan (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*) yang didukung peran serta masyarakat baik sebagai penerima maupun pemberi dalam bentuk pelaksanaan, pembinaan dan pengembangan upaya kegiatan kesehatan lansia.

Kementerian Kesehatan RI (2011) menguraikan kegiatan kelompok lansia meliputi:

- *Promotif* dapat berupa kegiatan penyuluhan tentang:
 - a) Kesehatan dan pemeliharaan kebersihan.

- b) Makanan dengan menu yang mengandung gizi seimbang.
- c) Kesegaran jasmani yang dilakukan secara teratur dan disesuaikan dengan kemampuan lansia agar tetap merasa sehat dan segar.
- d) Pembinaan mental dalam meningkatkan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.
- e) Membina ketrampilan agar dapat mengembangkan kegemaran sesuai dengan kemampuan.
- f) Meningkatkan kegiatan sosial di masyarakat.

- *Preventif* dapat berupa kegiatan antara lain :

- a) Pemeriksaan kesehatan secara berkala dan teratur untuk menemukan secara dini penyakit-penyakit lansia.
- b) Kesegaran jasmani yang dilakukan secara teratur dan disesuaikan dengan kemampuan lansia agar tetap merasa sehat dan segar.
- c) Penyuluhan tentang penggunaan berbagai alat bantu misalnya: kacamata, alat bantu dengar dan lain-lain agar usia lanjut tetap dapat memberikan karya dan tetap merasa berguna.
- d) Penyuluhan untuk mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan pada lansia.
- e) Pembinaan mental dalam meningkatkan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

- *Kuratif* dapat berupa kegiatan sebagai berikut:

- a) Pelayanan kesehatan dasar.
- b) Pelayanan kesehatan spesialisik melalui sistim rujukan.

- *Rehabilitatif* dapat berupa kegiatan antara lain:
 - a) Memberikan informasi, pengetahuan, dan pelayanan tentang penggunaan berbagai alat bantu misalnya: kacamata, alat bantu dengar dan lain-lain agar usia lanjut tetap dapat memberikan karya dan tetap merasa berguna sesuai kebutuhan dan kemampuan.
 - b) Mengembalikan kepercayaan pada diri sendiri dan memperkuat mental penderita.
 - c) Pembinaan lansia dalam hal pemenuhan kebutuhan pribadi, aktifitas di dalam maupun di luar rumah.
 - d) Nasihat cara hidup yang sesuai dengan penyakit yang diderita.
 - e) Perawatan fisioterapi.

2.7.3 Tujuan Kegiatan Pembinaan Kesehatan Lansia

a. Tujuan Umum:

Mencapai peningkatan derajat kesehatan lansia yang bahagia dan berdaya guna dalam keluarga dan masyarakat berdasar keberadaannya untuk mutu kehidupan yang optimal.

b. Tujuan Khusus:

- Kesadaran lansia meningkat untuk membina kesehatannya.
- Kemampuan lansia meningkat dan adanya peran serta masyarakat dalam menghayati dan mengatasi masalah kesehatan lansia.
- Keterjangkauan pelayanan kesehatan lansia meningkat.
- Peningkatan mutu dan jenis pelayanan lansia.

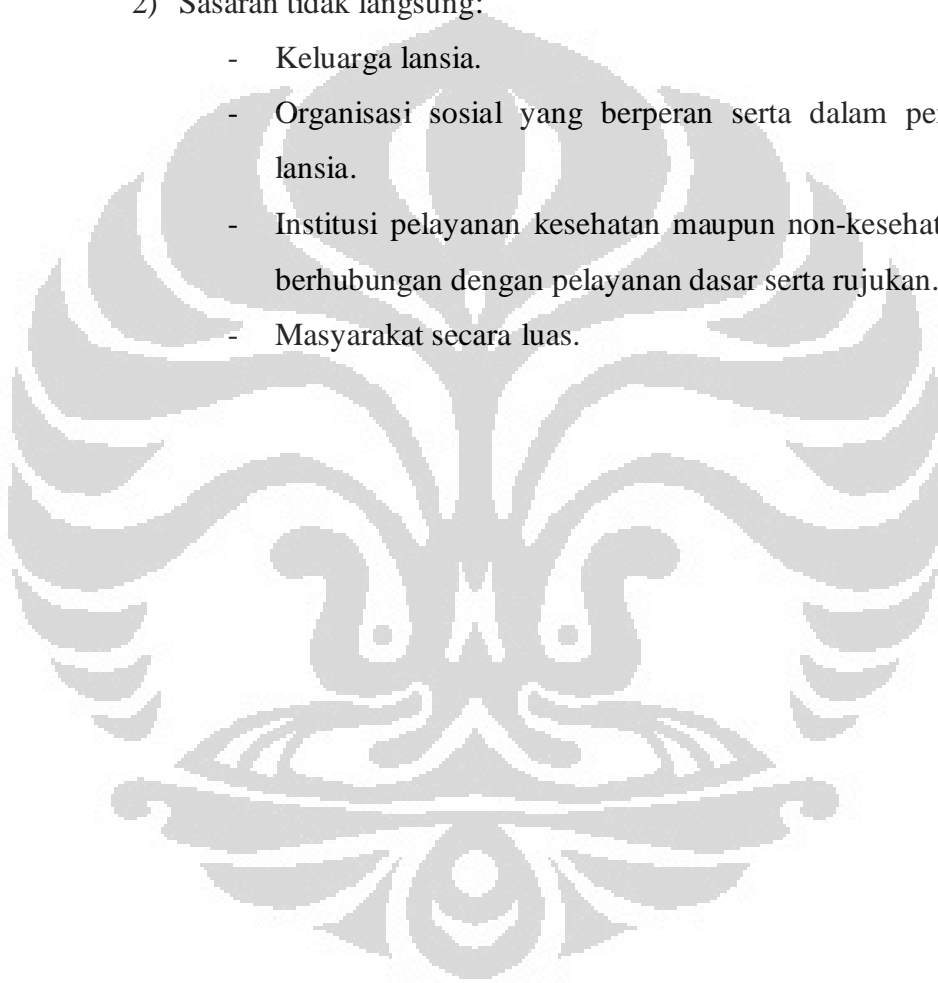
2.7.4 Sasaran

1) Sasaran langsung:

- Kelompok pra lansia 45-59 tahun.
- Kelompok lansia 60-69 tahun.
- Kelompok usia berisiko tinggi yaitu usia lebih dari 70 tahun atau lansia berumur 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

2) Sasaran tidak langsung:

- Keluarga lansia.
- Organisasi sosial yang berperan serta dalam pembinaan lansia.
- Institusi pelayanan kesehatan maupun non-kesehatan yang berhubungan dengan pelayanan dasar serta rujukan.
- Masyarakat secara luas.



2.7.5 Strata Kelompok Lansia

Tabel 2.1 Strata Kelompok Lansia

No	Indikator	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1.	Frekuensi pertemuan: (x/tahun)	< 8	8-9	□ 10	□ 10
2.	Kehadiran Kader (pada hari H) (orang)	< 3	□ 3	□ 3	□ 3
3.	Pelayanan Kesehatan:				
	a. Cakupan penimbangan (CB)	< 50%	50%-60%	□ 60%	□ 60%
	b. Cakupan pemeriksaan laboratorium (CL)	< 25%	25%-50%	□ 50%	□ 50%
	c. Cakupan pemeriksaan kesehatan (termasuk pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan status mental) (CK)	< 50%	50%-60%	□ 60%	□ 60%
	d. Cakupan penyuluhan (CP)	< 50%	50%-60%	□ 60%	□ 60%
4.	Senam Lansia	< 8	8-9	≥ 10	≥ 10
5.	Kegiatan sektor terkait (jenis)	0	1	2	□ 2
6.	Pendanaan kegiatan berasal dari masyarakat	-	-	< 50%	□ 50%

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2011.

2.8 Manfaat Kegiatan Pada Kelompok Lansia

Kegiatan kelompok lansia dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan lansia, hal ini disebabkan karena lansia lebih sering melakukan kegiatan yang sama dan berulang. Lansia yang selalu hadir di kegiatan kelompok lansia lebih sering mendapatkan tambahan pengetahuan, dan sikap lansia terhadap perilaku kesehatannya dapat berubah guna peningkatan kualitas hidup. Mengatasi lansia yang kurang aktif dapat dilakukan pembinaan atau pemberdayaan lansia misalnya, pemberdayaan keluarga seperti di Vietnam atau pemberdayaan ekonomi seperti di Singapura (Health.kompas.com, 2012).

Tingkat tercapainya keberhasilan dan perkembangan suatu kegiatan apapun bentuknya perlu tindak lanjut secara baik, akurat dan berkesinambungan. Perkembangan kegiatan kelompok lansia dapat terukur dengan ditetapkan indikator untuk mengevaluasi tingkat capaian kegiatan dengan mengetahui frekuensi pertemuan atau pelaksanaan kegiatan selama setahun (Kementerian Kesehatan, 2011).

Melanjutkan aktivitas/kegiatan yang diminati akan membantu para lansia untuk:

a. Mengatasi masalah mental

Dengan tidak adanya pekerjaan dan tanggung jawab yang dikerjakan, akan menimbulkan depresi. Jika lansia berhenti menggunakan otak (berfikir) dan bersosialisasi, maka mental lansia akan menurun. Hasil penelitian dari Center On Aging, University of Illinois menyebutkan bahwa aktivitas yang disukai oleh lansia akan berkaitan dengan kesehatannya dan memberi efek kesejahteraan psikologi karena dilakukan dengan senang (www.health.kompas.com).

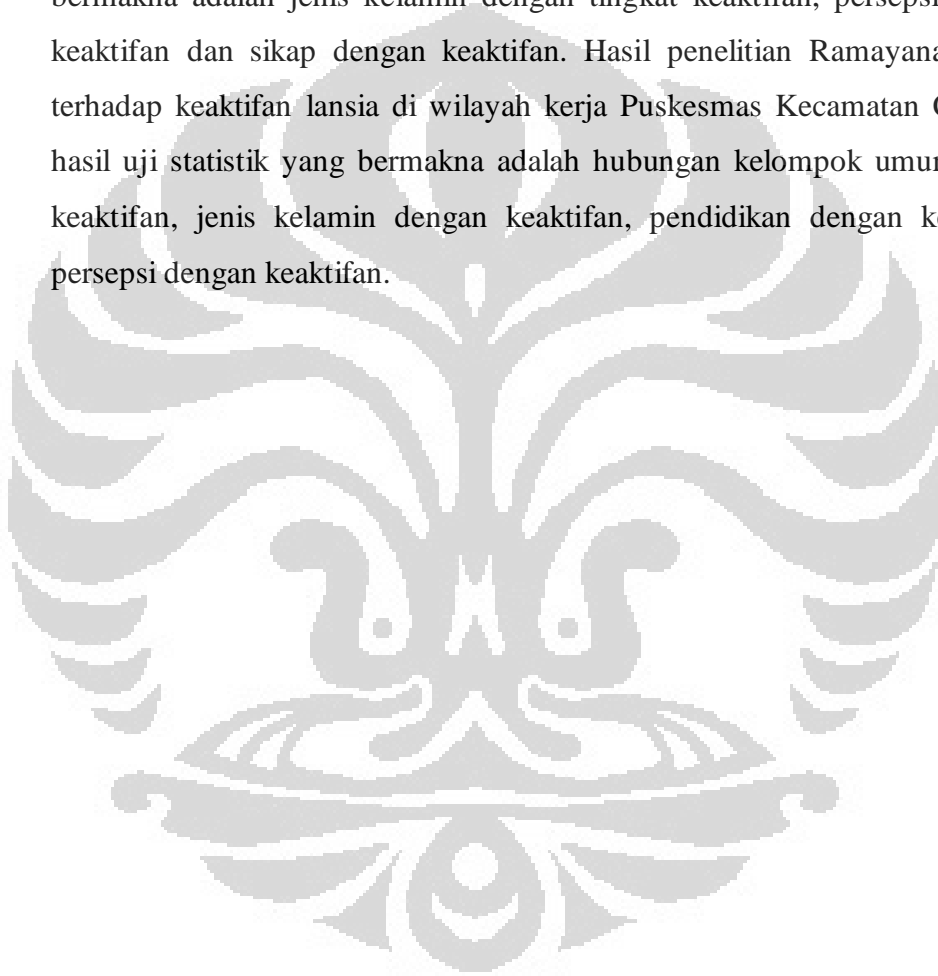
b. *Problem* kesehatan

Tidak bekerja secara aktif menyebabkan tulang dan urat lansia tidak berfungsi maksimal, penyebab kecatatan pada lansia sama bagi perempuan dan laki-laki meskipun perempuan lebih mungkin untuk melaporkan masalah penyakit muskuloskeletal (seperti arthritis dan osteoporosis) (WHO, 2002). Obesitas merupakan problem Nasional,

karena kurangnya aktivitas lansia. Tidak ada motivasi untuk mengerjakan sesuatu, menyebabkan lansia kehilangan *interest* terhadap hidup. Tinggallah menunggu kematian (lansiasehat.com, 2012).

