

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN STATUS BEKERJA DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA  
SEBAGAI KEPALA KELUARGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
SEMBAYAT GRESIK**

**PENELITIAN KORELASIONAL**



**Oleh :  
RETNO DEWI ANGGRAINI  
NIM. 131411131059**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2018**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN STATUS BEKERJA DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA  
SEBAGAI KEPALA KELUARGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
SEMBAYAT GRESIK**

**PENELITIAN KORELASIONAL**

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Pendidikan Ners  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

**RETNO DEWI ANGGRAINI**  
**NIM. 131411131059**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2018**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 3 Agustus 2018  
Yang Menyatakan



RETNO DEWI ANGGRAINI  
NIM. 131411131059

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

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

Nama : Retno Dewi Anggraini  
NIM : 131411131059  
Program Studi : Pendidikan Ners  
Fakultas : Keperawatan  
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :  
**“Hubungan Status Bekerja dengan Kualitas Hidup Lansia sebagai Kepala Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sembayat Gresik”**  
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alih media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.  
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 3 Agustus 2018  
Menyatakan



Retno Dewi Anggraini  
NIM. 131411131059

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN STATUS BEKERJA DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA  
SEBAGAI KEPALA KELUARGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
SEMBAYAT GRESIK**

Oleh:  
Retno Dewi Anggraini  
NIM. 131411131059

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 3 AGUSTUS 2018

Oleh:  
Pembimbing Ketua



Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.  
NIP. 196306081991031002

Pembimbing



Sylvia Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns., M.Kep.  
NIP. 198610262015042003

Mengetahui,  
a.n Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.  
NIP. 196808291989031002


**SKRIPSI**


**HUBUNGAN STATUS BEKERJA DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA  
SEBAGAI KEPALA KELUARGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
SEMBAYAT GRESIK**


Oleh:  
Retno Dewi Anggraini  
NIM. 131411131059

Telah diuji  
Pada tanggal, 7 Agustus 2018

**PANITIA PENGUJI**

Ketua : Eka Mishbahatul, M.Has.S.Kep.Ns.,M.Kep. (.....)  
NIP. 198509112012122001

Anggota : 1. Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si. (.....)  
NIP. 196306081991031002

2. Sylvia Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns.,M.Kep. (.....)  
NIP. 198610262015042003

Mengetahui  
Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga



Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes.  
NIP. 196808291989031002



## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Hubungan Status Bekerja dengan Kualitas Hidup Lansia sebagai Kepala Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sembayat Gresik**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini izinkanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada Bapak Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si. selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan dukungan dan bimbingan kepada penulis selama penyusunan skripsi ini. Ibu Sylvia Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns.,M.Kep. selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan dukungan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Tak lupa penulis juga ucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas bagi penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Bapak Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes., selaku wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan motivasi untuk menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
3. Ibu Eka Mishbahatul, M.Has, S.Kep., Ns., M .Kep., selaku penguji sidang proposal dan selaku ketua penguji sidang skripsi yang telah memberikan saran dan masukan demi kesempurnaan skripsi ini.
4. Civitas akademik Fakultas Keperawatan yang telah membantu dan memfasilitasi segala kebutuhan selama proses pembuatan skripsi ini.
5. Kedua orang tua saya (Bapak Sufagiono dan Ibu Uswatun Khasanah) tersayang yang telah memberikan motivasi, semangat, doa, dukungan moral dan materiil dalam menyelesaikan skripsi ini.

6. Kepala UPT Puskesmas Sembayat Gresik dan Kepala Desa Sembayat yang telah memberikan izin penelitian dan bantuan selama proses penelitian berlangsung.
7. Teman-teman Fakultas Keperawatan Angkatan 2014 yang telah setia menemani selama 4 tahun dalam menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
8. Seluruh responden yang telah bersedia dan meluangkan waktunya untuk membantu dalam penelitian ini dan seluruh pihak yang tidak dapat saya sebut namanya satu persatu atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Harapan penulis semoga skripsi yang mungkin masih jauh dari sempurna ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan untuk perkembangan keperawatan.

Surabaya, 3 Agustus 2018

Penulis



**ABSTRACT**

The Correlation between Working Status and Quality of Life Elderly's as Head of Family at Puskesmas Sembayat Gresik

CORRELATION STUDY

By: Retno Dewi Anggraini

**Introduction:** Statistic Center in 2017 showed the main activity of the elderly is mostly work 47.92%. Quality of life is the main target of health development achievement. Quality of life is an indicator of welfare. Work is a one of elderly health and welfare karakteristik. This study was aimed to determine the quality of life of elderly people who is still working. **Methods:** This study is classified as a correlational study. The study used cross sectional design. The population under study are elderly in Sembayat working area of the health center with total 164 people. Sampling method are purposive sampling method. Data variables in this study are working status as independent variables and elderly quality of life as independent variables. Collecting data using questionnaires and data analysis using statistical test of chi square with significance value  $\alpha = 0.05$ . **Result:** The result of Statistical tests of chi square between working status with the quality of life of elderly as a head of family domain 1 (physical) obtained yield was 0.939, with domain 2 (psychological) obtained yield was 0,699, with domain 3 (social) obtained yield was 0,162 and the domain 4 (environment) obtained yield was 0.290. **Discussion:**  $\alpha$  score in every domains of quality of life, that is physical, psychology, social, and environment  $\geq 0,05$  showed that there is no significant correlation between working status with elderly quality of life as a head of family in sembayat working area of the health center.

**Keywords:** working status, quality of life, elderly

**DAFTAR ISI**

Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Halaman Pernyataan.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract .....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Lansia .....	7
2.1.1 Definisi .....	7
2.1.2 Batasan Usia .....	7
2.1.3 Teori Proses Menua.....	8
2.1.4 Perubahan pada Lansia .....	11
2.1.5 Lansia sebagai Kepala Keluarga.....	19
2.2 Status Bekerja Lansia .....	20
2.2.1 Definisi Bekerja.....	20
2.2.2 Status Pekerjaan.....	20
2.2.3 Jam Kerja Layak.....	22
2.2.4 Pendapatan.....	22
2.3 Kualitas Hidup Lansia .....	23
2.3.1 Definisi Kualitas Hidup .....	23
2.3.2 Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup .....	24
2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup.....	26
2.3.4 Domain Kualitas Hidup .....	27
2.4 Keaslian Penelitian .....	29
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN .....</b>	<b>36</b>
3.1 Kerangka Konseptual .....	36
3.2 Hipotesis .....	37
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>38</b>
4.1 Desain Penelitian .....	38

4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling.....	38
4.2.1 Populasi .....	38
4.2.2 Sampel .....	39
4.2.3 Teknik Sampling.....	39
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	40
4.3.1 Variabel Independen (Bebas) .....	40
4.3.2 Variabel Dependen (Terikat) .....	40
4.3.3 Definisi Operasional .....	40
4.4 Alat dan Bahan Penelitian .....	41
4.5 Instrumen Penelitian.....	42
4.6 Lokasi dan Waktu.....	43
4.7 Validitas dan Reabilitas.....	43
4.8 Prosedur Pengambilan dan Pengolahan Data.....	45
4.9 Analisis Data .....	46
4.10 Kerangka Operasional .....	49
4.11 Etik Penelitian .....	49
4.11.1 Respect Human Dignity.....	50
4.11.2 Right to Justice .....	50
4.12 Keterbatasan Penelitian .....	51
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>52</b>
5.1 Hasil Penelitian .....	52
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	52
5.1.2 Karakteristik Demografi Responden .....	55
5.1.3 Variabel yang Diukur .....	56
5.2 Pembahasan.....	59
5.2.1 Status Bekerja Lansia sebagai Kepala Keluarga .....	59
5.2.2 Kualitas Hidup Lansia sebagai Kepala Keluarga .....	60
5.2.3 Hubungan Status Bekerja dengan Kualitas Hidup Lansia sebagai Kepala Keluarga.....	62
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>65</b>
6.1 Simpulan.....	65
6.2 Saran.....	65
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>68</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN .....</b>	<b>71</b>

**DAFTAR TABEL**

Tabel	2.1	Kata kunci pencarian literatur .....	30
Tabel	2.2	Keaslian penelitian .....	30
Tabel	4.1	Definisi Operasional variabel yang diteliti .....	40
Tabel	5.1	Distribusi frekuensi data demografi responden lansia di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik pada bulan Juli 2018.....	55
Tabel	5.2	Tabulasi hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga domain 1 (Kesehatan Fisik) di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik pada bulan Juli 2018 .....	56
Tabel	5.3	Tabulasi hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga domain 2 (Psikologis) di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik pada bulan Juli 2018.....	57
Tabel	5.4	Tabulasi hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga domain 3 (Sosial) di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik pada bulan Juli 2018.....	58
Tabel	5.5	Tabulasi hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga domain 4 (Lingkungan) di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik pada bulan Juli 2018.....	58

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik (Adopsi teori World Health Organization Quality of Life 1996) .....	36
Gambar 4.1 Bagan kerangka operasional .....	49
Gambar 5.1 Peta wilayah kerja Puskesmas Sembayat .....	53

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Lembar surat keterangan lolos etik.....	69
Lampiran 2 Lembar surat izin penelitian .....	70
Lampiran 3 Lembar penjelasan dan persetujuan responden penelitian .....	75
Lampiran 5 Lembar instrumen penelitian .....	79
Lampiran 6 Tabulasi data responden .....	85
Lampiran 7 Distribusi frekuensi responden .....	104
Lampiran 8 Hasil uji statistik .....	106

**DAFTAR SINGKATAN**

ACTH	: Adrenal Corticotropin Hormone
ART	: Anggota Rumah Tangga
BAKESBANGPOL	: Badan Kesatuan Bangsa dan politik
BAPPEDA	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
BPS	: Badan Pusat Statistika
BUN	: Blood Urean Nitrogen
DNA	: Deoxyribo Nucleid Acid
FSH	: Follicle Stimulating Hormone
ILO	: International Labour Organization
JAMKESMAS	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
KK	: Kepala Keluarga
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
KRT	: Kepala Rumah Tangga
LH	: Lituenizing Hormon
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rating Scale
SPMSQ	: Short Portable Mental Status Quesionnaire
TSH	: Tyroid Stimulating Hormon
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
UV	: Ultraviolet
WHO	: World Health Organization
WHOQoL	: World Health Organization Quality of Life



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Kualitas hidup merupakan sasaran utama ketercapaian pembangunan kesehatan. Kualitas hidup juga merupakan indikator kesejahteraan. Kemampuan bekerja merupakan salah satu karakteristik kesehatan dan kesejahteraan lansia (Nursalam, 2017). Berdasarkan wawancara yang dilakukan peneliti pada hari Sabtu 21 April 2018, 4 dari 7 lansia masih menjadi kepala rumah tangga dan masih bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup dan keluarga. Namun hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga masih perlu di pelajari.

United Nations and Department of Economic and Social Affairs Population Division (2017) menyatakan jumlah lansia diperkirakan akan meningkat dua kali lipat pada 2050, dengan proyeksi mencapai hampir 2,1 miliar. Populasi global lansia pada tahun 2017 berjumlah 962 juta, dua kali lebih besar dari tahun 1980 dengan jumlah 382 juta lansia di seluruh dunia. Jumlah lansia terbanyak berada di wilayah Asia dengan jumlah 549 juta jiwa. Secara global, Indonesia berada pada peringkat ke-8 dengan jumlah lansia 22,7 juta atau 8,6% dari total keseluruhan dan diperkirakan akan meningkat menjadi 61,7 juta pada tahun 2050. Kemenkes RI (2017) menyatakan wilayah Indonesia dengan presentase lansia terbesar terdapat di tiga provinsi yaitu DI Yogyakarta (13,81%), Jawa Tengah (12,59%) dan Jawa Timur (12,25%). Salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Timur adalah Kabupaten Gresik dengan jumlah lansia 108 ribu jiwa. Sekitar 79,6% lansia mendapatkan pelayanan kesehatan, yang artinya dari 108 ribu lansia terdapat 86

ribu jiwa yang mengalami mengalami kesakitan. Berdasarkan tipe daerahnya, derajat kesehatan lansia yang tinggal di perkotaan cenderung lebih baik dibandingkan tinggal di pedesaan, dengan perbandingan presentase angka kesakitan di perkotaan 24,74% dan pedesaan 28,66%. Berdasarkan data Badan Pusat Statistika (2017) menunjukkan kegiatan utama lansia sebagian besar mengurus rumah tangga 32,85%, bekerja 47,92% dan lainnya 18,49%. Sementara itu, proporsi lansia yang bekerja di pedesaan (55,34%) lebih besar daripada perkotaan (40,93%). Sebagian besar lansia bekerja pada sektor pertanian (55,18%), diikuti sektor perdagangan (19,85%), jasa (8,26%), industri (9,13%) dan sektor lainnya (7,58%). Sedangkan bila dilihat dari status pekerjaannya terdapat 28,02% lansia berusaha sendiri, 37,66% berusaha dibantu buruh, 10,51% menjadi buruh/karyawan, 11,3% pekerja bebas, 12,48% pekerja keluarga/ tidak dibayar. Berdasarkan studi pendahuluan terdapat 1956 lansia pada 11 Desa yang terdaftar di wilayah kerja Puskesmas Sembayat. Jumlah lansia terbanyak berada di Desa Sembayat yaitu 390 lansia.

Menurut hasil wawancara yang dilakukan peneliti pada 7 lansia yang bekerja dengan profesi yang berbeda, didapatkan 4 lansia menyatakan masih bekerja karena harus memenuhi kebutuhan hidupnya. Lansia yang masih bekerja mengungkapkan memiliki masalah kesehatan dan merasa stres karena mereka masih harus bekerja demi mencukupi kebutuhan finansial yang semakin tinggi. Hal ini dikarenakan lansia mengalami penurunan kondisi fisik dan juga masalah psikologis. Pada usia lanjut, seseorang tidak hanya harus menjaga kesehatan fisik tetapi juga harus menjaga kondisi mentalnya agar dapat menghadapi perubahan-perubahan yang mereka alami (Islamiyah et al, 2013). Peningkatan jumlah lansia

setiap tahun secara otomatis berpengaruh terhadap bertambahnya jumlah rumah tangga yang dihuni oleh lansia. Selama empat tahun terakhir, rumah tangga lansia bertambah hampir dua persen (dari 24,5% menjadi 26,35%), di mana 60% di antaranya menjadikan lansia sebagai kepala rumah tangga. Hampir separuh lansia Indonesia (47,92 persen) masih aktif bekerja di usia yang sudah senja. Keputusan untuk bekerja tersebut dapat merupakan bentuk aktualisasi diri lansia atau suatu keterpaksaan karena adanya desakan ekonomi. Sementara itu, dilihat dari stabilitas pekerjaan, sebesar 40,5% lansia tergolong sebagai *vulnerable employment*, yaitu mereka yang berstatus bekerja sebagai pekerja keluarga/tidak dibayar dan berusaha sendiri. Lansia yang tergolong dalam jenis pekerjaan ini lebih rentan terhadap siklus ekonomi yang buruk. Besarnya persentase lansia bekerja tidak didukung dengan upah yang memadai. Sebesar 51,14% lansia mendapatkan pendapatan kurang dari 1 juta per bulan dengan jumlah yang tidak menentu dan pada akhirnya berpengaruh pada tingkat kesejahteraan lansia. Selain dari segi upah, jam kerja lansia pun memprihatinkan. Satu dari empat lansia bekerja melebihi jam kerja normal, yaitu 48 jam (Badan Pusat Statistika, 2017). Melalui fakta ini, bisa dibayangkan bagaimana kualitas tenaga kerja lansia dalam mempertahankan kualitas hidup mereka.

