

Status Partisipasi dan Kualitas Hidup Peserta Pos Pelayanan Terpadu Lanjut Usia

Syamsumin Kurnia Dewi¹, Hari Kusnanto², I Dewa Putu Pramantara³, Theodola Baning Rahayujati⁴

¹ Akademi Fisioterapi, "YAB" Yogyakarta, Indonesia

² Jurusan Biostatistika, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

³ Sub Bagian Geriatri, Bagian Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran/ RS Sardjito, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

⁴ Dinas Kesehatan Kulon Progo, Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia

E-mail: dikdewik@yahoo.com, drdewik@gmail.com, harikusnanto@yahoo.com

Received: 30/09/2016; published: 27/02/2017

Abstract

Background: Demographic and epidemiologic transition now occurred in the District of Bantul could be followed by decreasing quality of life in elderly. Community elderly care service (CECS) is a primary service for elderly with potential to support increasing quality of life in elderly. Based on previous study, utilization of CECS was high (73.30%) at subdistrict of Bambanglipuro, Bantul. To know the relationship between participation status and quality of life in CECS participants at subdistrict of Bambanglipuro. **Method:** A cross-sectional study was conducted from April to May 2012. Samples were selected with consecutive sampling technique. Data were collected from 8 CECSs at subdistrict of Bambanglipuro. Quality of life was measured with short form 36 (SF-36) Health Survey, including physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS). Data then were analyzed with descriptive and analytic methods using Chi-square test and multiple logistic regression. **Results:** Of 238 subjects investigated, 186 (78.20%) were good in PCS and 194 (81.50%) were good in MCS. Multivariate analysis showed that active in physical exercise of CECS program, absence of hypertension, and better economic status were related to better PCS (aPR: 5.31, 95%CI: 2.52-11.20; aPR: 3.41, 95%CI: 1.31-5.47; aPR: 2.68; 95%CI: 1.31-5.47) and better MCS (aPR: 3.97, 95%CI: 1.83-8.64; aPR: 3.08, 95%CI: 1.39-6.82; aPR: 6.38; 95%CI: 2.62-15.53). **Conclusion:** Dominant factors that related to better quality of life in CECS participants were: active in physical exercise program of CECS, absence of hypertension and better economic status.

Keywords: community elderly care service, elderly, participation status, quality of life.

Copyright © 2017 Universitas Ahmad Dahlan. All rights reserved.

1. Latar Belakang

Saat ini Indonesia mengalami transisi demografi yang ditandai dengan meningkatnya jumlah dan proporsi penduduk lanjut usia (lansia).⁽¹⁾ Pada tahun 2009 jumlah lansia di Indonesia tercatat 19,3 juta jiwa (8,37%) sehingga Indonesia termasuk "populasi berstruktur tua".^{(1);(2)} Pada tahun 2025 Indonesia diproyeksikan akan menempati peringkat ke-5 sebagai negara berpenduduk lansia terbanyak (35,0 juta jiwa) setelah China, India, Amerika Serikat, dan Jepang.^{(3);(4)} Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2009 menunjukkan bahwa Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) memiliki proporsi penduduk lansia tertinggi (14,02%) di Indonesia.⁽⁵⁾ Di Kabupaten Bantul, DIY, pada tahun 2009 proporsi penduduk lansia mencapai 11% dengan proporsi tertinggi di Kecamatan Sanden (30,50%), Kretek (23,20%), dan Bambanglipuro (16,70%).

Sebagai konsekuensi dari fenomena transisi demografi tersebut timbul permasalahan terutama di bidang kesehatan dan sosial. Penurunan kemampuan fisik, mental, dan

aktivitas fungsional yang terjadi pada lansia, menyebabkan terjadinya transisi epidemiologi, yaitu meningkatnya prevalensi penyakit degeneratif menggantikan dominasi penyakit menular di masyarakat.^{(2):(6)} Data pada tahun 2007-2009 menunjukkan: stroke, penyakit jantung koroner (PJK), serta diabetes melitus (DM) Tipe II mendominasi “10 besar penyakit penyebab kematian” di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Bantul.⁽⁷⁾ Penyakit degeneratif yang sifatnya kronis berakibat pada menurunnya kualitas hidup para lansia. Permasalahan lainnya juga terjadi di bidang sosial, yaitu adanya kerawanan sosial pada lansia telantar.⁽⁸⁾ Untuk itu diperlukan upaya penanganan yang komprehensif dan berkesinambungan agar para lansia mempunyai kualitas hidup yang lebih baik.⁽⁹⁾ Kualitas hidup adalah persepsi individual tentang kesehatan fisik, status psikologis, derajat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi, dan hubungan yang istimewa dari seseorang di masyarakat.⁽¹⁰⁾ Kualitas hidup tersebut dinyatakan dalam dua skala yaitu: kualitas kesehatan fisik/*physical component summary* (PCS) dan kualitas kesehatan mental/*mental component summary* (MCS).^{(10):(11)} Karena sifatnya lebih komprehensif maka kajian tentang kualitas hidup dari penerima intervensi kesehatan (pasien) kini semakin berkembang.

Salah satu upaya layanan dasar peningkatan kualitas hidup lansia adalah kegiatan pos pelayanan terpadu (posyandu) lansia.^{(9):(12)} Berdasarkan penelitian terdahulu, pemanfaatan posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Bambanglipuro oleh penduduk lansia dan pralansia pada tahun 2011 cukup besar yaitu 73,30%.⁽¹³⁾ Studi pendahuluan di “Pusat Santunan dalam Keluarga (PUSAKA) Wahyu Teratai” Sidomulyo, Bambanglipuro menunjukkan bahwa posyandu lansia ini memiliki kegiatan yang cukup komprehensif, yaitu: pemeriksaan kesehatan, pemberian makanan tambahan (PMT), olah raga, pemberdayaan ekonomi, pembinaan kesenian, pembinaan spiritual, serta program rekreasi. Hasil wawancara menunjukkan bahwa para peserta merasa lebih sehat dan lebih aktif secara sosial setelah aktif mengikuti kegiatan yang diselenggarakan.

Mengingat potensi dari posyandu lansia terhadap upaya peningkatan kualitas hidup lansia maka penting untuk dilakukan suatu analisis yang lebih mendalam untuk mengetahui manfaat partisipasi aktif dalam masing-masing kegiatan posyandu lansia terhadap kualitas hidup pesertanya. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara status partisipasi dalam masing-masing kegiatan posyandu dengan kualitas kesehatan fisik dan mental peserta posyandu lansia di Kecamatan Bambanglipuro.

2. Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan rancangan *cross-sectional study*. Penelitian dilakukan di Kecamatan Bambanglipuro pada bulan April-Mei 2012. Sampel berjumlah 238 subjek yang terpilih melalui *consecutive sampling*. Subjek adalah lansia peserta posyandu lansia berstrata madya atau purnama di Kecamatan Bambanglipuro pada tahun 2012. Kriteria inklusi penelitian meliputi: peserta tercatat sebagai penduduk Kecamatan Bambanglipuro, terdaftar sebagai peserta posyandu lansia setidaknya dalam satu tahun terakhir, serta bersedia menjadi subjek penelitian. Kriteria eksklusi penelitian meliputi: sulit atau tidak bisa berkomunikasi dengan orang lain, dan/atau mengalami penurunan fungsi kognitif.

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup, yang terdiri dari: kesehatan fisik dan kesehatan mental. Variabel bebas terdiri dari: status partisipasi dalam kegiatan posyandu (pemeriksaan kesehatan, PMT, olah raga, pembinaan spiritual, pembinaan kesenian, pemberdayaan ekonomi, dan rekreasi), faktor sosiodemografi (jenis kelamin, usia, dan status sosial ekonomi), serta permasalahan kesehatan yang disandang (status hipertensi dan kecacatan). Data dikumpulkan dengan wawancara terstruktur dengan kuesioner. Kuesioner *Mini Mental State Examination* (MMSE) digunakan untuk menilai ada atau tidaknya gangguan fungsi kognitif pada diri subjek. Kuesioner *short form 36* (SF-36) digunakan untuk mengukur kualitas hidup subjek. Kedua kuesioner tersebut telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dan telah lolos uji validitas dan reliabilitas dari peneliti terdahulu. Analisis data dilakukan dengan cara deskriptif dan analitik. Hipotesis ditetapkan satu arah dengan $\alpha = 0,05$ dan $\beta = 0,20$. Analisis bivariat dilakukan dengan Uji *Chi square*, analisis multivariat dengan *multiple logistic regression*.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Hasil

a. Karakteristik subjek

Tabel 1 menunjukkan karakteristik responden menurut faktor sosiodemografi. Mayoritas responden adalah perempuan 73,11%, kelompok usia 60-69 tahun sebesar 50,84%, dan status ekonomi tidak mampu sebesar 53,36%.

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian Menurut Faktor Sosiodemografi

Variabel	Kategori	n (%)
Jenis kelamin	laki-laki	64 (26,89)
	perempuan	174 (73,11)
Kelompok usia	60 s.d 69 tahun	121 (50,84)
	≥70 tahun	117 (49,16)
Status ekonomi	Mampu	111 (46,64)
	tidak mampu	127 (53,36)

Karakteristik subjek penelitian menurut faktor permasalahan kesehatan yang disandang (status hipertensi dan status kecacatan) disajikan dalam Tabel 2. Mayoritas responden tidak cacat sebesar 97,06%.

Tabel 2. Karakteristik Subjek Penelitian Menurut Faktor Permasalahan Kesehatan yang Disandang

Variabel	Kategori	n (%)
Status hipertensi	tidak hipertensi	108 (45,38)
	hipertensi	130 (54,62)
Status kecacatan	tidak cacat	231 (97,06)
	cacat	7 (2,94)

Karakteristik subjek menurut status partisipasi dalam kegiatan posyandu disajikan dalam Tabel 3. Lansia paling aktif dalam kegiatan pemeriksaan kesehatan dan pemberian makanan tambahan (PMT).

Tabel 3. Karakteristik Subjek Penelitian Menurut Status Partisipasi dalam Kegiatan Posyandu Lansia

Variabel	Kategori	n (%)
Pemeriksaan kesehatan	aktif	176 (73,95)
	kurang aktif	62 (26,05)
PMT	aktif	176 (73,95)
	kurang aktif	62 (26,05)
Olah raga	aktif	119 (50,00)
	kurang aktif	119 (50,00)
Pembinaan spiritual	aktif	85 (35,71)
	kurang aktif	29 (12,18)
	tidak ada kegiatan	124 (52,10)
Pembinaan kesenian	aktif	63 (26,47)
	kurang aktif	51 (21,43)
	tidak ada kegiatan	124 (52,10)
Pemberdayaan ekonomi	aktif	59 (24,79)
	kurang aktif	5 (2,10)
	tidak ada kegiatan	174 (73,11)
Rekreasi	aktif	107 (44,96)
	kurang aktif	34 (14,29)
	tidak ada kegiatan	97(40,79)

b. Gambaran kualitas hidup subjek

Gambaran tentang kualitas hidup subjek, baik dalam skala kualitas kesehatan fisik maupun kualitas kesehatan mental, disajikan dalam Tabel 4. Mayoritas responden memiliki kualitas hidup yang baik sebesar 78,20%.

Tabel 4. Deskripsi Kualitas Hidup Subjek

Kategori	Kualitas Kesehatan Fisik		Kualitas Kesehatan Mental	
	n (%)	%	n	%
Baik	186 (78,20)	78,20	194	81,50
Buruk	52 (21,80)	21,80	44	18,50

Tabel 5 menunjukkan bahwa ada 13,90% kondisi kesehatan responden jauh membaik.

Tabel 5. Distribusi Persepsi Subjek terhadap Kondisi Kesehatan Saat Ini Dibandingkan Satu Tahun yang Lalu

Persepsi Subjek	Kondisi Kesehatan Saat Ini	
	n (%)	
Jauh membaik	33 (13,90)	
Sedikit membaik	34 (14,30)	
Sama	100 (42,00)	
Sedikit memburuk	64 (26,90)	
Jauh memburuk	7 (2,90)	
Total	238	

c. Analisis

Hasil analisis antara status partisipasi dalam kegiatan posyandu dengan kesehatan fisik subjek disajikan dalam Tabel 6. Variabel status partisipasi yang berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yaitu pemeriksaan kesehatan aktif (2,14 95% CI: 1,11-4,13, $p=0,019$), PMT aktif (1,91 95% CI: 1,00-3,70, $p=0,041$), olah raga aktif (4,52 95% CI: 2,23-9,16, $p=0,000$), pembinaan spiritual aktif (2,12 95% CI: 1,02-4,40, $p=0,030$), dan rekreasi aktif (2,30 95% CI: 1,00-5,31, $p=0,040$).