2.9 Penelitian Terdahulu

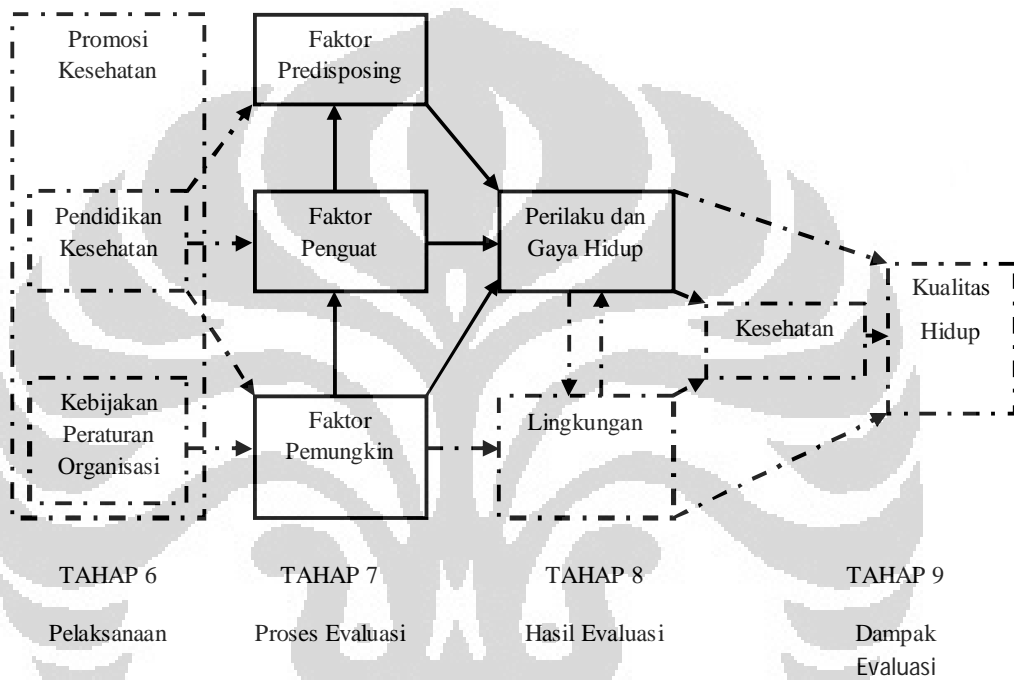
Murniati (2004) melakukan penelitian keaktifan kelompok binaan lansia di wilayah kerja Puskesmas Depok Jaya dengan hasil uji statistik yang bermakna adalah jenis kelamin dengan tingkat keaktifan, persepsi dengan keaktifan dan sikap dengan keaktifan. Hasil penelitian Ramayana (2003) terhadap keaktifan lansia di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cilandak hasil uji statistik yang bermakna adalah hubungan kelompok umur dengan keaktifan, jenis kelamin dengan keaktifan, pendidikan dengan keaktifan, persepsi dengan keaktifan.



2.10 Kerangka Teori

PRECEDE

TAHAP 5	TAHAP 4	TAHAP 3	TAHAP 2	TAHAP 1
Administrasi dan Kebijakan Diagnosa	Penilaian Pendidikan dan Ekologis	Penilaian Perilaku dan Lingkungan	Penilaian Epidemiologi	Penilaian Sosial



PROCEED

Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Green LW, Kreuter MW, (1999) dalam Theory at a Glance
A Guide For Health Promotion Practice (2005)

BAB 3

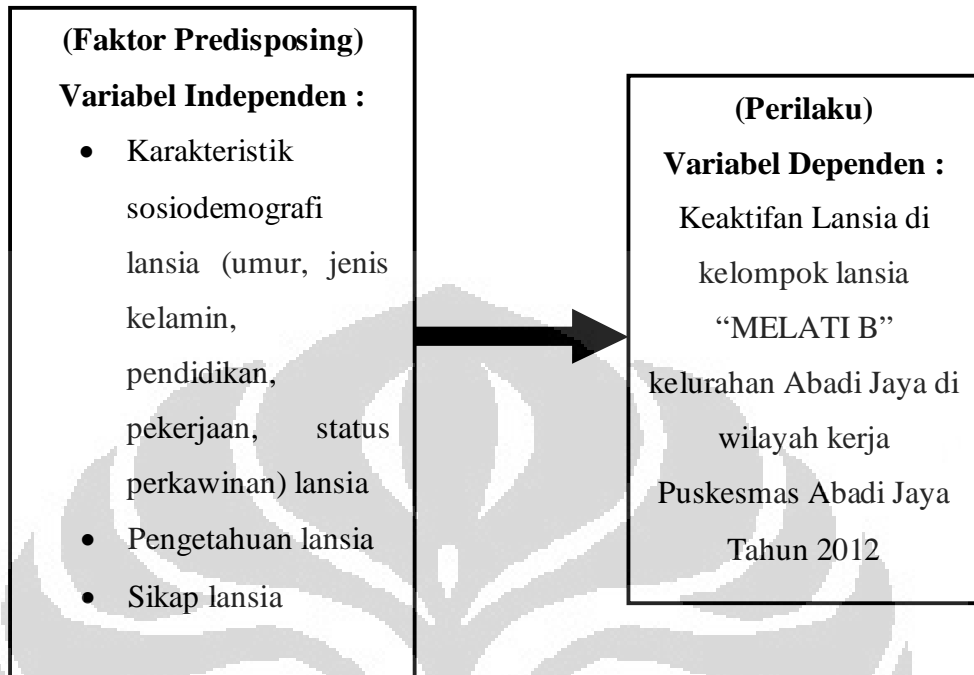
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penilaian adalah suatu hubungan atau kaitan antara variabel yang akan diamati melalui penelitian (Notoatmodjo, 2002). Berdasarkan tinjauan pustaka, bahwa perilaku individu maupun masyarakat dipengaruhi oleh 3 faktor antara lain faktor predisposing, faktor penguat dan faktor pemungkin. Disederhanakan tidak semua faktor dilakukan dalam penelitian ini karena adanya keterbatasan, ketersediaan dan kesesuaian data yang ada dalam laporan profil kesehatan Puskesmas Abadi Jaya tahun 2010-2011 dan laporan kegiatan kelompok lansia tahun 2011.

Komponen yang akan dianalisis hanya terbatas pada faktor predisposing yakni gambaran karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan), pengetahuan dan sikap dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “ MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012. Skema kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

3.2 Skema Kerangka Konsep



Gambar 3.2 Kerangka konsep

3.3 Hipotesis

- a. Ada hubungan antara karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan) lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia "MELATI B" Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012.
- b. Ada hubungan pengetahuan lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia "MELATI B" Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012.
- c. Ada hubungan sikap lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia "MELATI B" Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012.

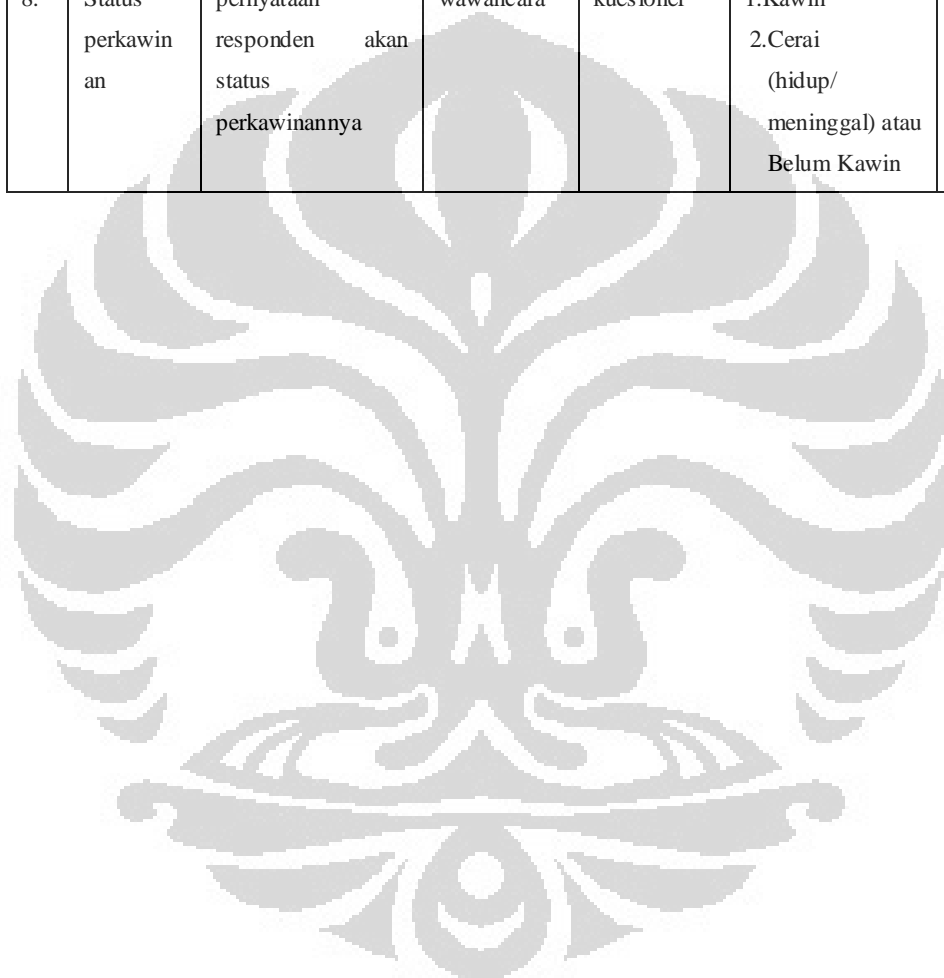
3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Keaktifan Lansia	adalah kehadiran lansia ikut dalam kegiatan yang terjadwal/frekuensi pertemuan (kali/tahun)	daftar hadir/absensi	rekapitulasi kehadiran	1. Aktif (skor ≥ 8) 2. Kurang aktif (skor ≤ 8) (Kementerian Kesehatan, 2011)	ordinal
2.	Pengetahuan Lansia	adalah hasil tahu oleh responden tentang pemanfaatan kelompok lansia	wawancara	kuesioner	1. Baik (bila jawaban benar 5-10) 2. Kurang (bila jawaban benar 0-4) (Hidayat, 2007)	ordinal
3.	Sikap Lansia	adalah respon atau kesiapan untuk bertindak yang biasa dilakukan berhubungan dengan pemanfaatan kelompok lansia	wawancara	kuesioner	1. Mendukung (bila nilai jawaban 15-30) 2. Kurang mendukung (bila nilai jawaban 0-14) (Hidayat, 2007)	ordinal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
4.	Umur	adalah lamanya seseorang hidup, terhitung sejak lahir hingga saat dilakukan wawancara	wawancara	kuesioner	1.60-69 tahun (lansia) 2. ≥ 70 tahun (lansia risiko tinggi) (Kementerian Kesehatan, 2011)	ordinal
5.	Jenis Kelamin	adalah pengakuan responden dan dikonfirmasi dengan kondisi responden dibedakan secara fisik sebagai laki-laki dan perempuan	pengamatan	kuesioner	1.Laki-laki 2.Perempuan	nominal
6.	Pendidikan	pernyataan responden tentang riwayat pendidikan formal yang ditamatkan	wawancara	kuesioner	1. Pendidikan tinggi (SMA-PT) 2. Pendidikan rendah (SD-SMP)	ordinal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
7.	Pekerjaan	aktivitas/kegiatan responden yang dikerjakan guna memperoleh penghasilan	wawancara	kuesioner	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	ordinal
8.	Status perkawinan	pernyataan responden akan status perkawinannya	wawancara	kuesioner	1. Kawin 2. Cerai (hidup/meninggal) atau Belum Kawin	ordinal



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain penelitian survey deskriptif, survey deskriptif adalah suatu cara penelitian yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang cukup banyak dalam jangka waktu tertentu bertujuan untuk membuat penilaian penyelenggaraan suatu program di masa sekarang kemudian hasilnya untuk menyusun perencanaan perbaikan program, dengan rancangan pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional study*. *Cross Sectional study* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali pada saat dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan, hal ini tidak berarti bahwa semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2005). Rancangan penelitian ini di gunakan ingin mengetahui atau mendapatkan hubungan karakteristik sosiodemografi, pengetahuan, sikap dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012.