Kualitas hidup mengkaji aspek kekayaan, pekerjaan, lingkungan binaan, fisik dan kesehatan mental, pendidikan, rekreasi dan waktu luang (Widagdo, 2015 dalam Lumanauw et al., 2017). Kualitas hidup lebih menekankan pada persepsi terkait dengan kepuasan terhadap posisi dan keadaan lansia di dalam hidupnya, dan cenderung dipengaruhi oleh sejauh mana tercapainya kebutuhan ekonomi dan sosial, serta perkembangan lansia dalam kehidupannya (Yuliati et al, 2014).

Berdasarkan hal tersebut dapat diketahui bahwa perilaku bekerja lansia untuk memenuhi kebutuhan dapat mempengaruhi kualitas hidup yang dimiliki lansia. Hal ini didukung oleh teori Quality of Life oleh WHO dalam Nursalam (2017) yaitu Kualitas hidup memiliki 4 dimensi yang memengaruhi diantaranya kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Pada dimensi kesehatan fisik, salah satu aspek yang memiliki pengaruh adalah kapasitas pekerjaan yang dimiliki individu. Selain itu dimensi lingkungan ditunjukkan dengan kondisi lansia sebagai kepala keluarga yang memiliki tanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga. Hal tersebut turut memengaruhi terhadap kesehatan psikologis dan hubungan sosial yang dimiliki lansia. Kondisi lansia yang menjadi tulang punggung keluarga dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup yang dimiliki seorang lansia. Semakin rendahnya kualitas hidup lansia dapat menimbulkan dampak seperti munculnya penyakit-penyakit degeneratif, yang akan memengaruhi menurunnya produktifitas serta kehidupan sosial lansia (Amareta, 2008 dalam Ika et al, 2012).

Berdasarkan data dan teori yang mendukung latar belakang penelitian ini, peneliti memandang perlu untuk melakukan penelitian tentang hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai indikator dasar untuk mengetahui tingkat kualitas hidup lansia bagi Keperawatan Komunitas dan Gerontik. Selain itu, penelitian ini juga perlu diketahui oleh masyarakat agar dapat dijadikan sumber informasi bahwa status bekerja memiliki hubungan dengan kualitas hidup yang dimiliki lansia.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menjelaskan hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dalam penelitian ini antara lain:

- 1) Mengidentifikasi status bekerja pada lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik.
- 2) Mengidentifikasi kualitas hidup pada lansia sebagai kepala keluarga yang bekerja di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik.
- 3) Menganalisis hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah input pengetahuan khususnya bagi perawat Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik terutama yang berhubungan dengan kualitas hidup lansia.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Responden

Menjadi sumber informasi dan menambah pengetahuan mengenai pentingnya memiliki kualitas hidup yang baik di masa lanjut usia. Dengan mengetahui bahwa kualitas hidup yang dimiliki berhubungan dengan status bekerja karena dapat berpengaruh pada peningkatan atau penurunan kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan lansia, maka lansia akan memiliki kesadaran agar selalu menjaga aspek-aspek yang mempengaruhi agar memiliki kualitas hidup yang baik.

2) Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi oleh Puskesmas, bahwa status bekerja yang dimiliki lansia memiliki hubungan dengan kualitas hidup lansia.

3) Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai indikator untuk mengetahui tingkat kualitas hidup lansia.

4) Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi dasar pengembangan penelitian selanjutnya terkait dengan faktor yang memiliki hubungan dengan kualitas hidup lansia.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Lansia**

##### **2.1.1 Definisi**

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas (Kemenkes RI, 2017). Lansia merupakan suatu bagian dari tumbuh kembang dari mulai bayi, anak-anak, dewasa, dan tua. Lansia mengalami perubahan yang bersifat normal baik dari segi fisik, maupun psikis. Perubahan itu meliputi perubahan fisik, kognitif, dan psikososial secara bertahap (Azizah, 2011). Lansia atau usia lanjut merupakan tahap akhir dari siklus kehidupan manusia dan hal tersebut merupakan bagian dari proses kehidupan yang tidak dapat dihindarkan dan akan dialami oleh setiap individu (Prasetya, 2010). Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun ke atas baik pria maupun wanita, yang masih aktif beraktivitas dan bekerja ataupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafkah sendiri sehingga bergantung kepada orang lain untuk menghidupi dirinya (Tamher, 2009). Kesimpulannya lansia merupakan seseorang berumur 60 tahun ke atas baik itu pria maupun wanita masih aktif beraktifitas atau sudah tidak berdaya yang telah mencapai tahap akhir pertumbuhan dan perkembang serta mengalami perubahan fisik, psikis, psikologis secara bertahap.

##### **2.1.2 Batasan Usia**

Menurut World Health Organization (WHO) lansia dibagi menjadi beberapa golongan yaitu: Lanjut usia (elderly) 60-74 tahun, Lanjut usia tua (old) 75-90 tahun, dan Usia sangat tua (very old) diatas 90 tahun. Departemen Kesehatan RI



menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori usia yaitu usia lanjut presenilis 45-59 tahun, usia lanjut yaitu 60 tahun ke atas, dan usia lanjut beresiko yaitu 70 tahun ke atas (Susilowati, 2016).

### **2.1.3 Teori Proses Menua**

Berbagai penelitian dibidang gerontologi dasar selama 20 tahun terakhir telah berhasil memunculkan teori baru mengenai proses menua. Beberapa teori tentang penuaan yang dapat diterima saat ini, antara lain :

#### **1. Teori biologis**

##### **1) Teori radikal bebas**

Teori radikal bebas pertama kali diperkenalkan oleh Denham Harman pada tahun 1956, yang menyatakan bahwa proses menua adalah proses yang normal, merupakan akibat kerusakan jaringan oleh radikal bebas. Radikal bebas adalah senyawa kimia yang berisi elektron tidak berpasangan. Karena elektronnya tidak berpasangan, secara kimiawi radikal bebas akan mencari pasangan elektron lain dengan bereaksi dengan substansi lain terutama protein dan lemak tidak jenuh. Sebagai contoh, karena membran sel mengandung sejumlah lemak, ia dapat bereaksi dengan radikal bebas sehingga membran sel mengalami perubahan. Akibat perubahan pada struktur membran tersebut membran sel menjadi lebih permeabel terhadap beberapa substansi dan memungkinkan substansi tersebut melewati membran secara bebas. Struktur didalam sel seperti mitokondria dan lisosom juga diselimuti oleh membran yang mengandung lemak, sehingga mudah diganggu oleh radikal bebas. Sebenarnya tubuh diberi kekuatan untuk melawan

radikal bebas berupa antioksidan yang diproduksi oleh tubuh sendiri, namun antioksidan tersebut tidak dapat melindungi tubuh dari kerusakan akibat radikal bebas tersebut (Setiati et al., 2009).

#### 2) Teori imunologis

Menurut Potter dan Perry dalam Marta (2012) penurunan atau perubahan dalam keefektifan sistem imun berperan dalam penuaan. Tubuh kehilangan kemampuan untuk membedakan proteinnya sendiri dengan protein asing sehingga sistem imun menyerang dan menghancurkan jaringannya sendiri pada kecepatan yang meningkat secara bertahap. Disfungsi sistem imun ini menjadi faktor dalam perkembangan penyakit kronis seperti kanker, diabetes, dan penyakit kardiovaskular, serta infeksi.

#### 3) Teori DNA repair

Teori ini dikemukakan oleh Hart dan Setlow. Mereka menunjukkan bahwa adanya perbedaan pola laju perbaikan (repair) kerusakan DNA yang diinduksi oleh sinar ultraviolet (UV) pada berbagai fibroblas yang dikultur. Fibroblas pada spesies yang mempunyai umur maksimum terpanjang menunjukkan laju DNA repair terbesar dan korelasi ini dapat ditunjukkan pada berbagai mamalia dan primata (Setiati et al., 2009).

#### 4) Teori genetika

Teori sebab akibat menjelaskan bahwa penuaan terutama di pengaruhi oleh pembentukan gen dan dampak lingkungan pada pembentukan kode genetik. Stanley & Beare menyatakan bahwa teori genetika adalah suatu proses yang secara tidak sadar diwariskan yang berjalan dari waktu ke

waktu mengubah sel atau struktur jaringan. Dengan kata lain, perubahan rentang hidup dan panjang usia ditentukan sebelumnya (Putri, 2013).

5) Teori wear-and-tear

Teori wear-and-tear (dipakai dan rusak) mengusulkan bahwa akumulasi sampah metabolik atau zat nutrisi dapat merusak sintesis DNA, sehingga mendorong malfungsi organ tubuh. Pendukung teori ini percaya bahwa tubuh akan mengalami kerusakan berdasarkan suatu jadwal. Sebagai contoh adalah radikal bebas, radikal bebas dengan cepat dihancurkan oleh sistem enzim pelindung pada kondisi normal (Putri, 2013).

2. Teori Psikososial

1) Teori disengagement

Teori disengagement (teori pemutusan hubungan), menggambarkan proses penarikan diri oleh lansia dari peran masyarakat dan tanggung jawabnya. Proses penarikan diri ini dapat diprediksi, sistematis, tidak dapat dihindari, dan penting untuk fungsi yang tepat dari masyarakat yang sedang tumbuh. Lansia dikatakan bahagia apabila kontak sosial berkurang dan tanggung jawab telah diambil oleh generasi lebih muda (Putri, 2013).

2) Teori aktivitas

Teori ini menegaskan bahwa kelanjutan aktivitas dewasa tengah penting untuk keberhasilan penuaan. Menurut Lemon et al dalam

Marta, (2012) orang tua yang aktif secara sosial lebih cenderung menyesuaikan diri terhadap penuaan dengan baik.

#### **2.1.4 Perubahan pada Lansia**

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah, 2011). Berikut merupakan perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia yaitu :

##### **1. Perubahan fisik**

Berikut merupakan perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada lansia (Maryam et al., 2008) :

##### **1) Sel**

Lebih sedikit jumlahnya, lebih besar ukurannya, berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler, menurunnya proporsi protein di otak, otot ginjal darah, dan hati, jumlah sel otak menurun, terganggunya mekanisme perbaikan sel, otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5 – 10%.

##### **2) Sistem persarafan**

Berat otak menurun 10 – 20% (setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya), cepatnya menurun hubungan persyarafan, lambat dalam responden waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres, mengecilnya syaraf panca indra (berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf pencium dan perasa, lebih sensitif

terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin), kurang sensitif terhadap sentuhan.

3) Presbiakusis (gangguan pada pendengaran)

Hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi suara atau nada–nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata–kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun, membrane timpani menjadi atrofi menyebabkan otot seklerosis, terjadinya pengumpulan serumen dapat mengeras karena meningkatnya keratin, pendengaran bertambah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa atau stress.

4) Sistem penglihatan

Sfingter pupil timbul sclerosis dan hilangnya respon terhadap sinar kornea lebih terbentuk sferis (bola), lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak menyebabkan gangguan penglihatan, meningkatnya ambang pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, dan susah melihat dalam cahaya gelap, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang (berkurang luas pandang), menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau pada skala.

5) Sistem kardiovaskuler Elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan merunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi,

perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg (mengakibatkan pusing mendadak  $\pm 170$  mmHg, diastolis normal  $\pm 90$  mmHg).

6) Sistem pengaturan temperatur tubuh

Pada pengaturan suhu hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu thermostat, yaitu menetapkan suatu suhu tertentu, kemunduran terjadi berbagai faktor yang mempengaruhinya. Sebagai akibat sering ditemui temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologik  $\pm 35^{\circ}\text{C}$  ini akibat metabolisme yang menurun, keterbatasan refleks menggigil dan tidak memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktifitas otot.

7) Sistem respirasi

Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku menurunnya aktifitas dari silia, paru-paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun, alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang,  $\text{O}_2$  pada arteri menurun menjadi 75 mmHg,  $\text{CO}_2$  pada arteri tidak terganti, kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan penambahan usia.

8) Sistem gastrointestinal

Kehilangan gigi penyebab utama adanya periodontal diase yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi

yang buruk dan gizi yang buruk, indera pengecap menurun adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atrofi indera pengecap ( $\pm 80\%$ ) hilangnya sensitivitas dari saraf pengecap dilidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitivitas dari saraf pengecap tentang rasa asin, asam dan pahit, esophagus melebar, rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun, peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi, fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu), liver (hati) makin mengecil dan merunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

9) Sistem reproduksi

Menciutnya ovarium dan uterus, atrofi payudara, pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur, dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik) yaitu kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia, hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual, tidak perlu cemas karena merupakan perubahan alami, selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan-perubahan warna.

10) Sistem gastourinaria

Ginjal merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah ke ginjal, disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus), kemudian mengecil



dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, fungsi tubulus akibatnya berkurangnya kemampuan mengkonsentrasikan urin, berat jenis urin menurun proteinuria (biasanya +1), BUN (Blood Urea Nitrogen) meningkatkan sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat, vesika urinaria (kandung kemih) ototnya menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat, vesika urinaria sudah dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga mengakibatkan meningkatkan retensi urin, pembesaran prostat  $\pm 75\%$  dialami oleh pria usia di atas 65 tahun, atrovi vulva dan vagina, orang-orang yang makin menua sexual intercourse cenderung secara bertahap tiap tahun tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmati berjalan terus sampai tua.

#### 11) Sistem endokrin

Produksi dari hampir semua hormon menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, pertumbuhan hormon ada tetapi tidak rendah dan hanya ada didalam pembuluh darah, berkurangnya produksi dari ACTH, TSH, FSH, dan LH, menurunnya aktifitas tiroid, menurunnya BMR (basal metabolic rate), dan menurunnya daya pertukaran zat, menurunnya produksi aldosteron, menurunnya sekresi hormon kelamin, misalnya progesteron, estrogen, dan testosteron.

#### 12) Sistem kulit (integumentary system)

Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, permukaan kulit kasar dan bersisik (karena kehilangan proses kratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis), menurunnya

respon terhadap trauma, mekanisme proteksi kulit menurun yaitu produksi serum menurun, gangguan pigmentasi kulit, kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu, rambut dalam hidung dan telinga menebal, berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi, pertumbuhan kuku lebih lambat, kuku jari menjadi lebih keras dan rapuh, kuku kaki bertumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk, kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya, kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.

### 13) Sistem muskuloskeletal (musculoskeletal system)

Dewasa lansia yang melakukan aktifitas secara teratur tidak kehilangan massa atau tonus otot dan tulang sebanyak lansia yang tidak aktif. Serat otot berkurang ukurannya. Dan kekuatan otot berkurang sebanding penurunan massa otot. Penurunan massa dan kekuatan otot, demineralisasi tulang, pemendekan fosa akibat penyempitan rongga intravertebral, penurunan mobilitas sendi, tonjolan tulang lebih meninggi (terlihat). Tulang kehilangan density (cairan) dan makin rapuh, kifosis pinggang, pergerakan lutut dan jari-jari pergelangan terbatas, discus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang), persendian membesar dan menjadi rapuh, tendon mengerut dan mengalami sclerosis, atrofian serabut otot sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot-otot kram menjadi tremor, otot-otot polos tidak begitu berpengaruh.

## 2. Perubahan Kognitif

Menurut Azizah (2011) perubahan kognitif yang terjadi pada lansia adalah sebagai berikut:

### 1) Memory (Daya Ingat)

Daya ingat pada lanjut usia sering kali menjadi fungsi kognitif pertama yang mengalami penurunan. Ingatan jangka panjang (long term memory) kurang mengalami kemunduran, namun ingatan jangka pendek (short term memory) atau sekitar 0 – 10 menit mengalami penurunan.

### 2) Kemampuan Belajar Pemahaman (Comprehension)

Kemampuan pemahaman pada lansia mengalami penurunan. Hal ini dipengaruhi oleh konsentrasi dan fungsi pendengaran yang menurun juga. Perlu ada teknik komunikasi lain untuk mengurangi kesalahan dalam penerimaan informasi seperti dengan mendekatkan badan, menggunakan bahasa tubuh, dan kontak mata.