Tabel 6. Hubungan Status Partisipasi dalam Kegiatan Posyandu dengan Kualitas Kesehatan Fisik Peserta Posyandu Lansia

Variabel Bebas	Kategori	Kualitas Kesehatan Fisik		cPR (95% CI)	p
		Baik n	Buruk n		
Pemeriksaan kesehatan	aktif	144	32	2,14 (1,11-4,13)	0,019*
	kurang aktif	142	20		
PMT	aktif	143	33	1,91 (1,00-3,70)	0,041*
	kurang aktif	43	19		
Olah raga	aktif	107	12	4,52 (2,23-9,16)	0,000*
	kurang aktif	79	40		
Pembinaan spiritual	aktif	73	12	2,12 (1,02-4,40)	0,030*
	kurang aktif	21	8		
	tidak ada kegiatan	92	32		
Pembinaan kesenian	aktif	53	10	1,84 (0,84-4,05)	0,086
	kurang aktif	41	10		
	tidak ada kegiatan	92	32		
Pemberdayaan ekonomi	aktif	46	13	0,96 (0,47-1,95)	0,517
	kurang aktif	3	2		
	tidak ada kegiatan	137	37		
Rekreasi	aktif	94	13	2,30 (1,00-5,31)	0,040*
	kurang aktif	22	12		
	tidak ada kegiatan	70	27		

Keterangan: cPR: crude Prevalence Ratio Ref: referensi CI: confidence interval *bermakna secara statistik

Analisis bivariat antara faktor sosiodemografis dan permasalahan kesehatan yang disandang dengan kesehatan fisik disajikan dalam Tabel 7. Faktor lain yang berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yaitu kelompok usia 60-69 tahun (2,11 95% CI: 1,11-3,98, $p=0,015$), status ekonomi mampu (2,63 95% CI: 1,35-5,12, $p=0,003$), dan tidak hipertensi (3,13 95% CI: 1,57-6,25, $p=0,001$).

Tabel 7. Hubungan Faktor Lainnya dengan Kualitas Kesehatan Fisik Peserta Posyandu Lansia

Variabel Bebas	Kategori	Kualitas Kesehatan Fisik		cPR (95%CI)	p
		Baik n	Buruk n		
Faktor sosiodemografis:					
Jenis kelamin	laki-laki	54	10	1,72 (0,80-3,69)	0,107
	perempuan	132	42		
Kelompok usia	60 s.d 69 tahun	102	19	2,11 (1,11-3,98)	0,015*
	≥70 tahun	84	33		
Status ekonomi	Mampu	96	15	2,63 (1,35-5,12)	0,003*
	tidak mampu	90	37		
Permasalahan kesehatan yang disandang:					
Status hipertensi	tidak hipertensi	95	13	3,13 (1,57-6,25)	0,001*
	Hipertensi	91	39		
Status kecacatan	tidak cacat	182	49	2,79 (0,60-12,86)	0,178
	cacat	4	3		

Keterangan: cPR: crude Prevalence Ratio Ref: referensi CI: confidence interval *bermakna secara statistik

Hasil analisis bivariat antara status partisipasi dalam kegiatan posyandu dengan kesehatan mental subjek disajikan dalam Tabel 8. Variabel status partisipasi yang berhubungan dengan kualitas kesehatan mental yaitu PMT aktif (2,09 95% CI: 1,04-4,17, $p=0,030$), olah raga aktif (3,28 95% CI: 1,59-6,75, $p=0,001$), pembinaan spiritual aktif (2,68 95% CI: 1,15-6,23, $p=0,014$), pemberdayaan ekonomi kurang aktif (0,13 95% CI: 0,02-0,83, $p=0,041$), dan rekreasi aktif (2,80 95% CI: 1,14-6,87, $p=0,020$).

Tabel 8. Hubungan Status Partisipasi dalam Kegiatan Posyandu dengan Kualitas Kesehatan Mental Peserta Posyandu Lansia

Variabel Bebas	Kategori	Kualitas Kesehatan Mental		cPR (95%CI)	p
		Baik n	Buruk n		
Pemeriksaan kesehatan	aktif	147	29	1,62 (0,80-3,27)	0,125
	kurang aktif	47	15		
PMT	aktif	149	27	2,09 (1,04-4,17)	0,030*
	kurang aktif	45	17		
Olah raga	aktif	104	12	3,28 (1,59-6,75)	0,001*
	kurang aktif	87	32		
Pembinaan spiritual	aktif	77	8	2,68 (1,15-6,23)	0,014*
	kurang aktif	20	9		
Pembinaan kesenian	tidak ada kegiatan	97	27	Ref	0,205
	aktif	56	7		
	kurang aktif	41	10		
Pemberdayaan ekonomi	tidak ada kegiatan	97	27	Ref	0,053
	aktif	47	12		
	kurang aktif	2	3		
Rekreasi	tidak ada kegiatan	145	29	0,78 (0,37-1,66)	0,323
	aktif	97	10		
	kurang aktif	24	10		
Rekreasi	tidak ada kegiatan	73	24	0,13 (0,02-0,83)	0,041*
	aktif	97	10		
Rekreasi	kurang aktif	24	10	2,80 (1,14-6,87)	0,020*
	tidak ada kegiatan	73	24		

Keterangan: cPR: crude Prevalence Ratio Ref: referensi CI: confidence interval *bermakna secara statistik

Hasil analisis bivariat antara faktor sosiodemografi dan permasalahan kesehatan yang disandang dengan kualitas kesehatan mental subjek disajikan dalam Tabel 9. Faktor sosiodemografi dan permasalahan kesehatan yang disandang yang berhubungan dengan kualitas kesehatan mental yaitu status ekonomi mampu (6,11 95% CI: 2,60-14,37, $p=0,000$), dan tidak hipertensi (3,00 95% CI: 1,43-6,28, $p=0,002$).