4.2 Waktu Dan Lokasi Penelitian

a. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dari bulan Maret 2012 sampai bulan Juni 2012.

b. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan pada kelompok lansia “MELATI B” beralamatkan di jalan Danau Maninjau Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya Kota Depok Provinsi Jawa Barat.

4.3 Populasi Dan Sampel

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek yang akan diteliti (Notoadmojo, 2007) populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang berusia 60 tahun+ yang dibina sampai dengan bulan Desember tahun 2011 dan tercatat dalam kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya Kota Depok.

4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian yang di ambil dari keseluruhan obyek yang di teliti dan di anggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2007). Tidak dilakukan penarikan sampel dalam penelitian ini, karena semua anggota populasi diambil sebagai sampel (Hidayat, 2007) yaitu semua lansia yang berusia 60 tahun+, yang berada di wilayah RW.07 Kelurahan Abadi Jaya sebanyak 103 orang.

4.4 Tehnik Pengumpulan Data

a. Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner yang berisi daftar pertanyaan bersifat tertutup. Jawaban responden kemudian diberi penilaian sesuai dengan klasifikasinya. Jenis data primer meliputi variabel karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan), pengetahuan dan sikap lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya. Data sekunder diperoleh dari laporan Profil Kesehatan Puskesmas Abadi Jaya tahun 2010-2011 dan laporan kegiatan kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya tahun 2011. Pengumpulan data langsung dilakukan oleh peneliti.

b. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan lembar kuesioner yang berisi pertanyaan. Daftar pertanyaan yang diberikan berupa pertanyaan bersifat tertutup artinya pertanyaan dengan alternatif jawaban yang telah disediakan, responden tinggal menjawab. Untuk jawaban pengetahuan dengan YA atau TIDAK, sedangkan untuk jawaban sikap melalui pernyataan Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Pernyataan tersebut dibuat dalam dua bentuk yaitu pernyataan positif dan pernyataan negatif dengan nilai yang saling berlawanan, pernyataan positif kearah kanan dan pernyataan negatif kearah kiri.

Pertanyaan dan pernyataan yang diberikan divalidasi secara teoritik dan empirik. Validasi empirik adalah uji coba instrumen dilapangan yang diberikan pada sejumlah responden sebagai sampel yang punya karakteristik yang sama dengan populasi yang ingin diukur. Jawaban responden kemudian di analisis untuk menentukan valid atau tidak valid. Analisis yang tidak valid dikeluarkan atau di revisi untuk diuji cobakan kembali sehingga menghasilkan semua butir pernyataan/pertanyaan valid (Hajar, 2010). Pada penelitian ini peneliti tidak melakukan uji validitas karena kuesioner yang digunakan mengadopsi dari penelitian Nia Murniati (2004).

c. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian meliputi langkah sebagai berikut :

1. Persiapan

- a. Melakukan perizinan dari pihak Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang di tujukan kepada pihak Dinas Kesehatan Kota Depok dan Puskesmas Abadi Jaya.
- b. Melakukan pencarian data yakni laporan cakupan pelayanan kesehatan lansia dan laporan kegiatan kelompok lansia.

2. Pelaksanaan
 - a. Mengumpulkan literatur atau sumber pustaka yang berhubungan dengan penelitian.
 - b. Menentukan subjek penelitian yaitu lansia pada wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2011.
3. Pengolahan data
 - a. Data yang diperoleh diolah dalam bentuk tabulasi.
 - b. Menyajikan data yang telah diolah dengan metode deskriptif.

4.5 Manajemen/Pengolahan Data

1. *Editing* data

Editing adalah upaya memeriksa kembali kebenaran data yang telah dikumpulkan dengan menggunakan rekapitulasi lansia yang berisi tentang absensi/kehadiran lansia yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikapnya terhadap pemanfaatan kelompok lansia.

2. *Coding* dan klasifikasi data

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) pada setiap variabel untuk mempermudah pengolahan data. Untuk bobot nilai pengetahuan dilakukan dengan cara memanfaatkan format Skala Gattman yaitu setiap jawaban yang benar diberi nilai 1 dan jawaban yang salah diberi nilai 0. Setelah diberi skor selanjutnya dikategorikan berdasarkan jumlah nilai skor, kemudian ditetapkan klasifikasi nilai untuk menetapkan kategori “Baik” dan “Kurang Baik”, dengan perhitungan sebagai berikut :

- a. Menetapkan nilai tertinggi, yaitu jumlah pertanyaan dikalikan skor tertinggi $10 \times 1 = 10$.
- b. Menetapkan nilai terendah, yaitu jumlah pertanyaan dikalikan skor terendah $10 \times 0 = 0$.
- c. Menentukan range yaitu skor tertinggi dikurang skor terendah $10 - 0 = 10$.
- d. Selanjutnya menentukan interval $10 : 2 = 5$.

Berdasarkan perhitungan tersebut, nilainya adalah sebagai berikut :

1. Klasifikasi 5-10 : menunjukkan Baik.
2. Klasifikasi 0-4 : menunjukkan Kurang.

Bobot nilai sikap lansia pada penelitian ini memanfaatkan Skala Likert yang dirancang agar responden menjawab dalam berbagai tingkatan yaitu skala dalam 4 tingkatan (dari 1 sampai 4), dimana setiap jawaban diberi bobot nilai dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Untuk pernyataan yang sifatnya positif, jawaban
“Sangat Setuju” = 4, “Setuju” = 3, “Tidak Setuju” = 2,
“Sangat Tidak Setuju” = 1.
- b. Untuk pernyataan yang sifatnya negatif, jawaban
“Sangat Setuju” = 1, “Setuju” = 2, “Tidak Setuju” = 3,
“Sangat Tidak Setuju” = 4.

Setelah diberi bobot nilai selanjutnya dibuat kategori dari setiap instrumen untuk kualitas jawaban dari responden berdasar nilai skor, kemudian ditetapkan klasifikasi (kriteria nilai ditetapkan) meliputi perhitungan sebagai berikut :

1. Nilai tertinggi yaitu jumlah pernyataan dikalikan jumlah skor 4,
 $10 \times 4 = 40$.
2. Menetapkan nilai terendah yaitu jumlah pernyataan dikalikan jumlah skor 1, $10 \times 1 = 10$.
3. Menetapkan range, dengan cara nilai tertinggi dikurangi nilai terendah,
 $40 - 10 = 30$.

Range kemudian dibagi dalam 2 kategori untuk menentukan lebar kelas (interval) dari klasifikasi nilai yang akan dibuat. Kedua kelas tersebut menggambarkan sikap lansia terhadap keaktifannya di kelompok lansia.

- a. Klasifikasi 15-30 : Menunjukkan Mendukung.
- b. Klasifikasi 0-14 : Menunjukkan Kurang Mendukung.

3. *Entry/processing* data

Setelah isian terisi penuh dan benar, juga sudah melewati proses *coding*, selanjutnya adalah memproses data agar dapat dianalisis. Data dimasukkan kedalam format melalui program SPSS serta di *entry* dari laporan ke tabulasi, yakni dengan memasukkan data yang sudah dikumpulkan ke dalam *master* tabel atau data *base* komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi.

4. *Data cleaning*

Proses pembersihan data dengan melihat distribusi frekuensi dari variabel – variabel dan menilai dari aspek kelogisannya. Hal ini juga dilakukan untuk mengetahui adanya kesalahan dalam memasukkan data.

4.6 Analisa Data

Analisis data bertujuan untuk menyederhanakan data dalam bentuk yang lebih sederhana, lebih mudah diinterpretasikan dan mudah di baca. Data yang di peroleh dari kuesioner, diklasifikasikan berdasarkan karakteristik sosiodemografi, pengetahuan, dan sikap lansia di kumpulkan, di susun, dan di masukkan kedalam tabel – tabel.

4.6.1 Analisa Univariat

Menggambarkan karakter masing-masing variabel yang diteliti dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap-tiap variabel yang di teliti dalam penelitian ini. Analisa yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian ditampilkan dengan tabel distribusi frekuensi dari tiap variabel, dengan hasil data di tampilkan dalam bentuk tabel frekuensi dan di narasikan.

4.6.2 Analisa Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat dua variabel yang diduga berhubungan yaitu variabel bebas (*independent*) yakni karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan); pengetahuan; sikap dengan variabel terikat (*dependent*) yaitu

keaktifan lansia. Uji yang digunakan adalah statistik *Chi Square* untuk mencari hubungan yang signifikan antar variabel, dengan nilai tingkat kepercayaan 95% dan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05\%$.

Uji *Chi Square* digunakan dengan syarat jumlah sampel > 40 , jika jumlah sampel antara 20-40 maka tidak ada sel yang nilai harapan (nilai *Expected*) < 5 atau $> 20\%$ dari jumlah sel, jika syarat tersebut tidak dapat dipenuhi pada saat uji *Chi Square* maka peneliti harus menggabungkan kategori-kategori yang berdekatan dalam rangka memperbesar frekuensi harapan dari sel-sel tersebut.

Rumus uji *Chi Square*:

$$X^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Keterangan:

X^2 = Statistik *Chi Square*

\sum = Jumlah

F_o = Nilai yang diamati

F_e = Nilai yang diharapkan (Hidayat, 2007).

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

5.1.1 Data Geografi

- a. Puskesmas Abadi Jaya beralamatkan di jalan Kerinci Raya No.1 terletak di Kecamatan Sukmajaya Kota Depok, Provinsi Jawa Barat.

Batas-batas wilayahnya sebagai berikut:

- Sebelah Utara : Kelurahan Bakti Jaya
- Sebelah Barat : Kelurahan Sukma Jaya
- Sebelah Selatan : Kelurahan Sukamaju dan Pondok
- Sebelah Timur : Kecamatan Cimanggis

Wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya meliputi 2 (dua) kelurahan yakni kelurahan Abadi Jaya memiliki 39 RW dan kelurahan Cisalak yang terdiri dari 3 RW, secara keseluruhan Puskesmas Abadi Jaya memiliki 42 RW.