### 3) Pemecahan Masalah (Problem Solving)

Lansia mengalami masalah yang semakin banyak. Masalah yang dahulu terasa mudah, kini menjadi sulit dipecahkan karena penurunan fungsi indera. Faktor lain yang mendukung menurunnya kemampuan pemecahan masalah adalah penurunan daya ingat serta pemahaman sehingga pemecahan masalah menjadi lebih lama.

### 4) Pengambilan Keputusan (Decision Making)

Pengambilan keputusan merupakan bagian dari pemecahan masalah. Pengambilan keputusan pada umumnya melibatkan pengumpulan data,

analisa, pertimbangan, penentuan alternatif yang positif. Akibat terjadinya penurunan pada aspek – aspek pengambilan keputusan, maka kecepatan dalam mengambil keputusan menjadi lebih lama.

### 3. Perubahan Psikososial

(Susilowati, 2016) menyatakan terdapat 6 perubahan psikososial yang terjadi pada lansia yaitu:

#### 1) Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

#### 2) Duka cita (Bereavement)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

#### 3) Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

#### 4) Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif,

gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

5) Parafrenia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

6) Sindroma Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

### **2.1.5 Lansia sebagai Kepala Keluarga**

Kepala keluarga atau kepala rumah tangga (KRT) adalah salah seorang dari anggota rumah tangga (ART) yang bertanggung jawab atas pemenuhan kebutuhan sehari-hari di rumah tangga atau orang yang dituakan/ dianggap/ ditunjuk sebagai KRT. Peran sebagai KRT merupakan sebuah tugas yang paling berat sebab KRT adalah orang yang bertanggung jawab atas pemenuhan kebutuhan sehari-hari di rumah tangga. Kedudukan KRT juga sangat penting dalam menentukan kelangsungan dan keberadaan rumah tangga. Lansia yang menjadi KRT akan memiliki beban tanggung jawab yang besar dalam kehidupan keluarga, seperti secara ekonomi bertugas untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota rumah

tangga serta harus mengatur, memimpin, serta berperan sebagai pengambil keputusan (Badan Pusat Statistika, 2014).

## **2.2 Status Bekerja Lansia**

### **2.2.1 Definisi Bekerja**

Menurut Badan Pusat Statistika (2016) bekerja adalah kegiatan ekonomi yang dilakukan oleh seseorang dengan maksud memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan atau keuntungan, paling sedikit 1 jam (tidak terputus) dalam seminggu yang lalu.

### **2.2.2 Status Pekerjaan**

Menurut Badan Pusat Statistik (2017), status pekerjaan adalah jenis kedudukan seseorang dalam melakukan pekerjaan di suatu unit usaha/kegiatan. Sejak tahun 2001 status pekerjaan dibedakan menjadi 6 kategori utama yaitu:

1. Berusaha sendiri, adalah bekerja atau berusaha dengan menanggung resiko secara ekonomis, yaitu dengan tidak kembalinya ongkos produksi yang telah dikeluarkan dalam rangka usahanya tersebut, serta tidak menggunakan buruh tetap/tidak tetap.
2. Berusaha dibantu buruh, adalah bekerja atau berusaha atas resiko sendiri dengan menggunakan buruh tetap/ tidak tetap.
3. Buruh/Karyawan/Pegawai, adalah seseorang yang bekerja pada orang lain atau instansi/kantor/perusahaan secara tetap dengan menerima upah/gaji baik berupa uang maupun barang. Buruh yang tidak mempunyai majikan tetap, tidak digolongkan sebagai buruh/karyawan, tetapi sebagai pekerja

bebas. Seseorang dianggap memiliki majikan tetap jika memiliki 1 (satu) majikan (orang/rumah tangga) yang sama dalam sebulan terakhir, khusus pada sektor bangunan batasannya tiga bulan. Apabila majikannya instansi/lembaga, boleh lebih dari satu.

4. Pekerja bebas di pertanian, adalah seseorang yang bekerja pada orang lain/majikan/institusi yang tidak tetap (lebih dari 1 majikan dalam sebulan terakhir) di usaha pertanian baik berupa usaha rumah tangga maupun bukan usaha rumah tangga atas dasar balas jasa dengan menerima upah atau imbalan baik berupa uang maupun barang, dan baik dengan sistem pembayaran harian maupun borongan. Usaha pertanian meliputi: pertanian tanaman pangan, perkebunan, kehutanan, peternakan, perikanan dan perburuan, termasuk juga jasa pertanian.
5. Pekerja bebas di nonpertanian, adalah seseorang yang bekerja pada orang lain/majikan/institusi yang tidak tetap (lebih dari 1 majikan dalam sebulan terakhir), di usaha non pertanian dengan menerima upah atau imbalan baik berupa uang maupun barang dan baik dengan sistem pembayaran harian maupun borongan. Usaha non pertanian meliputi: usaha di sektor pertambangan, industri, listrik, gas dan air, sektor konstruksi/ bangunan, sektor perdagangan, sektor angkutan, pergudangan dan komunikasi, sektor keuangan, asuransi, usaha persewaan bangunan, tanah dan jasa perusahaan, sektor jasa kemasyarakatan, sosial dan perorangan.
6. Pekerja keluarga/ tak dibayar adalah seseorang yang bekerja membantu orang lain yang berusaha dengan tidak mendapat upah/gaji, baik berupa uang maupun barang. Pekerja tak dibayar tersebut dapat terdiri dari:



- 1) Anggota rumah tangga dari orang yang dibantunya, seperti istri/anak yang membantu suaminya/ayahnya bekerja di sawah dan tidak dibayar.
- 2) Bukan anggota rumah tangga tetapi keluarga dari orang yang dibantunya, seperti famili yang membantu melayani penjualan di warung dan tidak dibayar.
- 3) Bukan anggota rumah tangga dan bukan keluarga dari orang yang dibantunya, seperti orang yang membantu menganyam topi pada industri rumah tangga tetangganya dan tidak dibayar.

### **2.2.3 Jam Kerja Layak**

Seiring dengan penurunan kondisi fisik, lansia selayaknya tidak bekerja secara berlebihan dari segi waktu. Dengan demikian, lansia dapat menyeimbangkan antara kehidupan pekerjaan dan kehidupan pribadinya. Apabila lansia bekerja secara berlebihan, kondisi fisik dan mental lansia terancam dalam jangka panjang. Jam kerja berlebih juga akan menurunkan produktivitas pekerjaan (ILO, 2011). Menurut ILO (International Labour Organization), jumlah jam kerja maksimal dalam seminggu adalah 48 jam. Apabila melebihi batas tersebut, maka pekerjaan dianggap tidak layak dari segi jam kerja (Badan Pusat Statistika, 2017).

### **2.2.4 Pendapatan**

Tingkat pendidikan lansia yang pada umumnya rendah dapat berpengaruh terhadap produktivitas kerja sehingga pendapatan yang diperoleh juga kecil. Pekerjaan yang disertai dengan pendidikan dan keterampilan akan mendorong kemajuan setiap usaha yang dimiliki. Kemajuan akan meningkatkan pendapatan, baik pendapatan individu, kelompok maupun pendapatan Nasional. Sumber utama

kinerja yang dapat mempengaruhi individu adalah kelemahan intelektual, kelemahan psikologis, kelemahan fisik. Jadi jika lansia dengan kondisi yang serba menurun bekerja sudah tidak efektif lagi ditinjau dari proses dan hasilnya. Penghasilan yang rendah atau masih dibawah standar kebutuhan hidup sehari-hari menyebabkan tingkat kesejahteraan para pekerja masih sangat sulit untuk dicapai. Penghasilan yang rendah ini juga dapat mengakibatkan tidak terpenuhinya kebutuhan hidup yang harus dicapai setiap harinya. Para pekerja akan terjebak pada pola hidup subsistem dan nantinya akan berujung pada kemiskinan sebagai salah satu konsekuensi akibat rendahnya penghasilan yang mereka terima (Badan Pusat Statistika, 2014).

## **2.3 Kualitas Hidup Lansia**

### **2.3.1 Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup (quality of life) merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar, dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada (Nursalam, 2017). Kualitas hidup lanjut usia merupakan komponen yang kompleks, mencakup usia harapan hidup, kepuasan dalam kehidupan, kesehatan psikologis dan mental, fungsi kognitif, kesehatan dan fungsi fisik, pendapatan, kondisi tempat tinggal, dukungan sosial dan jaringan sosial (Sutikno, 2011 dalam Sari and Yulianti, 2017). Menurut World Health Organization Quality of Life (WHOQoL), kualitas hidup adalah kondisi fungsional lansia yang meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari,

ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat, self esteem dan kepercayaan individu, hubungan sosial lansia yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, serta aktivitas seksual, dan kondisi lingkungan yaitu lingkungan rumah, kebebasan, keselamatan fisik, aktivitas di lingkungan, kendaraan, keamanan, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial (Yulianti et al., 2014).

### **2.3.2 Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup**

Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu :

#### **1. Usia**

Menurut penelitian yang dilakukan Rugerri et al dalam Nofitri (2009) pada subjek berusia tua menemukan adanya kontribusi pada faktor usia terhadap kualitas hidup karena usia tua sudah melewati masa untuk melakukan perubahan dalam hidupnya.

#### **2. Jenis Kelamin**

Moons, Marquet, Budst, dan De Gees dalam (Nofitri, 2009) menyatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini karena ditemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan.

### 3. Pendidikan

Pukeliene dan Starkauskiene (2011) menyatakan pendidikan merupakan salah satu faktor dari kualitas hidup. Hal ini didukung dengan pernyataan Moons, Marquet, Raes, Budts, dan De Geest bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disablity tertentu).

### 4. Status pernikahan

Pada penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal. Hal ini didukung oleh penelitian kualitas hidup dengan menggunakan kuesioner SF-36 terhadap 145 laki-laki dan wanita, dilaporkan bahwa laki-laki dan perempuan yang sudah menikah memiliki kualitas hidup yang lebihbaik dibandingkan dengan yang belum menikah atau yang sudah bercerai. Kualitas hidup yang baik pada laki-laki dan wanita yang sudah menikah karena adanya dukungan sosial dari pasangannya (Quan et al, 2009).

### 5. Status Pekerjaan

Menurut penelitian Wahl, Astrid, Rusteun & Hanested dalam Arfai et al (2018) menemukan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik pada pria maupun wanita. Pernyataan ini didukung oleh Moons, Marquet, Budst, dan De Gees (2005) bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang

bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disabilitas tertentu).

#### 6. Sistem dukungan

Menurut Raebun dan Rootman dalam Angriyani (2008) yang termasuk didalam suatu sistem dukungan adalah dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan dari seseorang.

### **2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup**

Pada tahun 1991 bagian kesehatan mental WHO memulai proyek organisasi kualitas kehidupan dunia (WHOQoL). Tujuan dari proyek ini adalah untuk mengembangkan suatu instrumen penilaian kualitas hidup (QoL) yang dapat dipakai secara nasional dan secara antar budaya. Instrumen WHOQoL ini telah dikembangkan secara kolaborasi dalam sejumlah pusat dunia. Instrumen WHOQoL-BREF terdiri dari 26 item, merupakan instrumen kualitas kehidupan paling pendek, namun instrumen ini bisa mengakomodasi ukuran dan kualitas kehidupan seperti yang ditunjukkan dalam sifat psikometrik dan hasil pemeriksaan internasional versi pendek ini lebih sesuai. Praktis dan sedikit memakan waktu dibandingkan WHOQoL-100 item atau instrumen lainnya.

The WHOQoL-BREF menghasilkan kualitas profil hidup adalah mungkin untuk menurunkannya empat skor domain. Keempat skor domain menunjukkan sebuah persepsi individu tentang kualitas kehidupan di domain tertentu. Domain skor berskala ke arah yang positif (yaitu skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup lebih tinggi). Biasanya seperti cakupan indeks antara 0 (mati) dan 1

(kesehatan sempurna). Semua skala dan faktor tunggal diukur dalam rentang skor 0-100. Nilai skala yang tinggi mewakili tingkat respons yang lebih tinggi. Jadi nilai tinggi untuk mewakili skala fungsional tinggi atau tingkat kesehatan yang lebih baik; nilai yang tinggi untuk status kesehatan umum atau QoL yang tinggi; tetapi nilai tinggi untuk skala gejala menunjukkan tingginya simtomatologi atau masalah. Dengan menggunakan teknik Tem Trade Off dimana 0 menunjukkan kematian dan 100 menunjukkan lebih buruk dari mati. Rating scale (RS) mengukur QoL dengan cara yang sangat mudah, RS menanyakan QoL secara langsung sebagai sebuah titik dari 0 yang berhubungan dengan kematian dan kurang dari 100, yang berhubungan dengan kesehatan yang sempurna (Nursalam, 2017).

#### **2.3.4 Domain Kualitas Hidup**

Menurut WHO ada empat domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup (Nursalam, 2017). Setiap domain dijabarkan dalam beberapa aspek, yaitu:

1. Domain kesehatan fisik,

Kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Domain kesehatan fisik dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut:

- 1) Kegiatan kehidupan sehari-hari
- 2) Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis
- 3) Energi dan kelelahan
- 4) Mobilitas
- 5) Rasa sakit dan ketidaknyamanan

6) Tidur dan istirahat

7) Kapasitas kerja

2. Domain psikologis

Domain psikologis yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Domain psikologis dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut:

1) Bentuk dan tampilan tubuh

2) Perasaan negatif

3) Perasaan positif

4) Penghargaan diri

5) Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi

6) Berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi

3. Domain hubungan sosial

Hubungan sosial yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Domain ini dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut:

- 1) Hubungan pribadi
- 2) Dukungan sosial
- 3) Aktifitas seksual
4. Domain lingkungan

Lingkungan yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Domain ini dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut:

- 1) Sumber daya keuangan
- 2) Kebebasan, keamanan, dan kenyamanan fisik
- 3) Kesehatan dan kepedulian sosial: aksesibilitas dan kualitas
- 4) Lingkungan rumah
- 5) Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru
- 6) Lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalu lintas atau iklim)
- 7) Transportasi

#### **2.4 Keaslian Penelitian**

Pencarian literatur artikel jurnal keaslian penelitian ini dilakukan di database Google scholar, Scopus, Sciencedirect, dan Repository Universitas Airlangga dengan menggunakan keyword atau kata kunci serta rentang tahun penulisan agar dapat mengerucutkan pencarian berdasarkan judul, abstrak, dan hasil penelitian terbaru. Rentang tahun yang digunakan oleh peneliti adalah 10 tahun terakhir dari 2018-2008. Sedangkan kata kunci yang digunakan dalam pencarian literatur adalah sebagai berikut:



Tabel 2.1 Kata kunci pencarian literatur.

Status bekerja	Kualitas hidup	Lansia
Working status	Quality of life	Elderly

Hasil pencarian yang diperoleh terdapat total 38 jurnal dari keseluruhan database pencarian. Selanjutnya peneliti memilah jurnal yang didapat dengan membaca dan menyesuaikan judul serta abstrak dan akhirnya didapatkan 14 jurnal yang memiliki kesesuaian dalam penelitian ini.

Tabel 2.2 Keaslian penelitian hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat.