Tabel 9. Hubungan Faktor Lainnya dengan Kualitas Kesehatan Mental Peserta Posyandu Lansia

Variabel Bebas	Kategori	Kualitas Kesehatan Mental		cPR (95%CI)	p
		Baik n	Buruk n		
Faktor sosiodemografi:					
Jenis kelamin	laki-laki	56	8	1,83 (0,80-4,17)	0,102
	perempuan	138	36		
Kelompok usia	60 s.d 69 tahun	106	15	2,33 (1,18-4,62)	0,011*
	≥70 tahun	88	29		
Status ekonomi	mampu	104	7	6,11 (2,60-14,37)	0,000*
	tidak mampu	90	37		
Permasalahan kesehatan yang disandang:					
Status hipertensi	tidak hipertensi	97	11	3,00 (1,43-6,28)	0,002*
	hipertensi	97	33		
Status kecacatan	tidak cacat	190	41	3,48 (0,75-16,12)	0,120
	cacat	4	3		

Keterangan: cPR: crude Prevalence Ratio Ref: referensi CI: confidence interval *bermakna secara statistik

d. Analisis multivariat

Hasil analisis terhadap faktor-faktor yang dominan berhubungan dengan kualitas hidup subjek disajikan dalam Tabel 10. Pada skala kualitas kesehatan fisik, Model ke-2 dipilih sebagai model terbaik dalam menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik dari peserta posyandu lansia. Tampak bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan olah raga tidak adanya hipertensi dan status ekonomi mampu merupakan faktor-faktor yang dominan berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik.

Pada skala kualitas kesehatan mental, Model ke-2 dipilih sebagai model terbaik dalam menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas kesehatan mental yang baik dari peserta posyandu lansia. Tampak bahwa status ekonomi mampu partisipasi aktif dalam kegiatan olah raga dan tidak adanya hipertensi merupakan faktor-faktor yang dominan berhubungan dengan kualitas kesehatan mental yang baik.

Tabel 10. Hubungan Status Partisipasi dalam Kegiatan Posyandu dengan Kualitas Hidup Peserta Posyandu Lansia

Model	Variabel	Kualitas Kesehatan Fisik			Kualitas Kesehatan Mental		
		aPR	95% CI	p	aPR	95% CI	p
Model ke-1	Olah raga	5,00	2,41-10,37	0,000*	3,62	1,70-7,69	0,001*
	Status ekonomi	-	-	-	6,58	2,75-15,77	0,000*
	Status hipertensi	3,57	1,73-7,35	0,001*	-	-	-
	Constant	1,18		0,499	1,40		0,167
		-2 Log likelihood = 216,508 Cox & Snell R square = 0,131 Overall percentage = 78,20			-2 Log likelihood = 193,189 Cox & Snell R square = 0,136 Overall percentage = 81,50		
Model ke-2	Olah raga	5,31	2,52-11,20	0,000*	3,97	1,83-8,64	0,001*
	Status ekonomi	2,68	1,31-5,47	0,007*	6,38	2,62-15,53	0,000*
	Status hipertensi	3,41	1,63-7,13	0,001*	3,08	1,39-6,82	0,006*
	Constant	0,79		0,411	0,91		0,736
		-2 Log likelihood = 208,768 Cox & Snell R square = 0,159 Overall percentage = 81,10			-2 Log likelihood = 184,749 Cox & Snell R square = 0,166 Overall percentage = 82,80		

Keterangan: aPR: adjusted Prevalence Ratio CI: confidence interval *bermakna secara statistik

3.2 Pembahasan

a. Hubungan status partisipasi dalam kegiatan pemeriksaan kesehatan dengan kualitas hidup

Kualitas hidup pada lansia mempunyai definisi yang lebih spesifik. Kualitas hidup yang positif (baik) sebanding dengan kemampuan lansia dalam menjalankan berbagai aktivitas harian, kehidupan sosial dan hubungan dengan keluarganya, serta kondisi

perekonomiannya. Adapun kualitas hidup yang negatif (buruk) sebanding dengan penurunan kesehatannya sehingga kesehatan merupakan indikator yang baik bagi kualitas hidup lansia.⁽¹⁴⁾ Oleh karena itu, pemeriksaan kesehatan di posyandu lansia merupakan kegiatan yang sangat penting. Kegiatan ini merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan lansia di masyarakat (*community based geriatric service*) yang mendayagunakan dan mengikutsertakan masyarakat (termasuk para lansianya) semaksimal mungkin, dengan puskesmas dan dokter praktik swasta (DPS) setempat sebagai tulang punggung layanan.⁽¹⁵⁾

Tabel 6 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan pemeriksaan kesehatan berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik. Meskipun demikian, Tabel 10 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan ini bukan merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik. Pada skala kualitas kesehatan mental, Tabel 8 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan pemeriksaan kesehatan tidak berhubungan dengan kualitas kesehatan mental yang baik. Meskipun tidak terdapat kemaknaan secara statistik, namun tampak bahwa secara biologis berpartisipasi aktif dalam kegiatan pemeriksaan kesehatan berpeluang lebih besar untuk memiliki kualitas kesehatan mental yang lebih baik daripada yang tidak aktif. Oleh karena itu, kegiatan ini justru perlu semakin ditingkatkan pelayanannya agar manfaatnya bisa lebih optimal.

b. Hubungan status partisipasi dalam kegiatan PMT dengan kualitas hidup

Tabel 6 dan 8 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan PMT berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik dan kualitas kesehatan mental yang baik. Meskipun demikian, Tabel 10 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan PMT bukan merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas hidup yang baik.

Berdasarkan observasi di lapangan kegiatan PMT umumnya dilaksanakan dengan cara makan bersama sesudah pelaksanaan kegiatan lainnya di posyandu lansia. Kegiatan PMT yang tidak dilakukan setiap hari belum tentu akan meningkatkan status gizi lansia. Meskipun demikian, dalam penelitian ini terbukti bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan PMT berhubungan dengan kualitas hidup yang lebih baik daripada yang tidak berpartisipasi aktif. Alasan yang paling mungkin adalah suasana kekeluargaan yang tercipta pada saat para lansia bersama-sama menikmati makanan dalam kegiatan PMT yang selanjutnya berpengaruh pada kualitas hidup lansia.