- b. Kelurahan Abadi Jaya

- Luas wilayah: 237 Ha
- Batas Wilayah:
 1. Sebelah Utara : Kelurahan Baktijaya
 2. Sebelah Selatan : Kelurahan Sukmajaya
 3. Sebelah Barat : Kelurahan Mekarjaya
 4. Sebelah Timur : Kelurahan Sukmajaya/Cisalak
- Keadaan geografis kelurahan Abadi Jaya dengan ketinggian tanah dari permukaan air laut 50 M dengan banyaknya curah hujan 240 mm/tahun. Kelurahan Abadi Jaya merupakan daerah dengan topografi dataran rendah memiliki suhu udara 32° Celcius.

- c. Kelompok Lansia “MELATI B” beralamatkan di jalan Danau Maninjau RW.07 Kelurahan Abadi Jaya.
- Terdiri dari 4 RT yakni: RT 01; RT 02; RT 03; RT 04.
 - Batas Wilayah:
 1. Sebelah Utara: RW 26
 2. Sebelah Selatan: RW 04
 3. Sebelah Barat: Jalan Bahagia Raya
 4. Sebelah Timur: RW 20
 - POSBINDU (Pos Binaan Terpadu) atau kelompok lansia “MELATI B” terbentuk dari tahun 2005 yang melibatkan peran serta masyarakat, dan dalam pelaksanaan kegiatan POSBINDU dilakukan oleh dan untuk masyarakat dengan pembiayaan berdasarkan kesepakatan warga melalui musyawarah, dipertanggung jawabkan oleh masyarakat serta jadwal dan jenis kegiatan ditetapkan oleh masyarakat RW.07 Kelurahan Abadi Jaya. POSBINDU atau kelompok lansia “MELATI B” adalah bentuk pelayanan yang dilakukan melalui sosialisasi guna mendeteksi dan mengendalikan secara dini keberadaan faktor risiko PTM dengan cara monitoring setiap bulannya secara teratur sehingga kasus PTM tidak menjadi kronis dan bila ada maka dapat segera dirujuk ke Puskesmas, dengan biaya pengobatan yang relatif lebih terjangkau.

5.1.2 Data Demografi

A. Penduduk

- a) Jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas Abadi Jaya kecamatan Sukmajaya berjumlah 78.136 jiwa dengan jumlah kepala keluarga 17.986 tersebar di 2 kelurahan.
- b) Jumlah penduduk kelompok rentan di wilayah kerja puskesmas Abadi Jaya. Kelompok rentan di wilayah kerja puskesmas Abadi Jaya, digolongkan yakni ibu hamil (bumil), ibu bersalin (bulin), bayi, balita, dan lanjut usia (usila 60 tahun+).

Tabel 5.3
Jumlah Penduduk Kelompok Rentan
Di Wilayah Kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2011

No	Kelurahan	Bumil	Bulin	Bayi	Balita	Usila	Jumlah
1.	Abadi Jaya	1.310	1.087	1.080	3.468	4.606	11.551
2.	Cisalak	491	469	464	1.460	1.726	4.610
Puskesmas		1.801	1.556	1.544	4.928	6.332	16.161

Sumber data: Profil Kesehatan Puskesmas, 2011.

Jumlah lansia (usia 60 tahun+) dirinci menurut jenis kelamin, laki-laki sebanyak 3.090 orang sedangkan perempuan 3.242 orang.

- c) 10 Pola Penyakit Penderita Rawat Jalan (Lansia) Puskesmas Abadi Jaya Tahun 2010 dan Tahun 2011: Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), myalgia, gastrodeudentis, faringitis akut, migrain, dermatitis, gangguan pada kulit, hipertensi, influenza dan gejala umum lainnya.

Sedangkan PTM di kelompok lansia "MELATI B" tahun 2010 yaitu hipertensi (42%); obesitas (33,7%) sedangkan tahun 2011 yakni hipertensi (32,2%) dan obesitas (34,8%).

- d) Jumlah Penduduk Kelurahan Abadi Jaya

- Menurut Jenis Kelamin
 - a. Laki-laki : 24.386 Orang
 - b. Perempuan : 24.661 Orang
- Kepala Keluarga : 12.260 KK
- Menurut Usia
 - a. 0-5 tahun : 2.449 Orang
 - b. 6-16 tahun : 5.380 Orang
 - c. 17-25 tahun : 8.373 Orang
 - d. 26-55 tahun : 23.182 Orang
 - e. 56 tahun keatas : 9.052 Orang

- Menurut Mata Pencapaian

a. Karyawan

1. PNS : 1.226 Orang
2. ABRI : 1.005 Orang
3. Peg.Swasta : 4.531 Orang

b. Wiraswasta/Pedagang : 9.809 Orang

c. Pensiunan : 7.357 Orang

d. Jasa : 4.095 Orang

e) Data Kependudukan RW 07 Kelurahan Abadi Jaya

- RT 01 = 215 jiwa
KK = 53 Kepala Keluarga
- RT 02 = 231 jiwa
KK = 46 Kepala Keluarga
- RT 03 = 229 jiwa
KK = 52 Kepala Keluarga
- RT 04 = 166 jiwa
KK = 38 Kepala Keluarga

B. Pendidikan

Jumlah penduduk berumur 10 tahun keatas yang melek huruf di wilayah kerja puskesmas Abadi Jaya sebanyak 70.322 jiwa (90%) dari jumlah total penduduk sebesar 78.136 jiwa.

Jumlah penduduk di kelurahan Abadi Jaya yang berumur 10 tahun keatas tidak/belum tamat SD/MI sebanyak 9.306 orang; dan tidak/belum pernah sekolah 1.529 orang.

Tabel 5.4
Persentase Tingkat Pendidikan Usia 10 Tahun Keatas
Kelurahan Abadi Jaya Di Wilayah Kerja Puskesmas Abadi Jaya
Tahun 2011

No	Pendidikan Yang Ditamatkan	Absolut	Persentase
1.	Tidak/Belum pernah sekolah	1.529	2,8
2.	Tidak/Belum tamat SD	9.036	16,7
3.	SD/MI	10.466	19,3
4.	SMP/MTs	14.876	27,5
5.	SMA/SMK/MA	12.866	23,8
6.	AK/Diploma	3.074	5,7
7.	Universitas	2.299	4,2
	Jumlah	54.146	100

Sumber: Profil Kesehatan Puskesmas, 2011

5.2 Sumber Daya Kesehatan

5.2.1 Ketenagaan

Untuk menunjang kegiatan program di puskesmas, didukung oleh tenaga medis, paramedis dan non paramedis dijabarkan sebagai berikut:

Tabel 5.5
Distribusi Sumber Daya Tenaga Kesehatan Berdasarkan
Tingkat Pendidikan Di Puskesmas Abadi Jaya Tahun 2011

No	Jenis Tenaga	Pendidikan	Status Kepegawaian	Jumlah
1.	Dokter Umum	Dokter Umum	PNS	4
2.	Dokter Gigi	Dokter Gigi	PNS	1
3.	Perawat	SPK/AKPER	PNS	4/ 1
4.	Bidan	D1/AKBID	PNS	0/ 3
5.	Pelaksana Gizi	AKZI	PNS	1
6.	Pelaksana Sanitasi	SPPH	PNS	1
7.	Pelaksana Apoteker	AA	PNS	1
8.	Administrasi	Prakarya	PNS	3

Sumber: Profil Kesehatan Puskesmas, 2011

Sedangkan untuk kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya dalam pelaksanaan kegiatannya memiliki susunan kepengurusan yang terdiri dari ketua; sekretaris; bendahara dan anggota, dengan total pengurus sebanyak 11 orang, namun yang sudah dilatih tentang kegiatan kelompok lansia baru 2 orang.

5.2.2 Sarana Dan Prasarana

a. Puskesmas Abadi Jaya dalam melaksanakan tugas dan fungsinya didukung oleh beberapa sarana transportasi berupa kendaraan sepeda motor 1 buah dan mobil ambulance 1 buah (dalam kondisi rusak). Sarana fisik yang dimiliki Puskesmas Abadi Jaya untuk memudahkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terdiri atas:

- Jumlah Posyandu : 46 buah

- Jumlah RW Siaga : 42 RW

Kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya dalam pelaksanaan kegiatannya dilakukan di dalam gedung RW.07 Kelurahan Abadi Jaya setiap hari sabtu minggu kedua tiap bulan berjalan.

b. Sarana yang menunjang kegiatan warga RW.07 Kelurahan Abadi Jaya antara lain:

- Sarana ibadah : Masjid

- Sarana Pendidikan : SDN Mekarjaya 12
SDN Mekarjaya 30

- Sarana Niaga : Pasar, Mini Market

- Sarana Kesehatan : Irenk Medical Center

- Sarana Umum : Kantor RW, Lapangan

5.2.3 Kegiatan Pembinaan Kelompok Lansia Oleh Puskesmas Abadi Jaya

Kegiatan pembinaan kelompok lansia meliputi:

- Kegiatan *promotif* berupa kegiatan penyuluhan, pembinaan antara lain kesegaran jasmani yang dilakukan secara teratur di puskesmas maupun di kelompok lansia.

- Kegiatan *preventif* berupa kegiatan antara lain :
Pemeriksaan kesehatan secara berkala dan teratur untuk menemukan secara dini penyakit-penyakit lansia serta penyuluhan untuk mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi pada lansia.
- Kegiatan *kuratif* berupa kegiatan yakni pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan spesialisik melalui sistim rujukan ke rumah sakit daerah atau rumah sakit yang dapat di akses melalui asuransi kesehatan (ASKES).
- Kegiatan *rehabilitatif* dapat berupa kegiatan antara lain: mengembalikan kepercayaan pada diri sendiri dan memperkuat mental penderita, pembinaan lansia dalam hal pemenuhan kebutuhan pribadi, aktifitas di dalam maupun di luar rumah serta nasihat cara hidup yang sesuai dengan penyakit yang diderita.

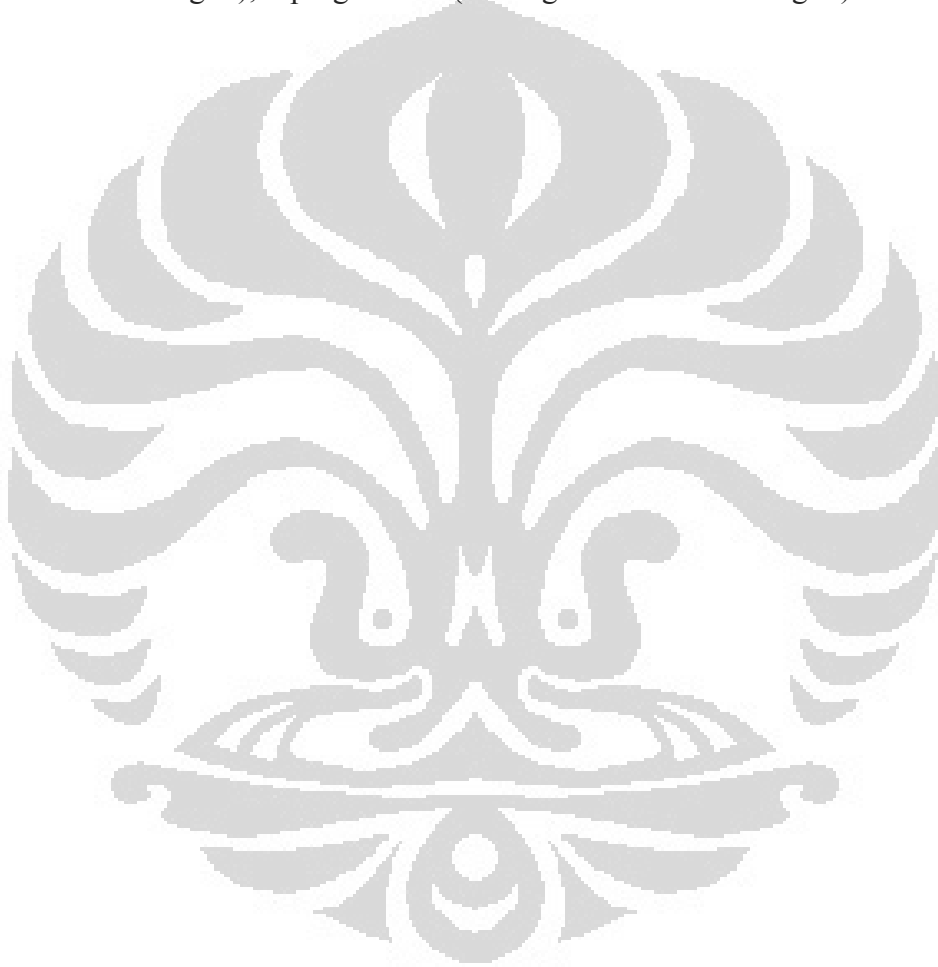
5.2.4 Kegiatan Kelompok Lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya

Kegiatan pelayanan yang diberikan meliputi 6 (enam) kegiatan yaitu:

- Pendaftaran
- Timbang dan ukur tinggi badan
- Pengukuran tekanan darah
- Pemeriksaan gula darah, asam urat dan kolesterol
- Konseling dan penyuluhan
- Pencatatan dan pelaporan

Tujuan utama pelayanan yang diberikan dalam kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya adalah agar masyarakat (lansia) lebih mudah dan murah mendeteksi faktor risiko PTM (penyakit tidak menular) secara dini melalui cara yang dapat dipertanggung jawabkan secara medis, karena pelayanan diselenggarakan dilingkungan sendiri (balai RW.07) dengan biaya yang telah disepakati bersama (dana sukarela warga), dan pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh tenaga terlatih yang bertanggung jawab.