No	Judul	Metode	Hasil
1.	Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Lansia Penderita Hipertensi (Kusumawardani, 2014)	<b>D</b> : Korelasional <b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 30 responden dengan teknik Purposive Sampling. <b>V</b> : 1. Dukungan sosial 2. Kualitas hidup lansia hipertensi <b>I</b> : Kuesioner <b>A</b> : Rank Spearman	Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan kualitas hidup lansia penderita hipertensi hal ini dibuktikan dengan tingginya kualitas hidup yang didapatkan pada faktor fisik dan sosial tetapi rendah pada faktor gejala dan aspek kesehatan secara general.
2.	Hubungan antara Aktivitas Fisik dan Status Pekerjaan dengan Kualitas Hidup Penduduk di Kelurahan Kinilow Kecamatan Tomohon Utara Kota Tomohon (Lumanauw et al., 2017)	<b>D</b> : Cross Sectional <b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 96 responden penduduk dewasa >17 tahun dengan teknik Multistage Random Sampling <b>V</b> : 1. Aktivitas fisik 2. Kualitas hidup 3. Status pekerjaan <b>I</b> : Kuesioner Euro Quality of Life <b>A</b> : Uji Chi Square	Ditemukan hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup, dan terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup penduduk. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya responden bekerja yang jarang melaporkan masalah kesehatan karena memiliki aktivitas yang lebih banyak dan mendapatkan penghasilan atau upah dari pekerjaan yang dilakukan. Berbeda dengan yang tidak bekerja seperti ibu rumah tangga dan

No	Judul	Metode	Hasil
			pengangguran tidak memiliki penghasilan atau upah namun kegiatan atau aktivitas yang dilakukan cukup banyak sehingga sering mengeluh.
3	A cross-sectional study on socioeconomic status and health related quality of life among elderly Chinese (Ma and McGhee, 2013)	<b>D</b> : Cross Sectional <b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 3324 responden lansia dengan teknik Simple Random Sampling <b>V</b> : 1. Status sosioekonomi 2. Kualitas hidup terkait kesehatan <b>I</b> : Interview <b>A</b> : t test dan $X^2$ test	Kesulitan ekonomi menunjukkan hubungan terkuat dengan HRQOL di antara semua indikator SES. Tingkat pendidikan, tingkat pekerjaan dan indikator ekonomi cenderung berhubungan dengan HRQOL fisik hanya di antara pria Cina lansia. Lebih banyak perhatian harus ditempatkan pada indikator SES subjektif ketika menyelidiki pengaruh pada HRQOL di antara orang tua Cina.
4	Kualitas Hidup Lanjut Usia (Rohmah et al, 2012)	<b>D</b> : Cross Sectional <b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 19 responden dengan teknik Purposive Sampling <b>V</b> : 1. Faktor fisik, psikologis, sosial, lingkungan 2. Kualitas hidup lanjut usia <b>I</b> : Kuesioner <b>A</b> : Uji Regresi Linear Sederhana	Faktor fisik, faktor psikologis, faktor sosial, dan faktor lingkungan berpengaruh pada kualitas hidup dan faktor psikologis menjadi faktor yang paling dominan.
5.	Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference Center (Miranda et al, 2016)	<b>D</b> : Cross Sectional <b>S</b> : Jumlah sampel adalah 257 dengan menggunakan kalkulasi Lwanga & Lemeshow formula <b>V</b> : 1. Kualitas hidup 2. Faktor terkait pada lansia (sosiodemografi, klinis, gaya hidup) <b>I</b> : Kuesioner <b>A</b> : Logistic regression analysis	Penelitian ini menunjukkan hubungan positif antara kualitas hidup dengan usia lanjut dan aktivitas fisik. Selanjutnya, hubungan negatif ditemukan antara kualitas hidup, lahir di negara bagian Minas Gerais dan komorbiditas (diabetes, penyakit muskuloskeletal, hipertensi dan depresi). Temuan ini menegaskan

No	Judul	Metode	Hasil
			sifat multifaktorial dari fenomena yang diteliti, yaitu QOL dipengaruhi oleh faktor demografi serta faktor klinis dan perilaku.
6.	Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia di Desa Gonilan Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo (Khorni, 2017)	<b>D</b> : Cross Sectional <b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 100 responden dengan teknik Simple Random Sampling <b>V</b> : 1. Dukungan keluarga 2. Kualitas hidup lansia <b>I</b> : Kuesioner <b>A</b> : Uji Chi Square	Keluarga memiliki peranan yang penting dalam konsep sehat sakit anggota keluarganya yang sudah lansia, dimana keluarga merupakan sebuah sistem pendukung yang memberikan perawatan langsung terhadap anggota keluarganya yang sakit sehingga berdampak pada fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan yang akan berpengaruh pada peningkatan kualitas hidup lansia. Didapatkan hasil kualitas hidup yang baik lebih dominan pada lansia yang masih tinggal dengan keluarga.
7.	Hubungan Tingkat Kemandirian dengan Kualitas Hidup Lansia di Padukuhan Karang Tengah Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta (Adina, 2017)	<b>D</b> : Cross Sectional <b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 52 responden lansia dengan teknik Simple Random Sampling <b>V</b> : 1. Kemandirian 2. Kualitas hidup lansia <b>I</b> : Kuesioner <b>A</b> : Uji Kendall Tau	Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kemandirian dengan kualitas hidup lansia, tetapi memiliki keeratan hubungan yang rendah.
8.	Hubungan Status Bekerja dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia di Jemaat GMIM Kyrios Kawiley Kecamatan Kauditan Minahasa Utara (Manoppo, 2017)	<b>D</b> : Cross Sectional <b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 56 responden lansia dengan teknik Purposive sampling <b>V</b> : 1. Status bekerja ( bekerja dan tidak bekerja) 2. Depresi <b>I</b> : Kuesioner <b>A</b> : Uji Chi Square	Ditemukan hubungan antara status bekerja dengan tingkat depresi yang dialami lansia. Pada penelitian ini mayoritas lansia yang bekerja memiliki tingkat depresi sedang.
9.	Faktor yang	<b>D</b> : Cross Sectional	Faktor yang

No	Judul	Metode	Hasil
	Berhubungan dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia (Lansia) di Panti Griya Werdha Kota Surabaya (Andesty, 2017)	<p><b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 52 responden dengan teknik Simple Random Sampling</p> <p><b>V</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Pernikahan, Penyakit Kronis, Hubungan Sosial</li> <li>Kualitas hidup lansia</li> </ol> <p><b>I</b> : Kuesioner</p> <p><b>A</b> : Uji Bivariat</p>	berhubungan dengan kualitas hidup lansia adalah tingkat pendidikan, status pernikahan, penyakit kronis, dan status hubungan sosial.
10	Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review (Vagetti et al., 2014)	<p><b>D</b> : Cross Sectional</p> <p><b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 100 responden lansia umur 60 tahun atau lebih</p> <p><b>V</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Aktifitas fisik</li> <li>Kualitas hidup lansia</li> </ol> <p><b>I</b> : Kuesioner</p> <p><b>A</b> : Regression analysis</p>	Aktifitas fisik secara positif dan konsisten berkaitan dengan beberapa domain QoL lansia yaitu kapasitas fungsional, kualitas hidup umum, otonomi, aktivitas masa lalu, sekarang, dan masa depan, kematian dan kematian, keintiman, psikologis, daya hidup, dan kesehatan mental. Hal ini mendukung bahwa aktifitas fisik pada lansia mungkin memiliki dampak di luar kapasitas fungsional dan kesehatan mental, karena dikaitkan dengan persepsi positif terhadap kualitas hidup umum. Aktifitas fisik memiliki hubungan positif, meskipun moderat atau tidak konsisten, dengan domain QoL lainnya pada lansia. Hasilnya juga menunjukkan bahwa aktifitas fisik mungkin tidak terkait dengan beberapa domain QoL (misalnya, kemampuan sensorik).
11	Depression and quality of life in older adults: Mediation effect of	<p><b>D</b> : Cross Sectional</p> <p><b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 187 responden lansia</p> <p><b>V</b> :</p>	Hasil yang didapat, responden memiliki karakteristik kesehatan dan memiliki durasi

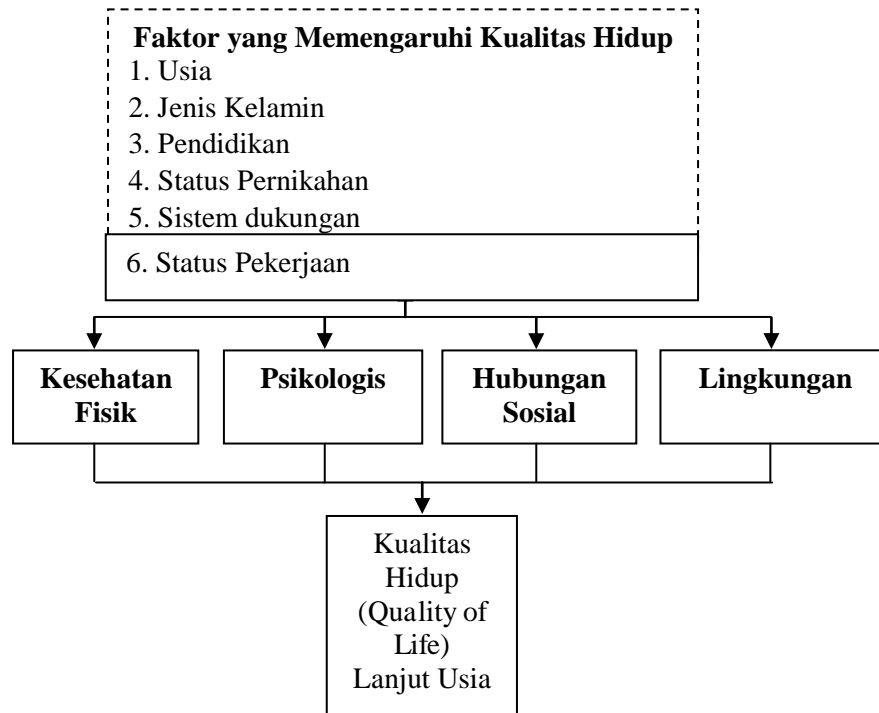
No	Judul	Metode	Hasil
	sleep quality (Becker et al., 2018)	1. Depresi 2. Kualitas hidup lansia 3. Kualitas tidur <b>I</b> : Kuesioner <b>A</b> : Normality assessment	tidur yang cukup. Kualitas tidur bertindak sebagai mediator antara depresi dan kualitas hidup pada lansia, mengingat variasi gender dan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa penting untuk mencantumkan praktik perawatan diri, yaitu kualitas tidur, untuk hubungannya dalam proses penuaan.
12	Depression, functional disability and quality of life among Nigerian older adults: Prevalences and relationships (Akosilea et al., 2013)	<b>D</b> : Cross Sectional <b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 206 responden lansia umur 65 tahun keatas <b>V</b> : 1. Depresi 2. Functional disability 3. Kualitas hidup <b>I</b> : Kuesioner <b>A</b> : Spearman rank	Depresi dan ketidakmampuan fungsional cukup umum di kalangan lansia, tetapi QOL mereka tidak terlalu terpengaruh. Hal ini dikarenakan konstruk yang saling terkait, tampaknya intervensi yang ditargetkan pada depresi dan status fungsional dapat selalu meningkatkan kualitas hidup orang dewasa yang lebih tua.
13	Gaya hidup, status gizi dan kualitas hidup manusia lanjut usia yang masih bekerja di Rumah Sakit Stella Maris Makassar (Islamiyah et al., 2013)	<b>D</b> : Analisa deskriptif <b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 34 responden dengan teknik Purposive samplig <b>V</b> : 1. Gaya hidup 2. status gizi 3. Kualitas hidup lansia <b>I</b> : Wawancara dan pengukuran antropometri <b>A</b> : Uji Univariat	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lansia yang masih bekerja di rumah sakit masih emiliki status gizi yang baik dan kualitas hidup yang tinggi. Hal ini terlihat dari gambaran fisik subyek yang selalu menjaga kesehatan dengan terus makan sayuran, mengkonsumsi vitamin serta berolahraga. Subyek juga berusaha mengatur tidur minimal 8 jam perhari, mengurangi pekerjaan berat dan mengerjakan pekerjaan yang ringan.
14	Hubungan antara	<b>D</b> : Cross Sectional	Terdapat hubungan

No	Judul	Metode	Hasil
	tingkat stress dengan kualitas hidup hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Wonopringgo Pekalongan (Azizah and Hartanti, 2016)	<p><b>S</b> : Sampel penelitian sebanyak 42 responden dengan teknik Cluster samplig</p> <p><b>V</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stress</li> <li>2. Kualitas hidup lansia hipertensi</li> </ol> <p><b>I</b> : Kuesioner</p> <p><b>A</b> : Spearman Rank</p>	<p>yang kuat antara tingkat stress dengan kualitas hidup lansia dengan hipertensi dengan arah korelasi negatif yang artinya semakin tinggi tingkat stress maka semakin menurun kualitas hidup lansia. Hal yang dapat direkomendasikan tenaga kesehatan dalam menangani lansia dengan hipertensi adalah untuk mengingatkan atau membimbing terhadap pemenuhan kebutuhan spiritualnya guna mengurangi stress atau ketegangan psikologis dalam hidup, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya.</p>

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Keterangan:

□ : diukur      □ (dashed) : tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik (Adopsi teori World Health Organization Quality of Life 1996)

Penjelasan:

Berdasarkan beberapa penelitian yang telah dilakukan, terdapat bermacam-macam faktor yang memengaruhi kualitas hidup yaitu faktor usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan, dan sistem dukungan. Status pekerjaan dapat memengaruhi kualitas hidup baik pada pria maupun wanita (Wahl et al dalam Arfai et al, 2014). Dimensi kualitas hidup berdasarkan WHOQoL terdapat empat dimensi yang memengaruhi yaitu kesehatan fisik,

psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan (Nursalam, 2017). Pada dimensi kesehatan fisik, salah satu aspek yang memiliki pengaruh adalah kapasitas pekerjaan yang dimiliki individu. Selain itu dimensi lingkungan ditunjukkan dengan kondisi lansia sebagai tulang punggung untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga. Hal tersebut turut memengaruhi terhadap kesehatan psikologis dan hubungan sosial yang dimiliki lansia.

### **3.2 Hipotesis**

H1: Ada hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga.



## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang terdiri atas beberapa komponen yang menyatu untuk memperoleh data atau fakta dalam rangka menjawab pertanyaan atau masalah dalam penelitian (Lapau, 2013). Menurut Nursalam (2017) desain penelitian ini menggunakan rancangan kuantitatif korelasional yang mengkaji hubungan antara variabel independen status bekerja dengan variabel dependen kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga dengan pendekatan cross sectional. Desain pendekatan cross sectional pada penelitian ini dilakukan dengan pengisian kuesioner pada variabel status bekerja yang dimiliki lansia sebagai kepala keluarga secara bersamaan dengan dilakukannya pengisian kuesioner pada variabel kualitas hidup yang dimiliki lansia berdasarkan teori World Health Organization Quality of Life yang dilakukan hanya satu kali waktu tanpa adanya tindak lanjut.

#### **4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling**

##### **4.2.1 Populasi**

Menurut Nursalam (2017) populasi merupakan subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan dan bersifat potensial untuk diukur sebagai bagian dari penelitian. Populasi target lansia pada penelitian di Desa dengan jumlah lansia terbanyak wilayah kerja Puskesmas Sembayat adalah sebanyak 390 lansia. Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah 164 lansia yang menjadi kepala keluarga dan masih bekerja.

#### 4.2.2 Sampel

Menurut Nursalam (2017) sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel purposive sampling. Kriteria sampel terdiri dari inklusi dan eksklusi, kriteria ini ditetapkan untuk menyeleksi sampel .

##### 1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam 2017). Pada penelitian ini kriteria inklusi adalah sebagai berikut :

- 1) Lansia yang berusia 60 – 74 tahun.
- 2) Lansia yang masih bekerja.
- 3) Lansia yang bisa baca tulis.

##### 2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan atau menghilangkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam 2014).

Pada penelitian ini kriteria eksklusi adalah sebagai berikut :

- 1) Lansia dengan kognitif buruk yang akan mengganggu pengambilan kuesioner dibuktikan dengan SPMSQ.

#### 4.2.3 Teknik Sampling

Sampling merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam 2017). Teknik sampling yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah non probability sampling dengan metode purposive sampling. Menurut Nursalam (2017) teknik non probability sampling dengan metode purposive sampling adalah suatu teknik penentuan sampel dengan

cara memilih sampel di antara populasi yang sesuai dengan tujuan atau masalah dalam penelitian.