Penelitian terdahulu menyebutkan waktu makan bersama di panti werdha memberikan kesempatan bagi para penghuni untuk bersosialisasi dengan para staf dan penghuni lainnya sesuai dengan pilihan mereka sekaligus sebagai sarana untuk relaksasi. Keramahtamahan serta keberadaan lingkungan sosial pada saat jam makan bersama dapat menambah perasaan aman, nyaman, penuh kekeluargaan, serta kebahagiaan. Hal ini berdampak pada meningkatnya kesehatan fisik dan mental lansia.⁽¹⁶⁾

Waktu makan yang disajikan dan dikondisikan seperti pola makan keluarga/rumahan pada para penghuni panti werdha juga terbukti mampu mempertahankan kualitas hidup, performa fisik, dan berat badan para penghuni panti yang tidak memiliki riwayat dimensia. Hal ini dapat dicapai dengan memperbaiki suasana waktu makan, seperti: penataan meja, penyajian makanan, penyesuaian protokol staf dan protokol penghuni panti, serta protokol saat makan. Pengkondisian ini terbukti mencegah para penghuni panti dari penurunan performa fisik dan berat badan.⁽¹⁷⁾

Apabila kegiatan PMT ini dioptimalkan, misalnya dengan perbaikan kualitas PMT dan penambahan konseling gizi, maka efek positif yang dihasilkan diharapkan akan meningkat. Status gizi dan asupan karbohidrat terbukti berhubungan dengan kualitas hidup peserta posyandu lansia.⁽¹⁸⁾ Konseling gizi yang dilakukan pada kelompok lansia juga terbukti dapat meningkatkan asupan nutrisi para lansia.⁽¹⁹⁾ Gizi yang baik terbukti meningkatkan kualitas hidup dengan meningkatnya kesehatan dan tercegahnya defisiensi zat gizi yang disebabkan oleh penyakit.⁽²⁰⁾ Oleh karena itu, kegiatan PMT di posyandu lansia sesungguhnya penting dan karenanya perlu dioptimalkan lagi pelaksanaannya.

c. Hubungan status partisipasi dalam kegiatan olah raga dengan kualitas hidup

Tabel 6 dan Tabel 8 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan olah raga berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik serta kualitas kesehatan mental yang baik. Tabel 10 juga menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan olah raga merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik serta kualitas kesehatan mental yang baik.

Hasil ini sesuai dengan penelitian yang menunjukkan bahwa lansia sehat yang berpartisipasi dalam aktivitas fisik yang teratur setidaknya dengan intensitas moderat lebih dari satu jam perminggu memiliki skor yang lebih tinggi dalam seluruh delapan domain SF-36 daripada mereka yang kurang aktif secara fisik.⁽²¹⁾ Penelitian lainnya menyatakan bahwa pada kelompok lansia tanpa keterbatasan aktivitas dan kelompok lansia yang memiliki keterbatasan aktivitas moderat hingga berat kualitas hidupnya semakin baik dengan tingkat aktivitas yang lebih tinggi.⁽²²⁾

Olah raga terbukti bermanfaat terhadap perbaikan kemampuan fungsional, kesehatan, dan kualitas hidup, yang berdampak pada turunnya biaya perawatan kesehatan di tingkat individu maupun masyarakat.⁽²³⁾ Manfaat olah raga terhadap kesehatan fisik lansia adalah: menjaga tekanan darah tetap stabil dalam rentang normal, meningkatkan daya tahan tubuh, menjaga berat badan ideal, menguatkan tulang dan otot, meningkatkan kelenturan dan kebugaran tubuh. Manfaat olah raga terhadap kesehatan mental adalah: mengurangi stress, meningkatkan rasa percaya diri, membangun sportivitas, memupuk tanggung jawab, dan membangun kesetiakawanan sosial.⁽²⁴⁾ Olah raga berupa senam aerobik *low impact* intensitas sedang tiga kali perminggu selama 40-54 menit dalam delapan minggu terbukti dapat menurunkan lemak badan lansia wanita yang tidak terlatih. Latihan tersebut juga terbukti dapat meningkatkan kelenturan badan secara lebih awal dan lebih besar dibandingkan bila dilakukan dengan frekuensi dua kali perminggu.^{(25);(26)}

WHO menekankan pentingnya aktivitas fisik, termasuk di dalamnya olah raga, untuk meningkatkan kualitas hidup lansia.^{(23);(27)} Aktivitas fisik secara konsisten berhubungan dengan: kapasitas fungsional, kualitas hidup secara menyeluruh, otonomi, aktivitas masa lampau, saat ini, dan masa yang akan datang, kematian, keintiman hubungan, kesehatan mental, vitalitas, dan kondisi psikologis.⁽²⁸⁾ Hal ini berujung pada meningkatnya kualitas hidup lansia.^{(21);(22);(29);(30);(31)}

d. Hubungan status partisipasi dalam kegiatan pembinaan spiritual dengan kualitas hidup

Tabel 6 dan Tabel 8 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan pembinaan spiritual berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik serta dengan kualitas kesehatan mental yang baik. Meskipun demikian, Tabel 10 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan ini bukan merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas hidup yang baik.

Tujuan umum dari kegiatan pembinaan spiritual yang diselenggarakan di posyandu lansia adalah untuk mempertebal keimanan dan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa. Tujuan khusus dari kegiatan ini adalah untuk meningkatkan ketaatan beragama dan memperbaiki kesehatan mental lansia agar gairah hidupnya meningkat serta mampu berperan secara wajar di lingkungan keluarga dan masyarakat. Dengan demikian melalui kegiatan ini para lansia diharapkan akan mampu menghargai dan mensyukuri hidup dan kehidupan sehingga kualitas hidupnya menjadi lebih baik.⁽³²⁾

e. Hubungan status partisipasi dalam kegiatan pembinaan kesenian dengan kualitas hidup

Tabel 6 dan Tabel 8 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan pembinaan kesenian tidak berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik, serta dengan kualitas kesehatan mental yang baik. Meskipun demikian, tampak bahwa secara biologis lansia yang berpartisipasi aktif dalam kegiatan pembinaan kesenian berpeluang lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang baik.

Berdasarkan observasi dan wawancara di lapangan, subjek umumnya merasa senang dengan kegiatan pembinaan kesenian, meskipun belum terampil. Subjek juga menilai bahwa kegiatan ini dapat membantu mengurangi keluhan kesehatan ataupun

beban psikologisnya. Oleh karena itu kualitas kegiatan ini perlu ditingkatkan lagi agar manfaatnya bisa lebih optimal.

f. Hubungan status partisipasi dalam kegiatan pemberdayaan ekonomi dengan kualitas hidup

Kegiatan pemberdayaan ekonomi yang diselenggarakan di posyandu lansia merupakan perwujudan dari amanat Pasal 183 ayat 1 UU RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa: "Upaya pemeliharaan kesehatan bagi lansia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis sesuai dengan martabat kemanusiaan". Tabel 6 dan Tabel 8 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan pemberdayaan ekonomi tidak berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik serta dengan kualitas kesehatan mental yang baik.