Manfaat klinis dari kegiatan kelompok lansia adalah secara individu lansia yang mempunyai faktor risiko penyakit dapat segera melakukan pengendalian faktor risiko penyakit sehingga komplikasi yang tidak diharapkan dapat di cegah. Faktor risiko PTM dalam kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya jika, lansia memiliki salah satu kondisi yakni obesitas ($IMT \geq 25$); tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg; hiperkolesterol (kadar kolesterol lebih ≥ 200 mg/dl); hiperglikemia (kadar gula darah ≥ 200 mg/dl).



5.3 Analisa Univariat

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Karakteristik Sosiodemografi, Pengetahuan, Sikap
Dengan Keaktifan Lansia Di Kelompok
Lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya Di Wilayah Kerja
Puskesmas Abadi Jaya Tahun 2012

VARIABEL	n = 103	
	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Umur		
1. 60-69 tahun	73	70,9
2. 70 tahun+	30	29,1
Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	32	31,1
2. Perempuan	71	68,9
Tingkat Pendidikan		
1. Pendidikan Tinggi (SMA, PT)	24	23,3
2. Pendidikan Rendah (SD,SMP)	79	76,7
Pekerjaan		
1. Bekerja	37	35,9
2. Tidak Bekerja	66	64,1
Status Hubungan		
1. Kawin	72	69,9
2. Cerai (hidup/meninggal) atau Belum Kawin	31	30,1

VARIABEL	n = 103	
	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pengetahuan		
1. Baik	44	42,7
2. Kurang	59	57,3
Sikap		
1. Mendukung	61	59,2
2. Kurang Mendukung	42	40,8
Keaktifan		
1. Aktif	35	34,0
2. Kurang Aktif	68	66,0

Berdasarkan Tabel 5.6 diketahui bahwa:

- Variabel umur lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya bervariasi, terdapat 73 orang (70,9%) yang berumur 60-69 tahun. Sesuai dengan batasan usia lanjut yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan (2011) yakni 60 tahun-69 tahun, sedangkan untuk lansia risiko dengan batasan usia 70 tahun. Hasil penelitian ini batasan umur yang terendah 60 tahun dan yang usia yang tertinggi 82 tahun.
- Variabel jenis kelamin didapat jumlah jenis kelamin laki-laki sejumlah 32 orang (31,1%) dari total sampel 103 orang.
- Variabel tingkat pendidikan lansia. Pendidikan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu pendidikan tinggi dan pendidikan rendah, terdapat 24 orang (23,3%) yang mempunyai pendidikan tinggi dan yang berpendidikan rendah sebanyak 79 orang (76,7%).
- Variabel pekerjaan lansia. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa yang bekerja yaitu sebanyak 37 orang (35,9%) dan lansia tidak bekerja 66 orang (64,1%) di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya.

- Variabel status hubungan. Lansia dengan status hubungan hasilnya menunjukkan lansia yang kawin sebesar 72 orang (69,9%) dan yang berstatus cerai (mati/hidup) atau belum kawin sejumlah 31 orang (30,1%).
- Variabel pengetahuan menunjukkan lansia yang berpengetahuan baik sebesar 44 orang (42,7%) sedangkan yang mempunyai pengetahuan kurang sebanyak 59 orang (57,3%).
- Variabel sikap menunjukkan bahwa sikap lansia terbanyak adalah mendukung terhadap kegiatan kelompok lansia yakni sebesar 61 orang (59,2%) dan yang kurang mendukung sejumlah 42 orang (40,8%).
- Dari 103 orang lansia, yang aktif dalam kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya hanya 35 orang yang aktif (34,0%) dan yang kurang aktif adalah 68 orang (66,0%).

5.4 Analisa Bivariat

Analisis hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen yang dilakukan dalam penelitian ini.

Tabel 5.7
Analisis Hubungan Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen

Variabel Independen	Variabel Dependen						P Value	OR (CI 95%)
	Keaktifan				Jumlah			
	Aktif		Kurang aktif		n	%		
	n	%	n	%				
Umur								
1. 60-69 tahun	24	32,9	49	67,1	73	100	0,71	0,8 0,3 - 2,0
2. ≥70 tahun	11	36,7	19	63,3	30	100		
Jenis Kelamin								
1. Laki-laki	12	37,5	20	62,5	32	100	0,61	1,2 0,5 - 2,9
2. Perempuan	23	32,4	48	67,6	71	100		
Pendidikan								
1. Tinggi (SMA-PT)	11	45,8	13	54,2	24	100	0,16	1,9 0,7 - 4,9
2. Rendah (SD-SMP)	24	30,4	55	69,6	79	100		

Variabel Independen	Variabel Dependen						P Value	OR (CI 95%)
	Keaktifan				Jumlah			
	Aktif		Kurang aktif		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Status								
Hubungan								
1.Kawin	20	27,8	52	72,2	72	100		
2.Cerai (mati/hidup) atau Belum Kawin	15	48,4	16	51,6	31	100	0,04	0,1 – 0,9
Pekerjaan								
1.Bekerja	15	40,5	22	59,5	37	100	0,29	1,5
2.Tidak Bekerja	20	30,3	46	69,7	66	100		0,6 – 3,6
Pengetahuan								
1.Baik	22	50,0	22	50,0	44	100	0,00	1,5 – 8,3
2.Kurang	13	22,0	46	78,0	59	100		3,5
Sikap								
1.Mendukung	28	45,9	33	54,1	61	100	0,00	4,2
2.Kurang Mendukung	7	16,7	35	83,3	42	100		1,6 – 11,0

Hasil analisis bivariatnya adalah:

- Bahwa dari 73 orang responden dengan umur 60-69 tahun terdapat 24 orang (32,9%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 30 orang responden

dengan umur ≥ 70 tahun terdapat 11 orang (36,7%) yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,71$ ($p \geq 0,05$) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara umur dengan keaktifan lansia di kelompok binaannya.

- Bahwa dari 32 orang responden dengan jenis kelamin laki-laki terdapat 12 orang (37,5%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 71 orang responden dengan jenis kelamin perempuan terdapat 23 orang (32,4%) yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,61$ ($p \geq 0,05$) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan keaktifan lansia di kelompok binaannya.
- Bahwa dari 24 orang responden yang berpendidikan tinggi terdapat 11 orang (45,8%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 79 orang responden yang memiliki pendidikan rendah terdapat 24 orang (30,4%) yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,16$ ($p \geq 0,05$) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan keaktifan lansia di kelompok binaannya.
- Bahwa dari 72 orang responden dengan status perkawinan yang kawin terdapat 20 orang (27,8%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 31 orang responden dengan status perkawinan yg cerai (mati/hidup) atau belum kawin terdapat 15 orang (48,4%) yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,04$ ($p < 0,05$) artinya faktor yang diteliti merupakan faktor protektif bukan faktor risiko, berarti lansia dengan berstatus kawin dalam keaktifannya di kelompok lansia merupakan faktor pencegah (protektif), dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 0,4$ artinya yakni lansia dengan status kawin memiliki risiko untuk aktif 0,4 kali bila dibandingkan dengan lansia berstatus cerai (hidup/mati) atau belum kawin.
- Bahwa dari 37 orang responden dengan status bekerja terdapat 15 orang (40,5%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 66 orang responden dengan status tidak bekerja terdapat 20 orang (30,3%) orang yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,29$ ($p \geq$

0,05) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan keaktifan lansia di kelompok binaannya.

- Bahwa dari 44 orang responden dengan pengetahuan baik terdapat 22 orang (50,0%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 59 orang responden dengan pengetahuan kurang terdapat 13 (22,0%) orang yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,00$ ($p < 0,05$) artinya ada hubungan yang bermakna antara lansia yang berpengetahuan baik dengan keaktifannya di kelompok lansia, dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 3,5$ artinya lansia dengan pengetahuan baik mempunyai peluang 3 kali lebih aktif di kelompok binaannya dibandingkan dengan lansia yang berpengetahuan rendah.
- Bahwa dari 61 orang responden dengan sikap mendukung terdapat 28 orang (45,9%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 42 orang responden dengan sikap kurang mendukung terdapat 7 orang (16,7%) yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,00$ ($p < 0,05$) artinya ada hubungan yang bermakna antara lansia yang punya sikap mendukung dengan keaktifannya di kelompok lansia, dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 4,2$ artinya lansia dengan sikap mendukung mempunyai peluang 4,2 kali lebih aktif di kelompok binaannya dibandingkan dengan lansia dengan sikap kurang mendukung.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Proses penyelesaian penelitian ini tidak lepas dari kekurangan/keterbatasan baik dari peneliti maupun kuesioner yang digunakan peneliti masih banyak kekurangan karena tidak dilakukan validitas dan reabilitas. Keterbatasan peneliti dalam hal pengalaman, pengetahuan dan kemampuan sehingga pembahasan kurang mendalam, dan penelitian ini menggunakan kuesioner adopsi dari peneliti Nia Murniati (2004) dengan modifikasi disesuaikan kondisi responden dalam penelitian ini dan untuk pengisian kuesioner karena keterbatasan fisik responden (seperti tidak membawa kacamata, alat bantu dengar) maka, pengisian kuesioner di bantu oleh petugas dan peneliti. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan dan menganalisis karakteristik sosiodemografi, pengetahuan, sikap dengan keaktifan lansia di kelompok binaannya.

6.2 Hubungan Umur Lansia Dengan Keaktifan

Umur lansia di kelompok lansia " MELATI B" Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya bervariasi, berdasarkan hasil penelitian yang tercantum dalam Tabel 5.7 dapat diketahui bahwa dari 103 orang sampel penelitian terdapat 73 orang responden dengan umur 60-69 tahun yakni 24 orang (32,9%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 30 orang responden dengan umur ≥ 70 tahun terdapat 11 orang (36,7%) yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p= 0,71$ ($p \geq 0,05$) maka disimpulkan tidak ada hubungan antara umur dengan keaktifan lansia di kelompok binaannya.