### 4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

#### 4.3.1 Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen merupakan variabel yang memengaruhi variabel lainnya (Nusalam, 2017). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah status bekerja yang dimiliki oleh lansia.

#### 4.3.2 Variabel Dependen (Terikat)

Menurut Nursalam (2017) variabel dependen adalah variabel yang nilainya dipengaruhi atau ditentukan oleh variabel lain. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga.

#### 4.3.3 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Variabel independen:					
Status bekerja lansia	Suatu kegiatan yang dilakukan oleh lansia dengan maksud memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan untuk memenuhi kebutuhan ekonomi	1. Berusaha sendiri 2. Berusaha dibantu buruh tidak tetap/ tetap 3. Buruh/karyawan/pegawai 4. Pekerja bebas pertanian 5. Pekerja bebas nonpertanian 6. Pekerja keluarga/tak dibayar	Kuesioner	Nominal	Mengisi checklist pertanyaan tiap domain

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
<b>Variabel dependen:</b>					
Kualitas hidup lansia	Persepsi lansia terhadap kesejahteraan hidup yang dimiliki berdasarkan nilai-nilai pribadi yang meliputi kesehatan fisik, kepuasan psikologis, hubungan individu dengan sosial dan lingkungan yang mempengaruhi aktivitasnya sehari-hari.	1. Kesehatan Fisik 2. Psikologis 3. Hubungan sosial 4. Lingkungan	Kuesioner WHOQOL-BREF	Ordinal	Setiap pertanyaan memiliki pilihan skala 1-5. Nilai yang dipilih akan dijumlah menjadi skor. 1. Dimensi kesehatan fisik: skor 7-35 2. Dimensi psikologis: skor 6-30 3. Dimensi sosial: skor 3-15 4. Dimensi lingkungan skor 8-40 Seluruh hasil perhitungan akan ditransformasi menjadi 0-100 dengan ketentuan hasil: $\leq 50$ = kualitas hidup buruk $> 50$ = kualitas hidup baik.

#### 4.4 Alat dan Bahan Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah informed consent, lembar kuesioner, alat tulis dan responden.

#### 4.5 Instrumen Penelitian

Menurut Nursalam (2017) jenis instrumen penelitian yang dipergunakan pada ilmu keperawatan diklasifikasikan menjadi 5 bagian yang meliputi pengukuran, yaitu biofisiologis, observasi, wawancara, kuesioner, dan skala. Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner. Berikut kuesioner yang digunakan, yaitu :

1. Kuesioner Status Bekerja

Lembar kuesioner status bekerja tergabung dalam kuesioner data demografi. Instrumen ini berupa check list yang diisi dengan tanda centang (√) sesuai dengan kondisi yang dimiliki responden. Pernyataan kuesioner status bekerja terdiri dari berusaha sendiri, berusaha dibantu buruh tidak tetap/ buruh tidak dibayar, berusaha dibantu buruh tetap/ buruh dibayar, buruh/ karyawan/ pegawai, pekerja bebas di pertanian, pekerja bebas di nonpertanian, dan pekerja keluarga/ tak dibayar (BPS, 2017).

2. Kuesioner WHOQoL-BREF

Penelitian ini menggunakan instrumen kualitas hidup yang dibuat oleh World Health Organization (WHO) yaitu WHOQoL-BREF. Instrumen ini berupa kuesioner yang terdiri dari 26 pertanyaan yang berbentuk self-report dimana responden diminta untuk memberi respon yang sesuai dengan kondisi dirinya. Kuesioner WHOQoL-BREF ini terdiri dari 4 dimensi, yaitu kesehatan fisik, psikologi, sosial, dan lingkungan. Dimensi kesehatan fisik terdiri dari 7 item pertanyaan, yaitu pertanyaan di nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18. Dimensi psikologis terdiri dari 6 pertanyaan, yaitu pertanyaan nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26. Dimensi sosial terdiri dari 3 pertanyaan, yaitu

pada pertanyaan nomor 20, 21, dan 22. Dimensi lingkungan 8 pertanyaan, yaitu pada nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25. Responden akan diinstruksikan untuk memilih salah satu angka dari skala 1-5 pada masing-masing pertanyaan. Instrumen WHOQoL-BREF memberikan satu macam skor dari masing-masing dimensi yang menggambarkan respon dari setiap individu di setiap dimensi. Dimensi kesehatan fisik memiliki skor 7-35, dimensi psikologis skor 6-30, dimensi sosial 3-15, dan dimensi lingkungan skor 8-40. Seluruh hasil perhitungan akan ditransformasikan menjadi 0-100 sesuai ketentuan dari WHOQoL-BREF. Semakin tinggi skor yang didapat semakin baik kualitas hidup yang dimiliki, dan bila skor yang didapat semakin rendah maka semakin buruk kualitas hidupnya.

#### **4.6 Lokasi dan Waktu**

Penelitian ini dilakukan di Desa yang memiliki populasi lansia terbanyak dan berada pada wilayah kerja Puskesmas Sembayat di Kabupaten Gresik pada bulan April sampai Juli 2018.

#### **4.7 Validitas dan Reabilitas**

Menurut Saryono (2008), validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar valid dalam melakukan pengukuran apa yang diukur. Uji validitas memiliki tujuan untuk mengetahui ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan pengukuran serta untuk mengetahui apakah ada pertanyaan dalam kuesioner yang harus di buang atau diganti karena dianggap tidak relevan. Sedangkan reliabilitas merupakan indeks yang digunakan

untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya dan dapat diandalkan. Alat ukur dianggap reliabel apabila digunakan dua kali atau lebih untuk mengukur hal yang sama dan hasilnya relatif konsisten. Alat ukur variabel kualitas hidup menggunakan alat ukur WHOQoL-BREF yang merupakan pengembangan alat ukur WHOQoL-100, kedua alat ukur tersebut dibuat oleh tim WHO. Untuk perhitungan validitas dan reliabilitas WHOQoL-BREF ini, skor yang digunakan adalah skor tiap dimensi. Salim dkk. (2007) telah melakukan uji instrumen WHOQoL-BREF versi bahasa Indonesia di Kecamatan Mampang, Jakarta Selatan dengan sampel sebanyak 306 lansia yang memiliki karakteristik mendekati dari sampel penelitian yaitu sama-sama merupakan lansia berusia >60 tahun dan masih mampu melakukan aktifitas secara mandiri seperti bekerja. Hasil yang didapat adalah ada hubungan yang signifikan antara skor item dengan skor dimensi ( $r = 0,409 - 0,850$ ) sehingga dapat dinyatakan bahwa alat ukur WHOQOL-BREF valid dalam mengukur kualitas hidup lansia. Uji reliabilitas dilakukan dengan metode *Cronbach's alpha* 0 sampai 1, skala ini dikelompokkan dalam lima kelas dengan rank yang sama dengan menginterpretasikan ukuran kemantapan alpha. Pertama apabila nilai *Cronbach's alpha* 0,00 s.d 0,20 berarti kurang reliabel, 0,21 s.d 0,40 berarti agak reliabel, 0,41 s.d 0,60 berarti cukup reliabel, 0,61 s.d 0,80 berarti reliabel, dan 0,81 s.d 1,0 diartikan sangat reliabel (Hidayat, 2010). Hasil uji reabilitas pada kuesioner kualitas hidup menunjukkan bahwa Cronbach's alpha sebesar 0,77 sehingga pertanyaan pada kuesioner tersebut dinyatakan reliabel. Dapat disimpulkan bahwa WHOQoL-BREF merupakan instrumen yang valid dan reliable untuk mengukur kualitas hidup lansia.

#### **4.8 Prosedur Pengambilan dan Pengolahan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan cara pengisian kuesioner yang dilakukan sendiri oleh responden dengan tahap sebagai berikut :

1. Peneliti mengurus administrasi yang diawali dengan pengajuan surat izin melakukan pengambilan data awal ke bagian Akademik Fakultas Keperawatan. Surat tersebut diserahkan kepada Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) untuk memperoleh surat rujukan ke Badan Kesatuan Bangsa dan politik (BAKESBANGPOL), Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik, Kecamatan Manyar, Puskesmas Sembayat, dan Desa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sembayat.
2. Setelah mendapatkan izin, peneliti melakukan wawancara terstruktur untuk studi pendahuluan terkait jumlah populasi lansia di UPT Puskesmas Sembayat. Selain itu peneliti juga melakukan wawancara terkait data subjektif kepada beberapa lansia yang masih bekerja dan menjadi kepala keluarga.
3. Setelah diketahui populasi, peneliti meminta data lansia yang akan menjadi calon responden penelitian di Desa dengan populasi lansia terbanyak. Setelah itu dilanjutkan pendataan ulang lansia berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan untuk di jadikan calon responden.
4. Sebelum dilakukan penelitian, peneliti melakukan ujian proposal dan uji etik terlebih dahulu.
5. Setelah lulus uji, peneliti mempersiapkan instrumen penelitian yaitu berupa kuesioner demografi, dan kuesioner kualitas hidup. Selain itu peneliti juga



harus melakukan permohonan izin penelitian ke bagian Akademik Fakultas Keperawatan, BAPPEDA, Bakesbangpol, Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik, Kecamatan Manyar, Kepala UPT Puskesmas Sembayat, dan Desa di wilayah kerja Puskesmas Sembayat.

6. Selanjutnya peneliti membentuk tim untuk membantu dalam melakukan penelitian secara door to door.
7. Saat melakukan penelitian door to door peneliti akan memperkenalkan diri kepada calon responden dan melakukan informed consent sebagai persetujuan menjadi responden serta menjelaskan mengenai maksud, tujuan, manfaat dari penelitian.
8. Selanjutnya peneliti akan memberikan kuesioner kepada responden dan menjelaskan proses pengisian kuesioner. Peneliti akan mendampingi responden dalam pengisian kuesioner, karena tidak menutup kemungkinan responden akan membutuhkan bantuan atau kesulitan dalam mengisi atau memahami kuesioner.
9. Setelah kuesioner telah diisi oleh responden, data akan dikumpulkan dan selanjutnya akan dilakukan analisis untuk menarik kesimpulan dari penelitian yang telah dilakukan.

#### **4.9 Analisis Data**

Analisis data merupakan penggolongan dan tabulasi data berdasarkan variabel dan jenis dari responden. Penyajian data pada setiap variabel penelitian menghitung data untuk menjawab rumusan masalah dan menguji hipotesis yang

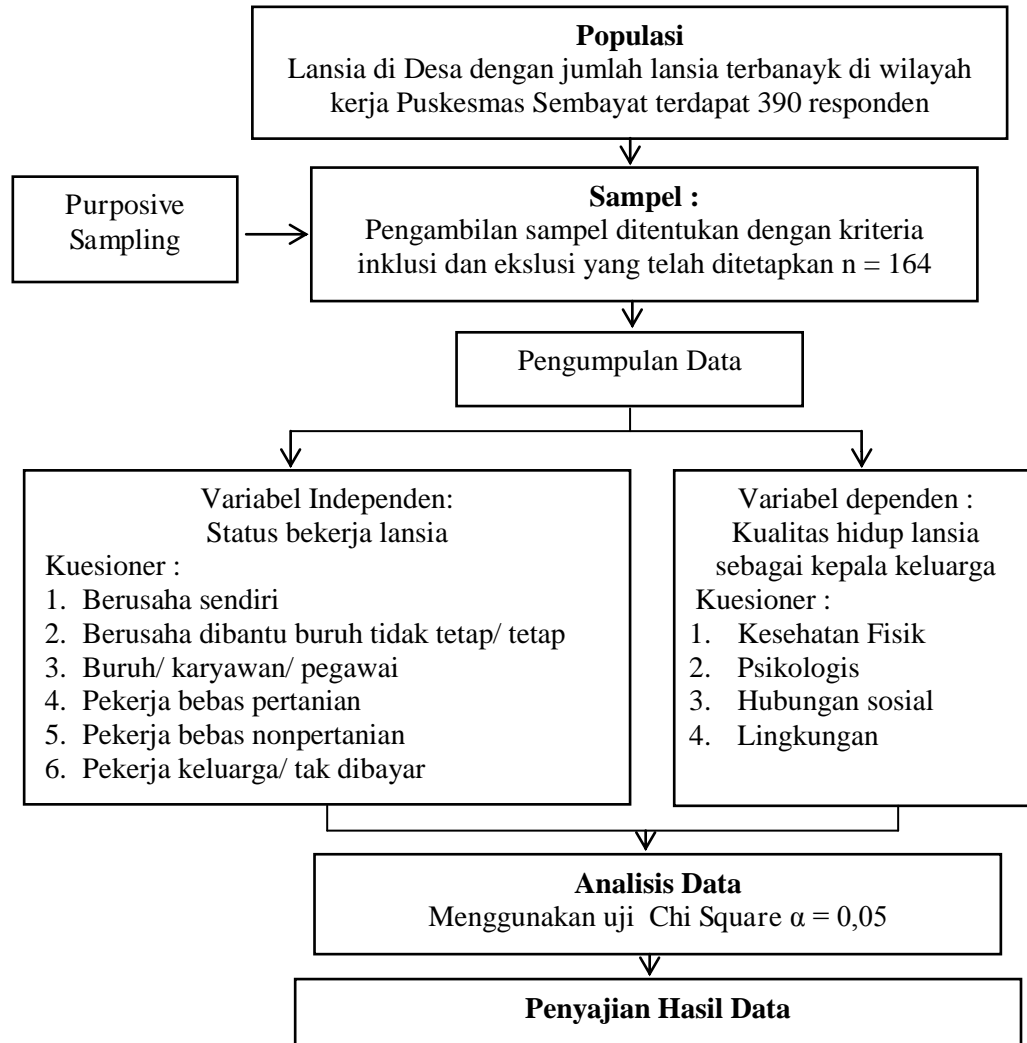
telah dibuat (Sugiyono, 2016). Analisis data dilakukan melalui beberapa tahap yaitu editing, skoring, coding, tabulating dan entry data (Notoatmodjo, 2012) :

1. Editing merupakan kegiatan cek data dan memperbaiki isi instrumen. Pemeriksaan kelengkapan isi kuesioner ini untuk memastikan semua pertanyaan telah terjawab oleh responden. Editing dilakukan di lapangan sebelum proses pemasukan data agar data yang salah atau meragukan masih dapat diperbaiki oleh responden yang bersangkutan
2. Skoring adalah pemberian nilai pada masing-masing jawaban yang dipilih responden sesuai kriteria instrumen.
3. Coding adalah mengubah data menjadi angka atau kode untuk mempermudah pengelompokan data dan dapat mempercepat proses memasukan data.
4. Tabulating yaitu penyusunan atau mengelompokkan data berdasarkan variabel dan memasukkan ke dalam tabel hal ini memiliki tujuan agar lebih mudah dalam penjumlahan.
5. Entry data adalah memasukkan data kedalam aplikasi SPSS di komputer.