Berdasarkan observasi dan wawancara di lapangan, kegiatan pemberdayaan ekonomi baru dilakukan di posyandu lansia "PUSAKA Wahyu Teratai". Pada awalnya kegiatan ini berupa pembinaan Kelompok Usaha Bersama Ekonomi (KUBE) budi daya kambing peranakan etawa (PE) yang di kelola oleh kelompok lansia yang masih produktif. Kegiatan ini dinilai kurang optimal dan cenderung merugi. Para lansia juga kurang merasa cocok dan terbebani dengan program ini. Selanjutnya, dilakukan usaha budi daya pohon pepaya, namun belum berhasil. Saat penelitian ini berlangsung, kegiatan yang dilaksanakan berupa budi daya pohon pisang kepok. Subjek tidak merasa terbebani dengan program ini. Meskipun demikian, subjek banyak berkegiatan hanya pada saat pembesaran bibit dan pada tahap lanjut sudah tidak banyak kegiatan.

Berbeda dengan program pemberdayaan ekonomi di masyarakat secara umum, pada kelompok lansia program pemberdayaan ekonomi bukan bertujuan untuk memperoleh manfaat ekonomi setinggi-tingginya. Pada lansia, kegiatan pemberdayaan ekonomi semestinya menjadi bagian dari "*leisure activities*" atau kegiatan bersenang-senang sebagai pengisi waktu luang. Tujuan dari *leisure activities* adalah untuk mencapai kegembiraan, melalui kegiatan-kegiatan yang disenangi lansia, seperti kegiatan sosial, olah raga, berkebun, dan lain-lain. Kegiatan ini idealnya bersifat aktif atau produktif untuk mengurangi kegiatan yang monoton dan kurang gerak dalam mengisi waktu luang, seperti: menonton televisi atau membaca surat kabar di rumah. Meskipun demikian, kegiatan tersebut tidak boleh mengabaikan unsur kegembiraan lansia.⁽³³⁾

Berdasarkan hal tersebut maka diperlukan evaluasi lebih lanjut terhadap kegiatan pemberdayaan ekonomi yang selama ini diselenggarakan di posyandu lansia subjek. Kegiatan ini hendaknya dapat membuat subjek aktif secara fisik tanpa merasa terbebani dan justru membuat mereka merasa senang. Perlu dicari bentuk kegiatan yang paling tepat/sesuai dengan karakter, kebiasaan, situasi, serta kondisi lansia setempat. Karenanya, program ini perlu dioptimalkan agar manfaatnya lebih besar.

g. Hubungan status partisipasi dalam kegiatan rekreasi dengan kualitas hidup

Kegiatan rekreasi yang diselenggarakan di posyandu lansia merupakan salah satu bentuk pelayanan lansia di bidang seni budaya, olah raga, dan rekreasi. Rekreasi ini bisa dilakukan dengan frekuensi 1-2 kali setahun. Biaya dapat diperoleh dari tabungan para lansia sendiri ataupun dari bantuan pihak lain.⁽³²⁾ Tabel 6 dan Tabel 8 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan rekreasi berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik dan kualitas kesehatan mental yang baik. Meskipun demikian, Tabel 10 menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam kegiatan rekreasi bukan merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas hidup yang baik.

Seiring bertambahnya usia, para lansia dihadapkan dengan permasalahan kesehatan dan sosial yang cenderung semakin kompleks. Beberapa permasalahan sosial pada lansia di antaranya adalah: perubahan hubungan sosial karena lansia cenderung mengisolasi diri dan kurang bersosialisasi dengan teman sebaya, sejawat lebih muda, anak, dan cucu, serta beratnya beban pekerjaan rumah tangga yang harus dilakukan sendiri, bahkan tidak jarang untuk anggota keluarga lainnya, seperti menjaga rumah, melakukan pekerjaan rumah, dan mengasuh cucu.⁽³⁴⁾ Akibatnya bisa timbul kejenuhan, kebosanan, depresi serta penurunan kualitas kesehatan mental pada

lansia.⁽³⁵⁾ Terkait hal tersebut, kegiatan rekreasi merupakan salah satu upaya yang diharapkan dapat membantu mengurangi kejenuhan serta kebosanan yang mungkin ada pada lansia sehingga kualitas hidupnya lebih baik.

h. Hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup

Tabel 7 dan Tabel 9 menunjukkan bahwa jenis kelamin laki-laki tidak berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang lebih baik dan kualitas kesehatan mental yang lebih baik daripada perempuan. Meskipun secara statistik tidak bermakna, namun secara biologis tampak bahwa lansia laki-laki berpeluang lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada lansia perempuan. Penelitian-penelitian yang ada membuktikan bahwa lansia perempuan memiliki kualitas hidup yang lebih buruk daripada lansia laki-laki.^{(36);(37)} Hal ini dikarenakan mereka hanya tinggal di rumah, kurang memiliki aktivitas di luar rumah, kurang bersosialisasi, maupun berekreasi.⁽³⁶⁾ Meskipun lansia perempuan memiliki usia harapan hidup (UHH) yang lebih tinggi daripada lansia laki-laki, namun banyak konsekuensi yang timbul dari kondisi tersebut. Pertama, dengan UHH yang lebih tinggi, semakin tinggi pula risiko gangguan kesehatan, kecacatan, dan ketergantungan yang berujung pada turunya kualitas hidup. Kedua, umumnya lansia laki-laki yang menduda cenderung untuk menikah lagi dengan perempuan yang lebih muda dari usianya, sedangkan lansia perempuan lebih sering tetap menjanda/sendiri hingga akhir hayatnya. Hal ini dapat meningkatkan risiko terhadap ketergantungan, terisolasi dari lingkungannya, dan atau miskin serta terabaikan. Ketiga, tingginya risiko lansia perempuan terhadap gangguan kesehatan mental. Oleh karena itu lansia laki-laki berpeluang lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik.⁽³⁴⁾

i. Hubungan kelompok usia dengan kualitas hidup

Tabel 7 dan Tabel 9 menunjukkan bahwa kelompok usia 60-69 tahun berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik dan kualitas kesehatan mental yang baik daripada kelompok usia ≥ 70 tahun. Meskipun demikian, Tabel 10 menunjukkan bahwa kelompok usia bukan merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas hidup yang baik.