Hasil penelitian ini juga terdapat pada penelitian yang dilakukan Murniati (2004) di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya yang menyebutkan tidak ada hubungan antara umur dengan keaktifan lansia walaupun dalam penelitian Murniati (2004) pengambilan umur lansia dengan *cut of point* 55 tahun,

namun bertentangan dengan penelitian Ramayana (2003) yang menunjukkan hubungan bermakna antara umur dengan keaktifan lansia dalam kelompok binaannya di wilayah kerja puskesmas kecamatan Cilandak yang menunjukkan hubungan bermakna antara umur dengan keaktifan lansia dengan *cut of point* umur 70 tahun. Peneliti berpandangan bahwa perbedaan hasil penelitian antara Murniati (2004) dengan Ramayana (2003) kemungkinan karena pengambilan dalam umur/ *cut of point* dalam pengelompokan umur, sedangkan dalam penelitian ini tidak dilakukan *cut of point* umur lansia.

Lansia yang berumur ≥ 71 tahun cenderung lebih aktif ke posyandu dibanding yang berumur < 71 tahun, menurut Lestari dkk (2011) mengutip dari Westle (1997) menyebutkan bahwa orang lanjut usia lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan orang yang lebih muda. Menurut Darmodjo & Martono (1999) mengutip dari Constantinides (1994) bahwa lanjut usia dibedakan 2 macam, yakni lansia kronologis yang bisa diketahui dengan cara perhitungan sejak waktu lahir (kalender) sedangkan lansia biologis patokannya pada kondisi jaringan tubuh; artinya bahwa menjadi tua adalah proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dengan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya dengan memperbaiki kerusakan yang diderita.

Batasan usia lanjut yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan (2011) yakni usia 60 tahun-69 tahun bagi lansia yang tidak memiliki risiko/masalah kesehatan ternyata mampu untuk mengaktualisasi dirinya dalam memanfaatkan layanan kesehatan yang dilakukan di kelompok binaan lansia, hal ini juga terbukti pada lansia risiko dengan batasan usia 70 tahun yang memanfaatkan layanan kesehatan di kelompok binaan lansia sehingga, selaras dengan tujuan pemerintah agar lansia tetap produktif dan bahagia di masa tua. Berdasarkan laporan Profil kesehatan puskesmas Abadi Jaya juga menunjukkan bahwa kelompok rentan (ibu hamil, ibu bersalin, bayi, balita dan lansia) terbanyak pada kelompok usila dibandingkan dengan kelompok lainnya.

6.3 Hubungan Jenis Kelamin Lansia Dengan Keaktifan

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 32 orang responden dengan jenis kelamin laki-laki terdapat 12 orang (37,5%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 71 orang responden dengan jenis kelamin perempuan terdapat 23 orang (32,4%) yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,61$ ($p \geq 0,05$) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan keaktifan lansia di kelompok binaannya.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian Murniati (2004) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan keaktifan lansia dalam kelompok binaannya di wilayah kerja puskesmas Depok Jaya. Sejalan dengan hasil penelitian Murniati (2004), hasil penelitian Ramayana (2003) juga menyatakan ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan keaktifan lansia dalam kelompok binaan.

Menurut peneliti, sesuai dengan hasil penelitian dari Center On Aging, University of Illinois menyebutkan bahwa aktivitas yang disukai oleh lansia akan berkaitan dengan kesehatan dan memberi efek kesejahteraan psikologi karena dilakukan dengan senang (www.health.kompas.com). Harapan hidup hingga sebagai kakek-nenek tidak terlepas dari dukungan dan bantuan yang dibutuhkan lansia dalam mendapatkan layanan kesehatan tidak hanya berfokus pada pengobatan (kuratif) dan rehabilitatif, namun juga pelayanan promotif bisa berupa kegiatan penyuluhan, pembinaan antara lain kesegaran jasmani yang dilakukan secara teratur di puskesmas maupun di kelompok binaan lansia.

Pelayanan preventif dapat berupa pemeriksaan kesehatan secara berkala dan teratur untuk menemukan secara dini penyakit-penyakit usia lanjut serta penyuluhan untuk mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan pada usia lanjut. Persoalan lansia bukan hanya masalah kesehatan namun juga perlu penggabungan dengan kegiatan sosial lainnya sehingga sarana kesehatan lebih optimal untuk aktivitas fisik lansia dalam mengisi waktu sehari-hari, dan pelayanan kesehatan terhadap lansia layak dilakukan secara proporsional yakni dengan memberikan perlakuan sopan, hormat dan menghargai sosok

yang memiliki pengalaman hidup yang mencerminkan keterkaitannya dengan eksistensinya dalam hidup bermasyarakat.

6.4 Hubungan Pendidikan Lansia Dengan Keaktifan

Pendidikan lansia di wilayah RW.07 Kelurahan Abadi Jaya di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu pendidikan tinggi (SMA-Perguruan Tinggi) dan pendidikan rendah (SD-SMP). Gambaran tingkat pendidikan lansia berdasarkan Tabel 5.7 diketahui menunjukkan bahwa dari 24 orang responden yang berpendidikan tinggi terdapat 11 orang (45,8%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 79 orang responden yang memiliki pendidikan rendah terdapat 24 orang (30,4%) yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,16$ ($p \geq 0,05$) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan keaktifan lansia di kelompok binaannya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Murniati (2004) yang menyatakan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan keaktifan lansia dalam kelompok binaannya.

Masa tua yang diidamkan bagi sebagian orang adalah dapat bermain dengan cucu serta mampu mengerjakan segala sesuatu secara mandiri. Kegiatan yang diminati akan membantu para lansia untuk mengatasi masalah kesehatannya sehingga lansia tetap menggunakan otaknya (berfikir) agar tidak mudah pikun, pelupa dan dapat dilakukan dengan cara salah satunya bermain catur atau aktivitas lain yang membutuhkan daya ingat dan mampu bersosialisasi (lansiasehat.com, 2012). Menyiapkan masa tua berkualitas dan mandiri itu sangat penting, karena pada umumnya lansia rawan penyakit degeneratif.

6.5 Hubungan Status Hubungan (Kawin atau Cerai/Belum Kawin) Lansia Dengan Keaktifan

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 72 orang responden dengan status perkawinan yang kawin terdapat 20 orang (27,8%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 31 orang responden dengan status perkawinan yg

cerai (mati/hidup) atau belum kawin terdapat 15 orang (48,4%) yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,04$ ($p < 0,05$) artinya faktor yang diteliti merupakan faktor protektif bukan faktor risiko, berarti lansia dengan berstatus kawin dalam keaktifannya di kelompok lansia merupakan faktor pencegah (protektif), dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 0,4$ artinya yakni lansia dengan status kawin memiliki risiko untuk aktif 0,4 kali bila dibandingkan dengan lansia berstatus cerai (hidup/mati) atau belum kawin.

Hasil penelitian ini selaras dengan hasil Murniati (2004) yang menunjukkan tidak ada hubungan antara lansia berstatus kawin dengan keaktifannya di kelompok lansia di wilayah kerja Puskesmas Depok Jaya, dalam arti memang tidak ada hubungan bermakna karena faktor yang diteliti merupakan faktor protektif bukan faktor risiko, artinya lansia dengan status kawin memiliki risiko untuk aktif bila dibandingkan dengan lansia berstatus cerai (hidup/mati) atau belum kawin.

Manfaat dari melanjutkan aktivitas/kegiatan yang diminati oleh lansia akan membantu para lansia untuk: mengatasi masalah mental, dengan tidak adanya pekerjaan dan tanggung jawab yang dikerjakan, akan menimbulkan depresi, karena kurangnya aktivitas dan dengan tidak adanya motivasi untuk mengerjakan sesuatu, menyebabkan lansia kehilangan *interest* terhadap hidup namun, dengan memanfaatkan hobi/kegiatan yang dimiliki lansia baik secara sendiri atau bersama-sama membuat lansia aktif, mandiri dan berguna (<http://lansiasehat.com>, 2012).

6.6 Hubungan Pekerjaan Lansia Dengan Keaktifan

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan bahwa menunjukkan bahwa dari 37 orang responden dengan status bekerja terdapat 15 orang (40,5%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 66 orang responden dengan status tidak bekerja terdapat 20 orang (30,3%) orang yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,29$ ($p \geq 0,05$) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan keaktifan lansia di kelompok binaannya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Murniati (2004), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan keaktifan lansia di kelompok binaannya. Batasan usia pensiun PNS berbeda sesuai dengan jabatan, dan berdasarkan UU Nomor 14 Tahun 2005 usia pensiun tertinggi usia 70 tahun dan terendah usia sampai 56 tahun berdasarkan PP No.32 Tahun 1979, sehingga masih banyak lansia yang masih aktif bekerja, secara tidak langsung menurut peneliti bahwa dengan usia lanjut masih bekerja menunjukkan lansia masih produktif sehingga lansia kurang memanfaatkan kelompok binaannya.

Berdasarkan Kementerian Kesehatan (2011) berpandangan bahwa masyarakat umum kebanyakan menganggap bahwa usia lanjut sering sakit, suka marah adalah hal yang lumrah. Akibat yang dirasakan karena pandangan salah tersebut adalah seringkali keadaan kesehatan fisik, mental maupun kebutuhan sosial usia lanjut tidak tertangani/terpenuhi dengan baik. Lansia sendiri kurang dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam kelompok binaannya bisa disebabkan karena puskesmas yang cukup jauh atau tidak ada yang mengantar ke layanan kesehatan.

6.7 Hubungan Pengetahuan Lansia Dengan Keaktifan

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 44 orang responden dengan pengetahuan baik terdapat 22 orang (50,0%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 59 orang responden dengan pengetahuan kurang terdapat 13 (22,0%) orang yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,00$ ($p < 0,05$) artinya ada hubungan yang bermakna antara lansia yang berpengetahuan baik dengan keaktifannya di kelompok lansia, dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 3,5$ artinya kemungkinan lansia dengan pengetahuan baik mempunyai peluang 3 kali lebih aktif di kelompok binaannya dibandingkan dengan lansia yang berpengetahuan rendah.

Pengetahuan manusia diperoleh melalui pengalaman sehingga dapat berperilaku sesuai dengan pengetahuannya, ini terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, sebab pengetahuan merupakan domain yang sangat

penting untuk terbentuknya tindakan seseorang/*overt behavior*. Menurut Notoatmodjo (2010) mengutip dari teori Benyamin Bloom, membagi pengetahuan menjadi 6 tingkatan yakni : tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*aplication*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Kurangnya interaksi lansia terhadap layanan kesehatan di kelompok binaan lansia bisa jadi penyebab rendahnya pengetahuan lansia dalam memanfaatkan pertemuan di kelompok lansia.

6.8 Hubungan Sikap Lansia Dengan Keaktifan

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 61 orang responden dengan sikap mendukung terdapat 28 orang (45,9%) yang aktif di kelompok lansia, dan dari 42 orang responden dengan sikap kurang mendukung terdapat 7 orang (16,7%) yang ikut aktif di kelompok lansia. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,00$ ($p < 0,05$) artinya ada hubungan yang bermakna antara lansia yang punya sikap mendukung dengan keaktifannya di kelompok lansia, dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 4,2$ artinya kemungkinan lansia dengan sikap mendukung mempunyai peluang 4,2 kali lebih aktif di kelompok binaannya dibandingkan dengan lansia dengan sikap kurang mendukung.

Hasil penelitian ini, didukung oleh penelitian Ramayana (2003) yang menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara sikap dengan keaktifan lansia dalam kelompok binaan di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cilandak.

Sikap lansia yang aktif untuk ikut dalam kegiatan kelompok lansia akan dapat menambah pengetahuan dan keterampilan, hal ini disebabkan karena sikap yang mendukung adanya kegiatan pelayanan kesehatan akan mengakibatkan pelaksanaan kegiatan dapat berjalan sesuai harapan, sehingga lansia jadi produktif untuk menjaga kesehatannya. Menurut Notoatmodjo (2007) dikutip dari Allport (1954) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu: kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek; kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek artinya bagaimana penilaian (terkandung didalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap

objek; kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*) artinya adalah merupakan komponen yang bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan). Ketiga komponen tersebut secara bersamaan membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

6.9 Keaktifan Lansia

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 103 orang lansia, yang aktif dalam kelompok binaan lansia hanya 35 orang yang aktif (34,0%) dan yang kurang aktif adalah 68 orang (66,0%).