Dalam penelitian menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat. Menurut Notoatmodjo (2012) Analisis univariat merupakan pengukuran yang menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variabel. Sedangkan analisis bivariat dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel independen (status bekerja lansia sebagai kepala keluarga) dengan variabel dependen (kualitas hidup lansia). Tujuan dari pengukuran ini adalah untuk mengetahui presentase distribusi dengan variabel serta hubungan variabel dengan skala ordinal dan nominal. Maka dari itu peneliti menggunakan uji Chi square dengan derajat kemaknaan ( $\alpha$ ) = 5% dengan tingkat kepercayaan

95% untuk menguji perbedaan presentase antara masing-masing kelompok data serta agar peneliti dapat mengetahui hubungan antara variabel kategorik dengan kategorik. Apabila  $p\text{-value} \leq 0.05$  maka dapat dimaknai bahwa ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, sehingga  $H_0$  ditolak, sedangkan apabila  $p\text{-value} > 0,05$  maka dinyatakan tidak ada hubungan yang bermakna dan  $H_0$  diterima. Hasil  $\alpha > 0,05$  menandakan bahwa  $H_1$  ditolak berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga. Sebaliknya, bila  $H_1$  diterima berarti  $\alpha < (0,05)$  maka ada hubungan yang bermakna antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga. Selain itu, untuk melihat kuat dan lemahnya hubungan antar variabel bebas dan terikat diperlukan koefisien korelasi. Apabila nilai koefisien korelasi 0,81-1,00 menunjukkan bahwa hubungan antara dua variabel sangat kuat. Kedua, antara 0,61-0,80 menunjukkan hubungan yang kuat. Ketiga, antara 0,41-0,60 menunjukkan hubungan yang sedang. Keempat, antara 0,21-0,40 menunjukkan hubungan yang lemah. Kelima, koefisien korelasi antara 0,00-0,20 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dua variabel (Hair et al, 2010).

#### 4.10 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik

#### 4.11 Etik Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari tim reviewer etik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga melalui sertifikat etik dengan nomor 1021-KEPK. Bukti persetujuan etik terlampir pada lampiran 1. Peneliti akan menjunjung tinggi etika penelitian kepada responden dengan cara sebagai berikut:

#### **4.11.1 Respect Human Dignity**

1. Informed consent

Peneliti menjelaskan kepada calon responden terkait maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan dengan tanpa paksaan serta menghormati hak-hak responden. Setelah responden memahami dan setuju untuk menjadi responden penelitian maka responden diminta untuk menandatangani surat persetujuan menjadi responden dalam penelitian. Hal ini digunakan agar terhindar dari suatu hal yang tidak diinginkan.

#### **4.11.2 Right to Justice**

1. Tanpa nama (Anonymity)

Responden memiliki hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Peneliti akan memberi kode pada masing-masing lembar kuesioner yang telah diisi oleh responden. Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa data pribadinya tidak akan disebarluaskan atau menjadi rahasia antara peneliti dengan responden.

2. Rahasia (Confidentiality)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden kepada peneliti akan dijamin. Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa informasi yang telah diberikan akan menjadi rahasia antara peneliti dengan responden. Peneliti akan melakukan tindakan pencegahan yang akan digunakan untuk menjaga kerahasiaan data penelitian sebagai berikut:

- 1) Dokumen atau berkas penelitian akan disimpan pada lokasi yang aman.

- 2) Data di komputer hanya diperuntukkan bagi peneliti dan hanya dapat diakses dengan menggunakan password secara pribadi.

#### **4.12 Keterbatasan Penelitian**

Aspek keterbatasan penelitian ini menjelaskan hambatan-hambatan yang diperoleh saat melakukan penelitian, antara lain:

1. Pengambilan data penelitian ini membutuhkan waktu lama karena menggunakan prinsip door to door dengan mencari alamat responden dahulu.
2. Suasana hati lansia turut memengaruhi pengisian instrumen sehingga mewajibkan peneliti untuk lebih peka terhadap keadaan lansia yang berdampak pada keterlambatan waktu dalam mengisi instrumen.
3. Jumlah responden yang didapatkan saat studi pendahuluan tidak sesuai saat dilakukan penelitian di lapangan karena ada beberapa responden yang sudah meninggal atau sudah tidak menetap di wilayah tersebut tetapi masih terdaftar di data kependudukan.

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Berikut ini merupakan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data tentang hubungan status bekerja dengan kualitas hidup bekerja lansia sebagai kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik yang dilakukan pada bulan Juli 2018. Hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden dan variabel yang diukur yaitu kualitas hidup lansia. Data kualitas hidup diperoleh dengan pengisian menggunakan kuesioner WHOQoL BREF kepada 164 responden lansia. Kemudian dilakukan pembahasan tentang hasil yang telah didapatkan sesuai dengan teori yang telah dikemukakan. Uji yang digunakan untuk mengetahui tingkat signifikansi dan menganalisis hubungan antara variable adalah uji statistik Chi Square dengan tingkat signifikansi  $\alpha = 0,05$ .

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Puskesmas Sembayat berdiri pada tahun 1975, sampai tahun 1987 yang berstatus sebagai puskesmas pembantu, dan di bawa pembinaan puskesmas Manyar, dengan dipimpin oleh Dokter Yayiek kemudian dilanjutkan oleh Dokter Rusmani dan Dokter Martoyo. Pada tahun 1987 diresmikan sebagai Puskesmas dengan dipimpin oleh Dokter Munawan dari tahun 1987 sampai tahun 1989 dan pada akhirnya dari tahun 2015 hingga sekarang dipimpin oleh Dr. Titik Ernawati. UPT Puskesmas Sembayat, adalah salah satu dari 32 puskesmas yang ada di kabupaten Gresik. Terletak di wilayah kecamatan Manyar. Wilayah kerja

Puskesmas Sembayat meliputi 11 desa, yaitu Desa Sembayat, Desa Karang Rejo, Desa Ngampel, Desa Pejanggan, Desa Morobakung, Desa Gumeno, Desa Tanggul Rejo, Desa Sumber Rejo, Desa Betoyo Guci, Desa Betoyo Kauman, dan Desa Banyuwangi. Batas wilayah Puskesmas Sembayat adalah:

1. Sebelah utara: Kecamatan Bungah
2. Sebelah timur: Desa Manyar Kompleks
3. Sebelah selatan: Desa Leran
4. Sebelah barat: Kabupaten Lamongan



Gambar 5.1 Peta wilayah kerja Puskesmas Sembayat

Luas wilayah kerja Puskesmas Sembayat adalah kurang lebih 30,9 km. Gambaran wilayahnya berupa pedesaan dengan di kelilingi pertambakan. Jumlah penduduk riil 29.869 jiwa dan jumlah penduduk supas 30.304 jiwa dengan jumlah lansianya yaitu 1956 jiwa. Terdapat 7643 KK serta 13.435 jiwa masyarakat yang terdaftar sebagai pengguna BPJS dengan 1388 jiwa yang terdaftar berobat. Selain itu



sebanyak 6519 jiwa masyarakat yang berobat juga terdaftar dalam JAMKESMAS. Program kerja khusus lansia yang dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Sembayat adalah Posyandu Lansia. Tingkat perekonomian lansia pada wilayah ini terhitung rendah karena sebagian besar lansia memiliki pendapatan kurang dari 1 juta dalam satu bulan.

### 5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik demografi responden lansia yang diperoleh saat pengumpulan data berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan, status bekerja, jumlah jam kerja dalam seminggu dan pendapatan dalam sebulan.

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi data demografi responden lansia di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik pada bulan Juli 2018

No	Karakteristik Demografi Responden	Kategori	f	%
1.	Usia	60-65 tahun	108	65,9%
		66-70 tahun	46	28%
		71-75 tahun	10	6,1%
2.	Jenis Kelamin	Laki-laki	121	73,8%
		Perempuan	43	26,2%
3.	Pendidikan Terakhir	Tidak Sekolah	22	13,4%
		SD	77	47%
		SMP	46	28%
		SMA	17	10,4%
		Diploma	1	0,6%
		Sarjana	1	0,6%
4.	Status Pernikahan	Menikah	108	65,9%
		Janda	43	26,2%
		Duda	13	7,9%
5.	Status Bekerja	Berusaha Sendiri	51	31,1%
		Berusaha Dibantu Buruh	12	7,3%
		Pegawai/Buruh/Karyawan	28	17,1%
		Pekerja Bebas Pertanian	20	12,1%
		Pekerja Bebas Nonpertanian	41	25%
		Pekerja Keluarga	12	7,3%
6.	Jumlah Jam Kerja	0-14 jam	30	18,3%
		15-34 jam	33	20,1%
		25-48 jam	42	25,6%
		>48 jam	59	36%
7.	Pendapatan	<1 juta	81	49,4%
		1-2 juta	62	37,8%
		2-3 juta	14	8,5%
		>3 juta	7	4,3%
<b>Total</b>			<b>164</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.1 dideskripsikan bahwa terdapat 73,8% responden lansia adalah laki-laki dan 26,2% adalah perempuan. Presentase paling besar

(65,9%) lansia didapatkan pada umur 60-65 tahun. Berdasarkan pendidikan terakhir, sebagian besar (47%) lansia memiliki pendidikan terakhir SD. Apabila berdasarkan status pernikahan, 65,9% lansia masih menikah. Selain itu dilihat dari status pekerjaan, sebagian besar (31,1%) lansia memiliki status bekerja sendiri dan terdapat 39% lansia memiliki jumlah jam kerja 25-48 jam dalam seminggu, serta apabila dilihat dari pendapatan dalam sebulan sebagian besar (43,9%) memiliki pendapatan <1 juta.

### 5.1.3 Variabel yang Diukur

Subbab ini menyajikan data tabel distribusi frekuensi yang menjelaskan mengenai pola hubungan antara variabel penelitian yaitu status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga. Berikut adalah tabel hubungan antar variabel tersebut:

Tabel 5.2 Tabulasi hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga domain 1 (kesehatan fisik) di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik pada bulan Juli 2018

Status Bekerja	Kualitas Hidup Domain 1				Total		p value
	Kesehatan Fisik						
	Buruk	Baik			f	%	
Berusaha Sendiri	9	5,5%	42	25,6%	51	31,1%	0,939
Berusaha dibantu Buruh	2	1,2%	10	6,1%	12	7,3%	
Pegawai/Buruh/Karyawan	6	3,7%	22	13,4%	28	17,1%	
Pekerja Bebas Pertanian	2	1,2%	18	11%	20	12,2%	
Pekerja Bebas Nonpertanian	6	3,7%	35	21,3%	41	25%	
Pekerja Keluarga	2	1,2%	10	6,1%	12	7,3%	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>16,5%</b>	<b>137</b>	<b>83,5%</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>	

Berdasarkan tabel 5.2 terlihat bahwa dari 164 responden lansia bekerja yang memiliki kualitas hidup buruk pada domain kesehatan fisik adalah 27 responden atau 16,5%, serta yang kualitas hidupnya baik sebanyak 137 responden atau

83,5%. Selain itu diperoleh nilai p value 0,939 jika dibandingkan dengan  $\alpha = 0,05$  maka Chi Square  $\geq 0,05$ , hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga pada domain 1 yaitu kesehatan fisik.

Tabel 5.3 Tabulasi hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga domain 2 (Psikologis) di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik pada bulan Juli 2018

Status Bekerja	Kualitas Hidup Domain 2				Total	p value
	Psikologis					
	Buruk	Baik	f	%		
Berusaha Sendiri	9	5,5%	42	25,6%	51	31,1%
Berusaha dibantu Buruh	1	0,6%	11	6,7%	12	7,3%
Pegawai/Buruh/Karyawan	3	1,8%	25	15,2%	28	17,1%
Pekerja Bebas Pertanian	4	2,4%	16	9,8%	20	12,2%
Pekerja Bebas Nonpertanian	10	6,1%	31	18,9%	41	25%
Pekerja Keluarga	2	1,2%	10	6,1%	12	7,3%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>17,7%</b>	<b>137</b>	<b>82,3%</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.3 ditemukan bahwa sebagian besar (82,3%) lansia yang bekerja memiliki kualitas hidup yang baik pada domain psikologis, serta yang memiliki kualitas hidup psikologis yang buruk terdapat 27 responden atau 17,7% dari 164 responden. Nilai p value yang ditemukan adalah 0,699 jika dibandingkan dengan  $\alpha = 0,05$  maka Chi-Square  $\geq 0,05$ . Hal ini dapat diartikan bahwa status bekerja tidak mempunyai hubungan dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga pada domain psikologis.

Tabel 5.4 Tabulasi hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga domain 3 (Sosial) di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik pada bulan Juli 2018

Status Bekerja	Kualitas Hidup Domain 3				Total		p value
	Sosial						
	Buruk	Baik	f	%	f	%	
Berusaha Sendiri	29	17,7%	22	13,4%	51	31,1%	0,162
Berusaha dibantu Buruh	3	1,8%	9	5,5%	12	7,3%	
Pegawai/Buruh/Karyawan	10	6,1%	18	11%	28	17,1%	
Pekerja Bebas Pertanian	10	6,1%	10	6,1%	20	12,2%	
Pekerja Bebas Nonpertanian	14	8,5%	27	16,5%	41	25%	
Pekerja Keluarga	5	3%	7	4,3%	12	7,3%	
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>43,3%</b>	<b>93</b>	<b>56,7%</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>	

Berdasarkan tabel 5.4 ditemukan dari 164 responden lansia bekerja yang memiliki kualitas hidup buruk pada domain sosial adalah 71 responden atau 43,3%, serta yang memiliki kualitas hidup sosial baik sebanyak 93 responden atau 56,7%. Diperoleh p value 0,162 jika dibandingkan dengan  $\alpha = 0,05$  maka Chi-Square  $\geq 0,05$ , hal ini berarti tidak ada hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga pada domain 3 yaitu sosial.

Tabel 5.5 Tabulasi hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga domain 4 (Lingkungan) di wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik pada bulan Juli 2018

Status Bekerja	Kualitas Hidup Domain 4				Total		p value
	Lingkungan						
	Buruk	Baik	f	%	f	%	
Berusaha Sendiri	10	6,1%	41	25%	51	31,1%	0,290
Berusaha dibantu Buruh	0	0%	12	7,3%	12	7,3%	
Pegawai/Buruh/Karyawan	3	1,8%	25	15,2%	28	17,1%	
Pekerja Bebas Pertanian	6	3,7%	14	8,5%	20	12,2%	
Pekerja Bebas Nonpertanian	6	3,7%	35	21,3%	41	25%	
Pekerja Keluarga	2	1,2%	10	6,1%	12	7,3%	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>16,5%</b>	<b>137</b>	<b>83,5%</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>	

Berdasarkan tabel 5.5, diketahui bahwa dari 164 responden didapat 27 responden lansia bekerja atau 16,5% memiliki kualitas hidup yang buruk dan 137 responden atau 83,5% memiliki kualitas hidup baik. Diperoleh p value 0,290 jika dibandingkan dengan  $\alpha = 0,05$  maka  $\text{Chi-Square} \geq 0,05$ . Hasil tersebut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga pada domain lingkungan.

## **5.2 Pembahasan**

### **5.2.1 Status Bekerja Lansia sebagai Kepala Keluarga**

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa status bekerja yang dimiliki lansia sebagian besar adalah berusaha sendiri diikuti oleh pekerja bebas nonpertanian, pegawai/ buruh/ karyawan, pekerja bebas pertanian, serta berusaha dibantu buruh dan pekerja keluarga dengan jumlah paling kecil.

Hal ini karena lokasi penelitian merupakan pedesaan dimana lebih banyak tersedia lapangan kerja informal yang tidak memerlukan keterampilan khusus dan tidak ada batas umur tertentu untuk berhenti bekerja. Lapangan pekerjaan yang tersedia di lokasi penelitian paling besar adalah pedagang di pasar sehingga banyak lansia yang memilih untuk berusaha sendiri untuk memenuhi kebutuhan. Selain itu, pendidikan juga diperkirakan memengaruhi status bekerja yang dimiliki lansia karena didapatkan bahwa sebagian besar responden lansia bekerja pada penelitian memiliki tingkat pendidikan terakhir SD. Pernyataan ini didukung oleh penelitian Affandi (2009) yang menyatakan secara keseluruhan tingkat pendidikan lansia umumnya adalah rendah, tingkat pendidikan akan mempengaruhi jenis pekerjaan, tingkat pendapatan lansia, dan bagaimana

manajemen keuangan lansia di masa tuanya. Lansia berpendidikan rendah cenderung untuk tetap bekerja di hari tuanya disebabkan tidak memiliki tabungan dari pekerjaan di masa mudanya. Selain itu karena sebagian besar lansia memiliki status berusaha sendiri menunjukkan banyaknya lansia yang tergolong sebagai vulnerable employment. Lansia yang tergolong dalam jenis pekerjaan ini lebih rentan terhadap siklus ekonomi yang buruk. Besarnya persentase lansia bekerja tidak didukung dengan upah yang memadai. Hal ini dibuktikan dengan lebih besarnya jumlah responden lansia bekerja yang memiliki pendapatan <1 juta dalam satu bulan yang membuktikan bahwa kecilnya kesejahteraan yang dimiliki lansia. Banyaknya lansia yang masih bekerja disebabkan oleh kebutuhan ekonomi yang relatif masih besar, serta secara fisik dan mental lansia tersebut masih mampu melakukan aktivitas sehari-hari. Tetapi di satu pihak lansia yang masih bekerja menunjukkan bahwa lansia memang masih aktif di pasar kerja dan berusaha untuk tidak tergantung pada manusia lainnya, tapi di pihak lain mereka dapat menjadi masalah jika tidak diperhatikan sebagaimana mestinya.