Para lansia umumnya menyangang penyakit degeneratif yang bersifat kronis progresif. Proses degenerasi menjadi semakin kompleks. Kondisi ini akan menyebabkan kesehatan lansia semakin menurun dan dapat menyebabkan terjadinya keterbatasan, kecacatan, ketergantungan, dan penurunan kualitas hidup.^{(15);(38);(39)} Oleh karena itu, kelompok usia 60-69 tahun berpeluang memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada yang usianya ≥ 70 tahun.

j. Hubungan status ekonomi dengan kualitas hidup

Tabel 7 dan Tabel 9 menunjukkan bahwa status ekonomi mampu berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik dan kualitas kesehatan mental yang baik. Tabel 10 juga menunjukkan bahwa status ekonomi mampu merupakan salah satu faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik dan kualitas kesehatan mental yang baik. Hasil ini sesuai dengan penelitian dari Nurhasanah yang menyebutkan bahwa pendapatan yang rendah berhubungan dengan kualitas hidup yang buruk pada penduduk di Kabupaten Sleman.⁽³⁷⁾

Kualitas hidup menurun seiring dengan turunya status ekonomi. Lansia dengan status ekonomi tidak mampu kurang bisa mencukupi kebutuhan hidupnya sehari-hari. Akibatnya secara fisik, mereka akan rentan mengalami gangguan kesehatan. Di lain pihak, kesulitan ekonomi juga bisa menjadi beban psikologis bagi mereka. Karenanya dapat dipahami apabila lansia yang status ekonominya baik berpeluang memiliki kualitas hidup yang lebih baik pula.⁽⁴⁰⁾

k. Hubungan status hipertensi dengan kualitas hidup

Tabel 7 dan Tabel 9 menunjukkan bahwa tidak adanya riwayat hipertensi berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik dan kualitas kesehatan mental yang baik. Tabel 10 juga menunjukkan bahwa tidak adanya riwayat hipertensi

merupakan salah satu faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik dan kualitas kesehatan mental yang baik.

Hipertensi merupakan faktor risiko yang paling sering ditemukan dan terbukti signifikan berhubungan dengan penyakit kardiovaskuler pada lansia. Meskipun setidaknya 30% lansia tidak menyadari bahwa dirinya menyandang hipertensi, namun pada hipertensi yang berat dapat timbul keluhan berupa nyeri kepala, epistaksis, dan pandangan kabur, letargi, pusing, depresi, atau kejang.^{(35);(41);(42)} Kondisi tersebut dapat berdampak pada kondisi kesehatan secara umum, kemampuan fungsional, serta aktivitas sosial penyandangannya. Oleh karenanya dapat dipahami apabila lansia yang menyandang hipertensi berisiko memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan yang tidak menyandang hipertensi.

I. Hubungan status kecacatan dengan kualitas hidup

Analisis bivariat Tabel 7 dan Tabel 9 menunjukkan bahwa tidak adanya kecacatan yang disandang tidak berhubungan dengan kualitas kesehatan fisik yang baik dan kualitas kesehatan mental yang baik. Meskipun demikian, tampak bahwa secara biologis lansia yang tidak menyandang kecacatan berpeluang lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang baik daripada lansia yang menyandang kecacatan.

Kecacatan maupun lansia masing-masing berisiko atas standar hidup yang lebih rendah dibandingkan individu dalam kelas ekonomi yang sama. Apabila kedua hal tersebut terjadi bersamaan, yaitu kecacatan dan lansia, tentu akan memperburuk risiko di atas. Lansia yang menyandang kecacatan akan cenderung mengalami ketergantungan dan terisolasi dari lingkungannya. Ditambah lagi dengan situasi pelayanan umum yang masih belum optimal dalam memberikan perhatian khusus pada kelompok lansia dan/atau penyandang cacat. Adanya barrier fisik, sosial, maupun sistemik di lingkungan tempat tinggal sehari-hari menyebabkan lansia penyandang cacat dapat semakin terisolasi dari aktivitas sosialnya yang berdampak pada turunnya kualitas hidupnya.⁽⁴³⁾

4. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini disimpulkan bahwa faktor-faktor yang dominan berhubungan dengan kualitas hidup yang baik dari peserta posyandu lansia di Kecamatan Bambanglipuro, baik dalam skala kualitas kesehatan fisik maupun kualitas kesehatan mental, adalah: partisipasi aktif dalam kegiatan olah raga, status ekonomi mampu dan tidak adanya hipertensi. Mengingat olah raga merupakan kegiatan yang paling berhubungan dengan kualitas hidup yang baik dibandingkan kegiatan lainnya, untuk itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang jenis, frekuensi, intensitas, dan durasi olah raga yang paling sesuai dilakukan di posyandu lansia dengan mempertimbangkan situasi, kondisi, dan status kesehatan lansia sehari-hari.

Daftar Pustaka

1. Heryanah H. Ageing Population Bonus Demografi Kedua di Indonesia. *Populasi*. 2015;23(2):1–16.
2. Komisi Nasional Lanjut Usia. *Profil Penduduk Lanjut Usia 2009* [Internet]. Komisi Nasional Lanjut Usia; 2010. Available from: http://www.komnaslansia.go.id/downloads/profil/Profil_Penduduk_Lanjut_Usia_2009.pdf
3. Jiang Q, Yang S, Sánchez-Barricarte JJ. Can China afford rapid aging? *Springer Plus*. 2016 Jul 18;5(1).
4. Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects: The 2000 Revision* [Internet]. United Nations Population Division; 2001. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2000/highlights.pdf>
5. Badan Pusat Statistik. *Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) Kor, 2009*. Direktorat Diseminasi Statistik; 2009.
6. Bustan MN. *Pengantar Epidemiologi, Edisi Revisi, Cetakan II*. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2006. 122-127 p.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. *Profil Kesehatan Kabupaten Bantul Tahun 2009*. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul; 2010.