Lansia yang selalu hadir dalam kegiatan kelompok lansia akan lebih sering mendapatkan tambahan pengetahuan, dan sikap lansia terhadap kesehatannya dapat merubah perilaku guna meningkatkan kualitas hidup. Mengatasi lansia yang kurang aktif dapat dilakukan pembinaan atau pemberdayaan lansia, misalnya pemberdayaan keluarga seperti di Vietnam atau pemberdayaan ekonomi seperti di Singapura (Health.kompas.com,2012). Keaktifan lansia juga merupakan dampak dari pengetahuan dan sikap yang bijak di usia lanjut guna menjadi lansia yang aktif, mandiri dan produktif sesuai dengan kapasitas lansia di masyarakat.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Hasil dari penelitian dan pembahasan tentang hubungan karakteristik lansia, pengetahuan, sikap dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya tahun 2012 terhadap 103 orang responden, dapat ditarik simpulan yakni:

1. - Terdapat 73 orang (70,9%) yang berumur 60-69 tahun dan 30 orang (29,1%) yang berumur ≥ 70 tahun.
 - Terdapat 32 orang (31,1%) yang berjenis kelamin laki-laki dan 71 orang (68,9%) berjenis kelamin perempuan.
 - Terdapat 24 orang (23,3%) yang berpendidikan tinggi dan 79 orang (76,7%) yang berpendidikan rendah.
 - Terdapat 37 orang (35,9%) yang bekerja dan 66 orang (64,1%) yang tidak bekerja.
 - Terdapat 72 orang (69,9%) yang berstatus kawin dan 31 orang (30,1%) berstatus cerai (hidup/mati) atau belum kawin.
2. Terdapat 44 orang (42,7%) yang berpengetahuan baik dan 59 orang (57,3%) yang berpengetahuan kurang baik.
3. Terdapat 61 orang (59,2%) yang mempunyai sikap mendukung dan 42 orang (40,8%) yang mempunyai sikap kurang mendukung.
4. Ada hubungan antara status perkawinan lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya.
5. Ada hubungan antara pengetahuan lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya.
6. Ada hubungan antara sikap lansia dengan keaktifan lansia di kelompok lansia “MELATI B” Kelurahan Abadi Jaya.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Depok

- Mengevaluasi capaian target yang disesuaikan dengan kondisi pelayanan kesehatan di tiap-tiap puskesmas khususnya capaian layanan kesehatan lansia pada puskesmas yang memiliki predikat puskesmas santun lansia.
- Meningkatkan *hard skill* tenaga kesehatan secara keseluruhan pada umumnya, secara khusus pemegang program lansia dan tenaga promkes (promosi kesehatan).

7.2.2 Bagi Puskesmas Abadi Jaya

- Kegiatan penyuluhan di kelompok lansia oleh tenaga kesehatan baik tenaga promkes maupun pemegang program lansia lebih di sesuaikan dengan jadwal layanan di puskesmas dan pos pembinaan lansia agar tingkat pengetahuan baik kader maupun masyarakat (lansia) lebih baik tentang manfaat kelompoknya.
- Memberikan *reward* kepada lansia yang aktif datang ke kelompok binaannya sehingga memotivasi lansia yang kurang aktif berpartisipasi di kelompok binaannya.
- Selain *reward* bisa diadakan perlombaan antar kelompok lansia di wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya sehingga menumbuhkan kreatifitas pada lansia.

7.2.3 Bagi Peneliti Lain

- Meneliti lebih lanjut tentang keaktifan lansia dengan sampel yang lebih banyak, dengan metode yang tepat, dan pengukuran yang lebih spesifik.
- Meneliti faktor yang tidak diikutsertakan dalam penelitian ini dengan mengembangkan variabel lain yang mungkin berhubungan dengan keaktifan lansia.

DAFTAR REFERENSI

- Atkinson, Rita.L. (1991). *Terjemahan Pengantar Psikologi* (ed.11). Penerbit: Interaksara.
- Azwar, S. (2008). *Sikap Manusia*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- _____ (2010). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya* (ed.2). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Darmojo, R.B., & Martono, H.H. (1999). *Geriatri*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Departemen Kesehatan RI. (1990/1991). *Pedoman Kerja Puskesmas* (Jilid I-IV). Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia.
- _____ (2002). *Puskesmas Era Desentralisasi Dalam Pengembangan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota*. Surabaya: Pusat Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Dan Teknologi Kesehatan.
- _____ (2006). *Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas* (Buku Seri-1). Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Fatma. (2010). *Gizi Usia Lanjut*. Jakarta: Erlangga.
- Gibney, M.J., et al (2005). *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Green, L.W., & Keuter, W.M., et al. (1980). *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik* (Zulasma Mamdy, Zarfiel Tafal, Sudarti Kresno, Penerjemah). Jakarta: Proyek Pengembangan Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Hastono, S.P., & Sabri.L. (2010). *Statistik Kesehatan* (ed.1-5). Jakarta: Rajawali Pers.
- Hidayat. (2007). *Metodelogi Penelitian Kebidanan dan Tehnik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI.
- Kementerian Kesehatan R.I. (2011). *Pedoman Puskesmas Santun Usia Lanjut Bagi Petugas Puskesmas*. Jakarta:Kementerian Kesehatan Indonesia.
- _____ (2011). *Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.

- _____ (2010). *Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Lúanaighh, P.Ó., & Carlson. C. (2008). *Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Mahasiswa Kebidanan* (Egi Komara Yudha, Fema Solekhah Belawati, Ramona P. Kapoh, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Machfoedz, I., & Zein.Asmar. Y., dkk. (2005). *Tehnik Membuat Alat Ukur Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, Dan Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Murti, Bhisma. (2010). *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Murniati, Nia. (2004). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Pra Lansia dan Lansia Dalam Kelompok Binaan Pra Lansia Dan Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Depok Jaya*. Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____ (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu & Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____ (2007). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____ (2007). *Metodelogi Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____ (2010). *Etika & Hukum Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Profil Puskesmas Abadi Jaya (2010). Depok: Puskesmas Abadi Jaya.
- _____ (2011). Depok: Puskesmas Abadi Jaya.
- Ramayana, Titin. (2003). *Keaktifan Lansia dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Lansia "DAHLIA" di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Cilandak*. Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Stalker, P. (2008). *Millenium Development Goals*. Jakarta: Proyek target MDGs Bersama BAPPENAS Indonesia dan UNDP.
- U.S Department of Health and Human Service, National Institute of Health. (2005). *Theory ata Glance A Guide For Health Promotion Practice* (2.ed).
- World Health Organization. (2011). *Age Demand Action Narrative Report*. WHO.

World Health Organization. (2011). *Eighteenth session of the UN Human Right Council*. WHO.

<http://www.library.upnvj.ac.id/keperawatan/0810712008/>.

[http://www.google.co.id/urlejurnal.undip.ac.id/media medika indonesiana/](http://www.google.co.id/urlejurnal.undip.ac.id/media%20medika%20indonesiana/).

<http://en.wikipedia.org/wiki/precede-proceed>.

[http://Bahasa.Kemdiknas.go.id/kamus bahasa indonesia](http://Bahasa.Kemdiknas.go.id/kamus%20bahasa%20indonesia).

<http://www.republika.co.id/berita/breaking-news/metropolitan/09/06/01/53437-depok-bakal-jadi-percontohan-lansia>.

[/berita/breaking-news/metropolitan/10/07/03/122800-program-ramah-lansia-depok-dinilai-masih-kurang](#).

[/berita/nasional/umum/11/06/17/lmx7zc-10-persen-penduduk-indonesia-kaum-lansia](#).

<http://nasional.kompas.com/read/2011/07/07/09072334/Menuju.Mandiri.Di.Saat.Tua>.

<http://health.kompas.com/read/2011/08/05/15065610/Lansia.Hobi.Belanja.Lebih.Panjang.Umur>.

[/2012/02/03/09080640/Jumlah.Lansia.Melonjak](#).

[/2012/02/04/04011737/Kelompok.Lansia.Belum.Terurus](#).

[/2012/02/07/07154389/Sarana.Kesehatan.Lansia.Tak.Berkembang](#).

[/2012/04/09/06502822/Penduduk.Lansia.Rawan.Penyakit.Menahun](#).



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS

INFORMED CONSENT

Selamat pagi, bapak/ibu.

Perkenalkan saya **Nina Marlina** dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas Universitas Indonesia. Saya sedang melakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan lansia di kelompok binaan lansia wilayah kerja Puskesmas Abadi Jaya, saya akan menanyakan beberapa hal yang berkaitan dengan penelitian tersebut. Jawaban bapak/ibu saya akan rahasiakan dan tidak dipublikasikan ke orang lain.

Partisipasi bapak/ibu ini bersifat sukarela dan bapak/ibu dapat menolak untuk menjawab pertanyaan atau tidak melanjutkan wawancara, namun saya sangat berharap bapak/ibu dapat berpartisipasi, karena jawaban atau pendapat bapak/ibu sangat diperlukan.

Terima kasih atas partisipasinya.

Depok, 2012

(Nama Responden)

KUESIONER

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEAKTIFAN
LANSIA DI KELOMPOK LANSIA “MELATI B”
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ABADI JAYA
KOTA DEPOK - PROVINSI JAWA BARAT
TAHUN 2012

I. Karakteristik Lansia

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
4. Pendidikan Terakhir : 1. Perguruan Tinggi 2. SMA
3. SMP 4. SD
5. Status Perkawinan : 1. Kawin 2. Cerai (hidup/mati)
3. Belum kawin
6. Pekerjaan : 1. Bekerja (PNS/ABRI, Karyawan, Sopir,
Petani, dll)
2. Tidak Bekerja (IRT, Pensiunan)

II. Pemanfaatan Kelompok Lansia

1. Masuk dalam Kelompok Lansia sejak Bulan..... Tahun.....
2. Apakah dalam setiap pertemuan di Kelompok Lansia Bapak/Ibu:
 1. Selalu Hadir
 2. Tidak Pernah Hadir
 3. Kadang-kadang Hadir
3. Berapa kali dalam sebulan, Bapak/Ibu hadir dalam Kegiatan Kelompok Lansia?
 1. 1 x sebulan 2. 2 x sebulan
 3. 3 x sebulan 4. 4 x sebulan

III.Aspek Pengetahuan

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Menurut Bapak/Ibu, Kelompok Lansia ini bermanfaat bagi Bapak/Ibu?		
2.	Menurut Bapak/Ibu, Senam Lansia yang diadakan di Kelompok Lansia bermanfaat bagi Bapak/Ibu?		
3.	Menurut Bapak/Ibu, Pemeriksaan Kesehatan (Timbang BB, Tensi, Periksa Gula Darah & Asam Urat) di Kelompok Lansia ini bermanfaat bagi Bapak/Ibu?		
4.	Menurut Bapak/Ibu Penyuluhan Kesehatan yang diberikan di Kelompok Lansia ini bermanfaat bagi Bapak/Ibu?		
5.	Menurut Bapak/Ibu, adanya Kelompok Lansia ini sebagai tempat untuk bersilaturahmi (bertemu) teman-teman sesama lansia?		
6.	Menurut Bapak/Ibu, dengan hadir mengikuti kegiatan di Kelompok Lansia ini berarti bermanfaat menjaga kesehatan?		
7.	Menurut Bapak/Ibu, dengan hadir mengikuti kegiatan di Kelompok Lansia ini berarti bermanfaat memantau keadaan kesehatan bagi Bapak/Ibu?		
8.	Menurut Bapak/Ibu, dengan hadir mengikuti kegiatan Kelompok Lansia ini adalah salah satu cara untuk tetap hidup sehat?		
9.	Menurut Bapak/Ibu dengan mengikuti Senam Lansia di Kelompok Lansia ini adalah salah satu cara untuk menjaga tubuh tetap bugar?		
10.	Menurut Bapak/Ibu, dengan memeriksakan kesehatan (Timbang BB, Tensi, Periksa Gula Darah & Asam Urat) di Kelompok Lansia ini adalah salah satu cara untuk mendeteksi (mengetahui) gejala gangguan kesehatan bagi Bapak/Ibu untuk segera mendapatkan pengobatan?		