### **5.2.2 Kualitas Hidup Lansia sebagai Kepala Keluarga**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar kualitas hidup responden lansia bekerja adalah baik. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya lansia yang memiliki kualitas hidup baik pada setiap domain yang di nilai yaitu kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Namun pada penelitian ini banyak lansia yang mengeluh kelelahan tapi masih bekerja karena merasa memiliki tanggung jawab sebagai kepala keluarga atau memiliki kewajiban untuk memenuhi kebutuhan hidup tetapi tetap bersyukur dan merasa puas karena dapat memiliki

penghasilan atau upah dari pekerjaan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari meskipun sudah berusia lanjut.

Menurut World Health Organization Quality of Life (WHOQoL), kualitas hidup merupakan kondisi fungsional lansia meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat, self esteem dan kepercayaan individu, hubungan sosial lansia yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, serta aktivitas seksual, dan kondisi lingkungan yaitu lingkungan rumah, kebebasan, keselamatan fisik, aktivitas di lingkungan, kendaraan, keamanan, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial (Yulianti et al., 2014). Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Islamiyah, Jafar, dan Hadju (2013) yang menjelaskan bahwa lansia bekerja memiliki kualitas hidup yang tinggi. Hal ini diduga karena lansia yang bekerja masih sering melakukan aktifitas fisik dalam kehidupan sehari-hari. Seperti pada penelitian Anoyke, dkk (2012), tentang kualitas hidup dengan aktivitas fisik menunjukkan bahwa dengan melakukan aktivitas fisik yang tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Sama dengan penelitian dari Huang, dkk (2017) ditemukan bahwa orang yang melakukan aktivitas fisik setiap minggu memiliki nilai indeks kualitas hidup lebih tinggi daripada yang tidak melakukan aktivitas fisik karena jarang ditemukan untuk melaporkan masalah kesehatan seperti mobilitas, perawatan diri, aktivitas biasa.



Menurut analisa peneliti lansia yang bekerja memiliki faktor pendukung aktifitas fisik karena masih mampu beraktifitas mandiri dalam berjalan, perawatan diri, kegiatan sehari-hari, dan tidak pernah atau jarang merasa cemas/ depresi karena memiliki aktivitas yang lebih banyak. Selain itu, pernyataan lansia tersebut menunjukkan bahwa mereka yang memiliki kesadaran akan diri sendiri mampu untuk menurunkan distress dan meningkatkan kesejahteraan psikologis yang mengalami gangguan fisik dan psikis. Seperti pada penelitian Sari dan Yulianti (2017) yang menunjukkan bahwa ada hubungan positif mindfulness dengan kualitas hidup, semakin tinggi mindfulness maka semakin tinggi pula kualitas hidup lanjut usia, sebaliknya semakin rendah mindfulness maka semakin rendah pula kualitas hidup lanjut usia. Mindfulness disini merupakan kesadaran akan keadaan pada diri sendiri.

### **5.2.3 Hubungan Status Bekerja dengan Kualitas Hidup Lansia sebagai Kepala Keluarga**

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan uji Chi square menunjukkan nilai  $p\text{-value} \geq 0,05$  pada setiap domain kualitas hidup, maka dapat disimpulkan bahwa “Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga”.

Menurut teori World Health Organization Quality of Life (WHOQoL), 1996 bahwa salah satu faktor kualitas hidup merupakan status pekerjaan yang dapat berpengaruh pada kondisi fungsional lansia yang meliputi kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial lansia, dan aktivitas lansia di lingkungan. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Lumanauw et al., (2017) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan kualitas

hidup penduduk di Kelurahan Kinilow Kecamatan Tomohon Utara Kota Tomohon. Berbeda dengan penelitian Adawiyah dan Kariasa (2014) yang sejalan dengan hasil peneliti yaitu ditemukan hasil uji statistik bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup.

Menurut peneliti perbedaan hasil penelitian ini karena penelitian Lumanauw et al., (2017) mengambil sampel pada populasi umum sedangkan peneliti dalam penelitian ini mengambil sampel populasi lansia yang diketahui sering mengalami perubahan suasana hati yang dapat memengaruhi dalam pengisian kuesioner. Selain itu lansia terlihat kurang percaya diri saat menjawab pertanyaan pada kuesioner diduga karena merasa malu mengungkapkan perasaan yang sesungguhnya dari keadaan hidup yang dimiliki tetapi tetap memiliki keyakinan spiritual yang tinggi sehingga selalu tetap bersyukur dengan keadaan yang ada. Hal ini didukung dengan penelitian Yuzefo et al., (2015) yang menyatakan bahwa lansia yang memiliki tingkat spiritual yang tinggi sebagian besar kualitas hidupnya adalah baik. Oleh karena itu, hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan. Dilihat dari 4 domain kualitas hidup, domain kesehatan fisik dan lingkungan memiliki nilai paling besar pada kualitas hidup lansia bekerja, sedangkan yang paling kecil merupakan domain sosial. Hasil ini diperkirakan karena lansia yang bekerja lebih berfokus memenuhi kebutuhan hidup dan tanggung jawabnya sebagai kepala keluarga sehingga waktu untuk melakukan hubungan sosial lebih sedikit dibanding waktu bekerja yang lebih besar. Hal ini ditunjukkan dengan jumlah jam kerja lansia pada penelitian paling besar adalah >48 jam dalam satu minggu. Serta didukung oleh pernyataan beberapa lansia yang mengaku bahwa selalu

beristirahat dan jarang keluar rumah setiap sepulang bekerja karena merasa lelah. Jumlah jam kerja yang dimiliki lansia juga tidak sebanding dengan pendapatan yang diperoleh yaitu <1 juta dalam satu bulan. Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa lansia yang bekerja sebagian besar memiliki kualitas hidup yang baik tetapi memiliki kesejahteraan yang kecil dibuktikan dari banyaknya aktifitas fisik yang dilakukan pada kehidupan sehari-hari serta kesadaran atau penerimaan akan perubahan keadaan pada diri sendiri meskipun mengalami penurunan kekuatan fisik dan hasil pendapatan bekerja yang tidak sebanding dengan tenaga yang dikeluarkan sehari-harinya. Status bekerja berusaha sendiri dan pekerja bebas nonpertanian merupakan status bekerja yang paling banyak dimiliki oleh lansia. Sebagian besar nilai kualitas hidup yang didapat dari dua status bekerja tersebut adalah baik tetapi terdapat juga beberapa lansia dengan status bekerja berusaha sendiri dan pekerja bebas nonpertanian yang memiliki kualitas hidup buruk pada beberapa domain. Lansia berstatus bekerja berusaha sendiri dan pekerja bebas nonpertanian dengan nilai kualitas hidup buruk sebagian besar memiliki jumlah jam kerja lebih dari 48 jam dalam seminggu. Faktor banyaknya jumlah jam kerja yang dimiliki oleh lansia tersebut diduga berpengaruh pada tingkat kesehatan fisik lansia yang mengakibatkan lansia memiliki kualitas hidup fisik yang buruk. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebaiknya lansia yang bekerja lebih memerhatikan dan mengatur waktu bekerja yang dimiliki agar lebih optimal dan seimbang dengan waktu istirahat.

## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai simpulan dan saran dari hasil penelitian hubungan status bekerja dengan kualitas hidup lansia sebagai kepala keluarga.

#### **6.1 Simpulan**

1. Sebagian besar pekerjaan yang dimiliki lansia adalah pedagang dipasar yang termasuk dalam kategori status bekerja berusaha sendiri.
2. Sebagian besar responden lansia sebagai kepala keluarga yang bekerja memiliki nilai kualitas hidup yang baik.
3. Lansia sebagai kepala keluarga dengan status bekerja berusaha sendiri belum tentu memiliki kualitas hidup yang baik.

#### **6.2 Saran**

##### 1) Bagi Kader Lansia

Kader lansia disarankan untuk memberikan edukasi berupa pendidikan dan promosi kesehatan kepada lansia dan keluarga agar lebih memperhatikan kapasitas bekerja yang dimiliki lansia sehingga tidak hanya dapat meningkatkan kualitas hidup tetapi juga kesejahteraan lansia.

##### 2) Bagi Puskesmas

Meningkatkan kembali program Posyandu lansia dengan melakukan penyuluhan dan membuat kegiatan pembinaan untuk pekerja lansia agar bisa bekerja sesuai kemampuan untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup lansia.

3) Bagi Responden

Responden hendaknya senantiasa mengikuti program-program kesehatan yang telah direncanakan oleh unit pelayanan kesehatan terdekat seperti Posyandu lansia oleh Puskesmas untuk menjaga kualitas hidup lansia terutama lansia yang bekerja.

4) Bagi peneliti selanjutnya.

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yang mungkin memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap kualitas hidup lansia. Misalkan dengan menggunakan metode penelitian kualitatif agar dapat memperoleh hasil yang lebih mendalam tentang kualitas hidup lansia. Apabila menggunakan prinsip door to door disarankan membuat tim penelitian agar dapat mempercepat waktu penelitian.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Adawiyah dan Kariasa. (2014) Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke. FIK UI, (Online), <http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2016-08//S56513-Robiyatul%20Adawiyah>.
- Adina, A. F. (2017) Hubungan Tingkat Kemandirian dengan Kualitas Hidup Lansia di Padukuhan Karang Tengah Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta. Yogyakarta: Universitas Aisyiyah.
- Affandi, M. (2009) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penduduk Lansia untuk Bekerja. *Journal of Indonesian Applied Economic*.
- Andesty, D. (2017). Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Lansia. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Angriyani, D. (2008) Kualitas Hidup pada Orang dengan Penyakit Lupus Erythematosus (Odapus). Surabaya: Universitas Airlangga.
- Anokye dkk., (2012) Physical Activity and Health Related Quality of Life. *Biomed Central*, (Online), <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-624>.
- Azizah, Lilik Ma'rifatul. (2011) Keperawatan Lanjut Usia. Jakarta: Graha Ilmu.
- Azizah, R. dan Hartanti, R. D. (2016) Hubungan Antara Tingkat Stress Dengan Kualitas Hidup Lansia Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Wonopringgo Pekalongan, pp. 261–278. Available at: [https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/7766/Mahasiswa \(Student Paper Presentation\)\(1\)\\_31.pdf?sequence=1](https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/7766/Mahasiswa%20(Student%20Paper%20Presentation)(1)_31.pdf?sequence=1).
- Badan Pusat Statistika (2014) Statistik Penduduk Lanjut Usia , pp. 1–239. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Badan Pusat Statistika (2017) Statistik Penduduk Lanjut Usia 2017, pp. 1–8.
- Brandolim Becker, N. et al. (2018) Depresión y calidad de vida en adultos mayores: mediación de la calidad del sueño, *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Asociación Española de Psicología Conductual, 18(1), pp. 8–17. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.10.002.
- Akosilea, Christopher Olusanjo et al., (2013) Depression, functional disability and quality of life among Nigerian older adults: Prevalences and relationships, *Quality of Life Research*. Elsevier, 22(3), pp. 39–43. doi: 10.1007/s11136-012-0315-3.
- Hidayat, A.Aziz Alimul. (2010) Metode Penelitian Kesehatan: Paradigma Kuantitatif. Surabaya: Kelapa Pariwara.
- Huang dkk, 2017. Assessing Health Related Quality of Life of Chinese Adults in Heilongjiang Using EQ-5D-3L. *Int.J.Environmental Research and Public Health*. (Online), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/artcles/PMC5369060/>
- Ika Nur Rohmah, A., Bariyah, K. and Keperawatan, J. (2012) Quality of Life Elderly, 120 Juli, pp. 120–132. doi: ISSN 2086-3071.

- Islamiyah, Jafar, N. and Hadju, V. (2013) *Gaya Hidup, Status Gizi dan Kualitas Hidup Manusia Lanjut Usia yang Masih Bekerja*, Universitas Hasanuddin.
- Kemendes RI (2017) *Analisis LANSIA di Indonesia*, Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, (Lansia), pp. 1–8.
- Khorni, S. (2017) *Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia di desa gonilan kecamatan kartasura kabupaten sukoharjo*. Surakarta: UMS.
- Kusumawardani, A. (2014) *Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Lansia Penderita Hipertensi*, pp. 1–9.
- Lapau, B. (2013) *Metode Penelitian Kesehatan: Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis dan Disertasi*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Lumanauw, S. W. et al. (2017) *Hubungan antara Aktifitas Fisik dan Status Pekerjaan dengan Kualitas Hidup Penduduk di Kelurahan Kinilow Kecamatan Tomohon Utara Kota Tomohon*, (June).
- Ma, X. and McGhee, S. M. (2013) *A cross-sectional study on socioeconomic status and health-related quality of life among elderly Chinese*, *BMJ Open*, 3(2), pp. 17–19. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002418.
- Manoppo, M. L. (2017) *Hubungan Status Bekerja dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia di Jemaat GMIM Kyrios Kawiley Kecamatan Kauditan Minahasa Utara*, 5, pp. 1–5.
- Marta, OFD. (2012). *Determinan Tingkat Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan*. Depok: Universitas Indonesia.
- Maryam, R. Siti, dkk. (2008) *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Miranda, L. C. V., Soares, S. M. and Silva, P. A. B. (2016) *Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa*, *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), pp. 3533–3544. doi: 10.1590/1413-812320152111.21352015.
- Nofitri. (2009) *Gambaran Kualitas Hidup Penduduk Dewasa pada Lima Wilayah di Jakarta*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo. (2012) *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2014) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktisi Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2017) *Metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan Praktisi Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prasetyo. S. (2010) *Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri Edisi I*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Pukeliene, V., & Starkauskiene, V. (2011). *Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity*. *Journal Of Inzinerine Ekonomica Engineering Economics*, 22 (2), 147-156.
- Putri, R D., (2013) *Gambaran Kualitas Hidup pada Lansia dengan Normotensi*



- dan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Gianyar I Periode Bulan November Tahun 2013. *Jurnal Kedokteran*. Bali: Universitas Udayana.
- Quan, H.C, Mei, z.x, Rong, D.B, Chan, L.Z, Rong, Y.J, Xiu,L.Q. (2009). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and Aging*, 39, 23-30.
- Salim OC dkk. (2007) Validitas dan Reliabilitas World Health Organization Quality of Life-BREF untuk mengukur kualitas hidup lanjut usia. *Universa Med. Jurnal* vol.
- Sari, R. A. and Yulianti, A. (2017) Mindfulness Dengan Kualitas Hidup Pada Lanjut Usia, 13.
- Saryono. (2008) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Setiati, S., Harimurti, K., & R, A. G. (2009) *Proses Menua dan Implikasi Kliniknya edisi V*. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.hlm.1335-1340.
- Sugiyono. (2016) *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Susilowati, D. (2016) *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Promosi Kesehatan*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, p. 201.
- Tamher,S. (2009) *Kesehatan usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- United Nations and Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2017) *World Population Ageing 2017 - Highlights*. Available at: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf).
- Vagetti, G. C. et al. (2014) Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review 2000-2012, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1), pp. 76–88. doi: 10.1590/1516-4446-2012-0895.
- Yuliati, A., Baroya, N., Ririanty, M. (2014) Perbedaan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal di Komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia. *Jember: e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, vol. 2 (no. 1) Januari 2014.
- Yuzefo, Sabrian & Novayelinda. (2015). *Hubungan Status Spiritual dengan Kualitas Hidup pada Lansia*. Riau: Universitas Riau.