8. Hadi H. Analisa Perbedaan Konsep Diri Lanjut Usia Yang Dirawat di Panti dan di Keluarga di Kotamadya Bengkulu. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*. 2005;1(2):143–55.
9. Zulfitri R. Analisis Kebijakan Pelayanan Kesehatan Primer dalam Manajemen Penatalaksanaan Penyakit Kronis Lansia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*. 2016 Mar;10(1):52–8.
10. Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The Dynamics of Physical and Mental Health in the Older Population. *J Econ Ageing*. 2017 Jun;9:52–62.
11. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med*. 1995 Nov 1;41(10):1439–46.
12. Setyoadi S, Ahsan A, Abidin AY. Hubungan Peran Kader Kesehatan dengan Tingkat Kualitas Hidup Lanjut Usia. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. 2013 Nov;1(2):183–92.
13. Ariyani T. Identifikasi Faktor Perilaku dalam Pemanfaatan Posyandu Lansia di Puskesmas Bambanglipuro, Kabupaten Bantul, D.I. Yogyakarta, Tahun 2011 [*Skripsi*]. [Jakarta]: Universitas Indonesia; 2011.
14. Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly People's Definition of Quality of Life. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz 1999*. 2003 Mar;25(1):31–9.
15. Darmojo RB, Martono H. *Geriatric (Ilmu Kesehatan Lanjut Usia)*. Edisi Ke-3. Jakarta: BP FKUI; 2003. 3-12, 47-54, 597-610 p.
16. Keller HH, Østbye T, Goy R. Nutritional Risk Predicts Quality of Life in Elderly Community-Living Canadians. *J Gerontol Ser A*. 2004 Jan 1;59(1):M68–74.
17. Nijs KAND, de Graaf C, Kok FJ, van Staveren WA. Effect of Family Style Mealtimes on Quality of Life, Physical Performance, and Body Weight of Nursing Home Residents: Cluster Randomised Controlled Trial. *BMJ*. 2006 May 20;332(7551):1180–4.
18. Pramoni NGAKD. Hubungan Asupan Zat Gizi dan Status Gizi dengan Kualitas Hidup Peserta Posyandu Lanjut Usia di Kabupaten Sleman [*Tesis*]. [Yogyakarta]: Universitas Gadjah Mada; 2010.
19. Chandradewi AASP, Hadi H, Sudargo T. Pengaruh Konseling Gizi Terhadap Asupan Zat Gizi Lanjut Usia Pada Kelompok Karang Lansia di Kota Mataram. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2002;18(2):71–82.
20. Amarantos E, Martinez A, Dwyer J. Nutrition and Quality of Life in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Oct;56 Spec No 2:54–64.
21. Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjeldstad C, Schank B, Nickel KJ, et al. Physical Activity is Related to Quality of Life in Older Adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2006 Jun 30;4:37.
22. Levasseur M, Desrosiers J, St-Cyr Tribble D. Do Quality of Life, Participation and Environment of Older Adults Differ According to Level of Activity? *Health Qual Life Outcomes*. 2008 Apr 29;6:30.
23. World Health Organization. *Growing Older-Staying Well: Ageing and Physical Activity in Everyday Life*. WHO; 1998.
24. Fatmah F. *Gizi Usia Lanjut*. Jakarta: Erlangga; 2010. 16-33, 166-178 p.
25. Budiharjo S, Romi MM, Prakosa D. Pengaruh Latihan Fisik Intensitas Sedang terhadap Persentase lemak Badan Wanita Lanjut Usia. *Berkala Ilmu Kedokteran*. 2004;36(4):195–200.
26. Budiharjo S, Romi MM, Prakosa D. Pengaruh Senam Aerobik Low Impact Intensitas Sedang terhadap Kelenturan Badan pada Wanita Lanjut Usia Tidak Terlatih. *Berkala Ilmu Kedokteran*. 2005;37(4):177–82.
27. World Health Organization. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. WHO; 2010.
28. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira V de, Mazzardo O, Campos W de. Association Between Physical Activity and Quality of Life in the Elderly: a Systematic Review, 2000-2012. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz 1999*. 2014 Mar;36(1):76–88.
29. Katula JA, Rejeski WJ, Marsh AP. Enhancing Quality of Life in Older Adults: A Comparison of Muscular Strength and Power Training. *Health Qual Life Outcomes*. 2008 Jun 13;6:45.
30. Lobo A, Santos P, Carvalho J, Mota J. Relationship Between Intensity of Physical Activity and Health-related Quality of Life in Portuguese Institutionalized Elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 2008 Dec;8(4):284–90.

31. White SM, Wójcicki TR, McAuley E. Physical Activity and Quality of Life in Community Dwelling Older Adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2009 Feb 6;7:10.
32. Komisi Nasional Lanjut Usia. *Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia*. Komisi Nasional Lanjut Usia RI; 2010.
33. Leitner MJ, Leitner SF. *Leisure in Later Life*. 4th ed. USA: Saga Publishing; 2012.
34. Abikusno N. *Active Ageing (Terj.)*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia RI; 2008. 10-11 p.
35. World Health Organization. *Gender, Health, and Ageing, Gender and Health*. WHO; 2003.
36. de Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, Damiani G, Sicuro L, Cicchetti A, et al. Factors Associated with Health-related Quality of Life: the Role of Social Relationships Among the Elderly in an Italian Region. *Public Health*. 2008 Aug;122(8):784–93.
37. Nurhasanah N, Kushadiwijaya H, Marchira C. Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup pada Masyarakat Daerah Bencana Pasca Gempa Bumi di Kabupaten Sleman Tahun 2008. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2009;25(1):1–8.
38. Durso SC, Bowker LK, Prince JD, Smith SC. *Oxford American Handbook of Geriatric Medicine*. New York: Oxford University Press; 2010. 10-31, 274-277 p.
39. Walston J. *Aging*. In: *Oxford American Handbook of Geriatric Medicine*. Durso SC, Bowker LK, Price JD, Smith SC, editors. USA: Oxford University Press; 2010. 1-11 p.
40. Rapley M. *Quality of Life Research*. New Delhi: Sage Publication; 2003.
41. Capezuti EA, Siegler EL, Mezey MD. *The Encyclopedia of Elder Care: the Comprehensive Resource on Geriatric and Social Care*. 2nd ed. New York: Springer; 2008. 429-432 p.
42. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's Manual of Medicine*. 16th ed. USA: Mc Graw Hill; 2005. 616-621 p.
43. United Nations Centre for Human Settlements. *Improving The Quality of Life of The Elderly and Disabled People in Human Settlements*. Vol. 1. Nairobi: United Nations; 1993. 1-11 p.