IV.Aspek Sikap

No	Pertanyaan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1.	Apakah Bapak/Ibu akan meluangkan waktu untuk mengikuti seluruh kegiatan di Kelompok Lansia?				
2.	Apakah Bapak/Ibu akan meluangkan waktu untuk mengikuti senam lansia di Kelompok Lansia?				
3.	Apakah Bapak/Ibu akan meluangkan waktu untuk memeriksakan kesehatan (Timbang BB, Tensi, Periksa Gula Darah & Asam Urat) di Kelompok Lansia?				
4.	Apakah Bapak/Ibu akan meluangkan waktu untuk mengikuti penyuluhan kesehatan di Kelompok Lansia?				
5.	Apakah Bapak/Ibu akan melaksanakan saran-saran kesehatan yang disampaikan petugas kesehatan di Kelompok Lansia?				
6.	Apakah Bapak/Ibu berpartisipasi dalam arisan pos binaan terpadu saja yang diselenggarakan oleh Kelompok Lansia?				
7.	Apakah Bapak/Ibu memanfaatkan kelompok lansia ini sebagai wadah bertemu teman-teman sesama lansia?				
8.	Apakah Bapak/Ibu memanfaatkan senam di Kelompok Lansia untuk menjaga agar tubuh tetap bugar?				
9.	Apakah Bapak/Ibu memanfaatkan pemeriksaan kesehatan di Kelompok Lansia untuk memantau status kesehatan?				
10.	Apakah Bapak/Ibu memanfaatkan penyuluhan kesehatan dari petugas kesehatan di Kelompok Lansia untuk peningkatan pengetahuan?				

FREQUENCIES VARIABLES=Keaktifan Umur Kelamin Pendidikan Staus Pekerjaan Tahu Sikap
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Notes

Output Created		08-Jun-2012 13:04:37
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	103
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Keaktifan Umur Kelamin Pendidikan Staus Pekerjaan Tahu Sikap /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	0:00:00.016
	Elapsed Time	0:00:00.016

[DataSet0]

Statistics

		Keaktifan	Umur	Jenis kelamin	Pendidikan	Status kawin	Pekerjaan	Pengetahuan	Sikap
N	Valid	103	103	103	103	103	103	103	103
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table**Keaktifan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aktif	35	34.0	34.0	34.0
	Kurang aktif	68	66.0	66.0	100.0
	Total	103	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60-69 tahun	73	70.9	70.9	70.9
	>70 tahun	30	29.1	29.1	100.0
	Total	103	100.0	100.0	

Jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	32	31.1	31.1	31.1
	Perempuan	71	68.9	68.9	100.0
	Total	103	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	24	23.3	23.3	23.3
	Rendah	79	76.7	76.7	100.0
	Total	103	100.0	100.0	

Status kawin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kawin	72	69.9	69.9	69.9
	Cerai/belum kawin	31	30.1	30.1	100.0
	Total	103	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	37	35.9	35.9	35.9
	Tidak bekerja	66	64.1	64.1	100.0
	Total	103	100.0	100.0	

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	44	42.7	42.7	42.7
	Kurang	59	57.3	57.3	100.0
	Total	103	100.0	100.0	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mendukung	61	59.2	59.2	59.2
	Kurang mendukung	42	40.8	40.8	100.0
	Total	103	100.0	100.0	

CROSSTABS /TABLES=Umur Kelamin Pendidikan Staus Pekerjaan Tahu Sikap BY Keaktifan
 /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ RISK /CELLS=COUNT EXPECTED ROW
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Notes

Output Created		08-Jun-2012 13:05:31
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	103
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		CROSSTABS /TABLES=Umur Kelamin Pendidikan Staus Pekerjaan Tahu Sikap BY Keaktifan /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ RISK /CELLS=COUNT EXPECTED ROW /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	0:00:00.031
	Elapsed Time	0:00:00.061
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

[DataSet0]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur * Keaktifan	103	100.0%	0	.0%	103	100.0%
Jenis kelamin * Keaktifan	103	100.0%	0	.0%	103	100.0%
Pendidikan * Keaktifan	103	100.0%	0	.0%	103	100.0%
Status kawin * Keaktifan	103	100.0%	0	.0%	103	100.0%
Pekerjaan * Keaktifan	103	100.0%	0	.0%	103	100.0%
Pengetahuan * Keaktifan	103	100.0%	0	.0%	103	100.0%
Sikap * Keaktifan	103	100.0%	0	.0%	103	100.0%

Umur * Keaktifan

Crosstab

			Keaktifan		Total
			Aktif	Kurang aktif	
Umur	60-69 tahun	Count	24	49	73
		Expected Count	24.8	48.2	73.0
		% within Umur	32.9%	67.1%	100.0%
	>70 tahun	Count	11	19	30
		Expected Count	10.2	19.8	30.0
		% within Umur	36.7%	63.3%	100.0%
Total		Count	35	68	103
		Expected Count	35.0	68.0	103.0
		% within Umur	34.0%	66.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.136 ^a	1	.712		
Continuity Correction ^b	.020	1	.889		
Likelihood Ratio	.135	1	.713		
Fisher's Exact Test				.820	.440
Linear-by-Linear Association	.135	1	.713		
N of Valid Cases	103				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,19.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur (60-69 tahun / >70 tahun)	.846	.348	2.058
For cohort Keaktifan = Aktif	.897	.505	1.591
For cohort Keaktifan = Kurang aktif	1.060	.773	1.454
N of Valid Cases	103		

Jenis kelamin * Keaktifan

Crosstab

			Keaktifan		Total
			Aktif	Kurang aktif	
Jenis kelamin	Laki-laki	Count	12	20	32
		Expected Count	10.9	21.1	32.0
		% within Jenis kelamin	37.5%	62.5%	100.0%
	Perempuan	Count	23	48	71
		Expected Count	24.1	46.9	71.0
		% within Jenis kelamin	32.4%	67.6%	100.0%
Total	Count	35	68	103	
	Expected Count	35.0	68.0	103.0	
	% within Jenis kelamin	34.0%	66.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.256 ^a	1	.613		
Continuity Correction ^b	.079	1	.778		
Likelihood Ratio	.254	1	.614		
Fisher's Exact Test				.657	.386
Linear-by-Linear Association	.254	1	.614		
N of Valid Cases	103				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,87.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis kelamin (Laki-laki / Perempuan)	1.252	.524	2.993
For cohort Keaktifan = Aktif	1.158	.662	2.025
For cohort Keaktifan = Kurang aktif	.924	.676	1.264
N of Valid Cases	103		

Pendidikan * Keaktifan

Crosstab

			Keaktifan		Total
			Aktif	Kurang aktif	
Pendidikan	Tinggi	Count	11	13	24
		Expected Count	8.2	15.8	24.0
		% within Pendidikan	45.8%	54.2%	100.0%
Pendidikan	Rendah	Count	24	55	79
		Expected Count	26.8	52.2	79.0
		% within Pendidikan	30.4%	69.6%	100.0%
Total		Count	35	68	103
		Expected Count	35.0	68.0	103.0
		% within Pendidikan	34.0%	66.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.960 ^a	1	.162		
Continuity Correction ^b	1.331	1	.249		
Likelihood Ratio	1.903	1	.168		
Fisher's Exact Test				.218	.125
Linear-by-Linear Association	1.941	1	.164		
N of Valid Cases	103				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,16.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Tinggi / Rendah)	1.939	.761	4.940
For cohort Keaktifan = Aktif	1.509	.872	2.610
For cohort Keaktifan = Kurang aktif	.778	.524	1.156
N of Valid Cases	103		

Status kawin * Keaktifan

Crosstab

			Keaktifan		Total
			Aktif	Kurang aktif	
Status kawin	Kawin	Count	20	52	72
		Expected Count	24.5	47.5	72.0
		% within Status kawin	27.8%	72.2%	100.0%
	Ceraibelum kawin	Count	15	16	31
		Expected Count	10.5	20.5	31.0
		% within Status kawin	48.4%	51.6%	100.0%
Total		Count	35	68	103
		Expected Count	35.0	68.0	103.0
		% within Status kawin	34.0%	66.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.103 ^a	1	.043		
Continuity Correction ^b	3.236	1	.072		
Likelihood Ratio	4.003	1	.045		
Fisher's Exact Test				.068	.037
Linear-by-Linear Association	4.063	1	.044		
N of Valid Cases	103				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,53.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status kawin (Kawin / Cerai/belum kawin)	.410	.171	.982
For cohort Keaktifan = Aktif	.574	.341	.966
For cohort Keaktifan = Kurang aktif	1.399	.967	2.025
N of Valid Cases	103		

Pekerjaan * Keaktifan

Crosstab

			Keaktifan		Total
			Aktif	Kurang aktif	
Pekerjaan	Bekerja	Count	15	22	37
		Expected Count	12.6	24.4	37.0
		% within Pekerjaan	40.5%	59.5%	100.0%
Pekerjaan	Tidak bekerja	Count	20	46	66
		Expected Count	22.4	43.6	66.0
		% within Pekerjaan	30.3%	69.7%	100.0%
Total		Count	35	68	103
		Expected Count	35.0	68.0	103.0
		% within Pekerjaan	34.0%	66.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.108 ^a	1	.293		
Continuity Correction ^b	.698	1	.403		
Likelihood Ratio	1.096	1	.295		
Fisher's Exact Test				.386	.201
Linear-by-Linear Association	1.097	1	.295		
N of Valid Cases	103				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,57.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Bekerja / Tidak bekerja)	1.568	.677	3.634
For cohort Keaktifan = Aktif	1.338	.784	2.284
For cohort Keaktifan = Kurang aktif	.853	.626	1.163
N of Valid Cases	103		

Pengetahuan * Keaktifan

Crosstab

			Keaktifan		Total
			Aktif	Kurang aktif	
Pengetahuan	Baik	Count	22	22	44
		Expected Count	15.0	29.0	44.0
		% within Pengetahuan	50.0%	50.0%	100.0%
	Kurang	Count	13	46	59
		Expected Count	20.0	39.0	59.0
		% within Pengetahuan	22.0%	78.0%	100.0%
Total	Count	35	68	103	
	Expected Count	35.0	68.0	103.0	
	% within Pengetahuan	34.0%	66.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.787 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	7.584	1	.006		
Likelihood Ratio	8.804	1	.003		
Fisher's Exact Test				.004	.003
Linear-by-Linear Association	8.701	1	.003		
N of Valid Cases	103				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,95.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Baik / Kurang)	3.538	1.507	8.307
For cohort Keaktifan = Aktif	2.269	1.291	3.987
For cohort Keaktifan = Kurang aktif	.641	.463	.888
N of Valid Cases	103		

Sikap * Keaktifan

Crosstab

			Keaktifan		Total
			Aktif	Kurang aktif	
Sikap	Mendukung	Count	28	33	61
		Expected Count	20.7	40.3	61.0
		% within Sikap	45.9%	54.1%	100.0%
	Kurang mendukung	Count	7	35	42
		Expected Count	14.3	27.7	42.0
		% within Sikap	16.7%	83.3%	100.0%
Total		Count	35	68	103
		Expected Count	35.0	68.0	103.0
		% within Sikap	34.0%	66.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.476 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	8.218	1	.004		
Likelihood Ratio	10.026	1	.002		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	9.384	1	.002		
N of Valid Cases	103				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,27.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Mendukung / Kurang mendukung)	4.242	1.632	11.025
For cohort Keaktifan = Aktif	2.754	1.328	5.710
For cohort Keaktifan = Kurang aktif	.649	.497	.849
N of Valid Cases	103		