## LAMPIRAN-LAMPIRAN


Lampiran 1

## SURAT KETERANGAN LULUS ETIK

 <p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA</p> <p>KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL</p> <p><b>"ETHICAL APPROVAL"</b> No : 1021-KEPK</p> <p>Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :</p> <p><i>The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :</i></p> <p><b>"HUBUNGAN STATUS BEKERJA DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA SEBAGAI KEPALA KELUARGA"</b></p> <table border="0"> <tr> <td><u>Peneliti utama</u></td> <td>: Retno Dewi Anggraini</td> </tr> <tr> <td><u>Principal Investigator</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Nama Institusi</u></td> <td>: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga</td> </tr> <tr> <td><u>Name of the Institution</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u></td> <td>: Wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik</td> </tr> <tr> <td><u>Setting of research</u></td> <td></td> </tr> </table> <p>Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat. <i>And approved the above-mentioned protocol with Expedited.</i></p> <p style="text-align: right;">             Surabaya, 17 Juli 2018            Ketua, KEPK (1021-KEPK)  <b>Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.</b>            NIP. 1963 0608 1991 03 1002         </p>		<u>Peneliti utama</u>	: Retno Dewi Anggraini	<u>Principal Investigator</u>		<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga	<u>Name of the Institution</u>		<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik	<u>Setting of research</u>	
<u>Peneliti utama</u>	: Retno Dewi Anggraini												
<u>Principal Investigator</u>													
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga												
<u>Name of the Institution</u>													
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Wilayah kerja Puskesmas Sembayat Gresik												
<u>Setting of research</u>													

## Lampiran 2

**SURAT PERIJINAN PENELITIAN**

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mahono Sarabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: <a href="http://www.unair.ac.id">http://www.unair.ac.id</a>   Email: <a href="mailto:dekan_ners@fkip.unair.ac.id">dekan_ners@fkip.unair.ac.id</a>	
<hr/>		
Nomor	: 1567/UNS.1.13/PPd/2018	23 Mei 2018
Lampiran	: 1 (satu) eksemplar	
Perihal	: <b>Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian</b>	
Kepada Yth:	Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Gresik	
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi:		
Nama	: Retno Dewi Anggraini	
NIM	: 131411131059	
Judul Skripsi	: Hubungan Status Bekerja dengan Kualitas Hidup Lansia sebagai Kepala Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sembayat Gresik	
Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.		
	 n. Dekan Universitas Airlangga Dekan I Dr. Galuhanto, S.Kp., M.Kes. NIP. 196808291989031002	
Tembusan:	1. Kepala Puskesmas Sembayat Gresik 2. Kepala Desa Sembayat Gresik 3. Kepala Desa Karangrejo Gresik	



**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK  
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN, PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN DAERAH (BAPPEDA)**

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 245 Telp. 3952825 – 30 psw. 209. 3952812  
Website : <http://bappeda.gresik.go.id> email : [bappeda@gresikkab.go.id](mailto:bappeda@gresikkab.go.id)

**G R E S I K**

Gresik, 20 Maret 2018

Nomor : 070/120/437.71/2018  
Sifat : Penting  
Lampiran : 1 (Satu) Berkas  
Perihal : Rekomendasi Izin Penelitian  
Survey/ Research/KKN

Kepada  
Yth. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
di –  
Surabaya

Dasar :

1. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik;
2. Peraturan Bupati Gresik Nomor 67 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik;
3. Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga di Surabaya Nomor: 759/UN3.1.13/PPd/2018 tanggal 16 Maret 2018 Perihal Permohonan Fasilitas Survey Pengambilan Data Awal.

Maka dengan ini Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik menyatakan tidak keberatan atas dilakukannya kegiatan yang dilakukan oleh:

1. Nama : Retno Dewi Anggraini
2. NIM/NIK/NIDN : 131411131059
3. Pekerjaan : Mahasiswa
4. Alamat : Desa Karangrejo RT.002 RW.001  
Kecamatan Manyar Kab. Gresik
5. Keperluan dilakukannya survey/penelitian/KKN : Untuk Melaksanakan dengan Judul "Hubungan Status Bekerja dengan Kualitas Hidup Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sembayat Gresik"
6. Tempat melakukan survey/penelitian/KKN : Kab. Gresik
7. Waktu Pelaksanaan survey/penelitian/KKN : 21 Juni - 21 September 2018
8. Peserta/Pengikut : -



**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK**  
**BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN, PENELITIAN DAN**  
**PENGEMBANGAN DAERAH (BAPPEDA)**  
 Jl. Dr. Wahidin Sudirpusodo No. 245 Telp. 3952825 – 30 psw. 209. 3952812  
 Website : <http://bappeda.gresik.go.id> email : [bappeda@gresikkab.go.id](mailto:bappeda@gresikkab.go.id)  
**GRESIK**

---

Gresik, 20 Maret 2018

<p>Nomor : 070/120/437.71/2018          Sifat : Penting          Lampiran : 1 (Satu) Berkas          Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian                    Survey/ Research/KKN</p>	<p>Kepada          Yth. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan          Universitas Airlangga          di –          Surabaya</p>
--	--

Dasar :

1. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik;
2. Peraturan Bupati Gresik Nomor 67 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik;
3. Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga di Surabaya Nomor: 759/UN3.1.13/PPd/2018 tanggal 16 Maret 2018 Perihal Permohonan Fasilitas Survey Pengambilan Data Awal.

Maka dengan ini Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik menyatakan tidak keberatan atas dilakukannya kegiatan yang dilakukan oleh:

1. Nama	: Retno Dewi Anggraini	
2. NIM/NIK/NIDN	: 131411131059	
3. Pekerjaan	: Mahasiswa	
4. Alamat	: Desa Karangrejo RT.002 RW.001 Kecamatan Manyar Kab. Gresik	
5. Keperluan dilakukannya survey/penelitian/KKN	: Untuk Melaksanakan Penelitian dengan Judul "Hubungan Status Bekerja dengan Kualitas Hidup Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sembayat Gresik"	
6. Tempat melakukan survey/penelitian/KKN	: Kab. Gresik	
7. Waktu Pelaksanaan survey/penelitian/KKN	: 20 Maret - 20 Juni 2018	
8. Peserta/Pengikut	: -	



-2-

Dalam melakukan kegiatan survey / reseach / penelitian agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Sebelum dan setelah dilaksanakannya survey / research / penelitian diwajibkan melapor kepada Instansi terkait;
2. Tidak diperkenankan melaksanakan kegiatan lain diluar kegiatan survey / research / penelitian yang dilakukan;
3. Setelah melakukan survey / research / penelitian selambat - lambatnya 1 (satu) bulan agar menyerahkan 1 (satu) ex. / buku hasil survey / research / penelitian kepada Bupati Gresik melalui Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik.

Demikian rekomendasi ijin penelitian / survey / research ini dibuat, untuk dapat dipergunakan seperlunya.

**AN.KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN,  
PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH (BAPPEDA)  
KABUPATEN GRESIK**

**Kabid. Penelitian dan Pengembangan**



Tembusan :

1. Yth. Sdr. Kepala Kantor Kesbangpol Kab. Gresik;
2. Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik;
3. Yth. Sdr. Camat Manyar Kab. Gresik;
4. Yth. Sdr. Kepala Desa Sembayat Kec. Manyar Kab. Gresik;
5. Arsip.



**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT PUSKESMAS SEMBAYAT**

Jl. Pendopo No. 1 Sembayat Manyar Gresik Telp. (031) 2949800  
 email : plmsembayat@gmail.com  
 G R E S I K 61151



---

**SURAT KETERANGAN**  
**NOMOR : 445/809 /437.52.07/2018**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

a. Nama	: Tatot Dwiutomo, SE
b. Jabatan	: Ka. Sub. Bag. Tata Usaha UPT. Pusk. Sembayat

Dengan ini menerangkan bahwa :

a. Nama	: Retno Dewi Angraini
b. NIM	: 131411131059
c. Semester	: 8 (delapan)
d. Program Studi	: Pendidikan Ners. Fakultas Keperawatan Universitas Airangga

Dengan ini menerangkan bahwa nama tersebut diatas telah melaksanakan Penelitian di UPT Puskesmas Sembayat, Jl. Pendopo No. 01 Desa Sembayat Manyar Kabupaten Gresik, yang dilaksanakan pada tanggal 20 Maret 2018 s/d 20 Juli 2018 dengan judul " Hubungan Status Bekerja dengan Kualitas Hidup Lansia sebagai Kepala Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sembayat Gresik".

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya,

Gresik, 25 Juli 2018

KA. SUB. BAG TU.  
**UPT PUSKESMAS SEMBAYAT**



**TATOT DWIUTOMO, SE.**  
 NIP. 19680722 198903 1 008

## Lampiran 3

**PENJELASAN PENELITIAN RESPONDEN LANSIA**

**Judul Penelitian :** Hubungan Status Bekerja dengan Kualitas Hidup Lansia Sebagai Kepala Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sembayat Gresik

**Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui adakah hubungan status bekerja lansia sebagai kepala keluarga dengan kualitas hidup lansia.

**Perlakuan yang Diterapkan pada Responden**

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pengumpulan data satu kali waktu, dalam penelitian ini lansia akan :

1. Pada tahap awal, peneliti perlu mengetahui status mental lansia dengan menjawab 10 pertanyaan dalam kuesioner SPMSQ.
2. Lansia akan mengisi kuesioner data demografi yang didalamnya terdapat pilihan status bekerja yang dimiliki lansia.
3. Lansia akan melakukan pengisian lembar kuesioner kualitas hidup WHOQoL-BREF.

**Manfaat Penelitian bagi Subjek Penelitian**

Penelitian ini dapat menjadi sumber informasi bagi lansia bahwa status bekerja yang dimiliki berhubungan dengan kualitas hidup lansia.

**Bahaya Potensial**

Penelitian ini tidak menimbulkan dampak yang berbahaya kepada lansia.

**Hak untuk Undur Diri**

Keikutsertaan lansia dalam penelitian ini bersifat sukarela dan lansia berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan lansia.



**Adanya Insentif untuk Subyek Penelitian**

Seluruh lansia yang menjadi responden penelitian akan memperoleh souvenir/cinderamata sebagai bentuk terima kasih oleh peneliti.

**Informasi Tambahan**

Responden penelitian dapat menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti :

Retno Dewi Anggraini

Telp : 085330329183

Email : retnoanggraini10@gmail.com

Yang mendapat penjelasan,

Surabaya, .....

Yang memberi penjelasan

Retno Dewi Anggraini

Saksi,

**INFORMED CONSENT RESPONDEN LANSIA  
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :  
Usia :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :

Telah mendapat keterangan secara rinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul **“Hubungan Status Bekerja dengan Kualitas Hidup Lansia sebagai Kepala Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sembayat Gresik”**
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia\*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Peneliti, Surabaya, 2016  
Responden,

.....

.....

Saksi,

.....

\*) Coret salah satu

**SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE**  
(SPMSQ)

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Tanggal, bulan, dan tahun berapa sekarang ?		
2	Hari apa sekarang ?		
3	Apa nama tempat ini ?		
4	Dimana alamat anda ?		
5	Berapa umur anda ?		
6	Kapan anda lahir ?		
7	Siapa presiden Indonesia saat ini?		
8	Siapa presiden sebelumnya ?		
9	Siapa nama Ibu anda ?		
10	Dapatkan anda menghitung mundur dari angka 20 ?		
<b>Jumlah</b>			

**Interpretasi:**

- a. Salah 0-2 : Fungsi kognitif normal
- b. Salah 3-4 : Gangguan kognitif ringan
- c. Salah 5-7 : Gangguan kognitif sedang
- d. Salah  $\geq$  8 : Gangguan kognitif berat

Lampiran 4

**INSTRUMEN PENELITIAN****KUESIONER PENELITIAN HUBUNGAN STATUS BEKERJA DENGAN  
KUALITAS HIDUP LANSIA SEBAGAI KEPALA KELUARGA DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SEMBAYAT GRESIK****Petunjuk Pengisian**

Bapak / Ibu diharapkan :

1. Menjawab setiap pertanyaan yang tersedia dibawah ini dengan memberikan tanda checklist (√) atau mengisi jawaban pada tempat yang telah disediakan.
2. Semua pertanyaan harus dijawab.
3. Bila ada pertanyaan yang tidak jelas atau kurang dimengerti, dapat ditanyakan kepada peneliti.

**I. Data Demografi**

1. Kode (diisi oleh peneliti) : .....
2. Usia :
 

<input type="checkbox"/> 60-65 Tahun	<input type="checkbox"/> 66-70 Tahun
<input type="checkbox"/> 71-80 Tahun	<input type="checkbox"/> >80 Tahun
3. Jenis Kelamin :
 

<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan
------------------------------------	------------------------------------
4. Pendidikan terakhir :
 

<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> SMP	<input type="checkbox"/> SMA	<input type="checkbox"/> Diploma
<input type="checkbox"/> Sarjana	<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah		
5. Status Perkawinan :
 

<input type="checkbox"/> Menikah	<input type="checkbox"/> Tidak menikah	<input type="checkbox"/> Janda	<input type="checkbox"/> Duda
----------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------

6. Status Pekerjaan :
- Berusaha sendiri
  - Berusaha dibantu buruh
  - Buruh/ karyawan/ pegawai
  - Pekerja bebas di pertanian
  - Pekerja bebas di nonpertanian
  - Pekerja keluarga/ tak dibayar
7. Jumlah Jam Kerja (satu minggu)
- 0-14 jam                       15-34 jam
  - 35-48 jam                       > 48 jam
8. Pendapatan (Satu bulan)
- < 1 juta                       1-2 juta
  - 2-3 juta                       >3 juta.

## II. Kuesioner Kualitas Hidup WHOQoL-BREF

1. Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda.
2. Saya akan membacakan setiap pertanyaan kepada anda, bersamaan dengan pilihan jawaban.
3. Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.
4. Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.
5. Yakinlah dalam pikiran anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian anda. Saya akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda pada empat minggu terakhir.

		<b>Sangat buruk</b>	<b>Buruk</b>	<b>Biasa saja</b>	<b>Baik</b>	<b>Sangat baik</b>
1.	Bagaimana menurut Bapak/Ibu kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

		<b>Sangat tidak puas</b>	<b>Tidak puas</b>	<b>Biasa saja</b>	<b>Puas</b>	<b>Sangat puas</b>
2.	Seberapa puas Bapak/Ibu terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** Bapak/Ibu mengalami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir.

		<b>Tidak sama sekali</b>	<b>Sedikit</b>	<b>Dalam jumlah sedang</b>	<b>Sangat sering</b>	<b>Dalam jumlah banyak</b>
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik Bapak/Ibu sehingga mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1
4.	Seberapa sering Bapak/Ibu membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari?	5	4	3	2	1
5.	Seberapa jauh Bapak/Ibu menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6.	Seberapa jauh Bapak/Ibu merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh Bapak/Ibu mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Secara umum, seberapa aman Bapak/Ibu rasakan dalam kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
9.	Seberapa sehat lingkungan tempat tinggal Bapak/Ibu? (berkaitan dengan sarana dan prasarana)	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang seberapa penuh Bapak/Ibu alami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir ?

		<b>Tidak sama sekali</b>	<b>Sedikit</b>	<b>Dalam jumlah sedang</b>	<b>Sangat sering</b>	<b>Dalam jumlah banyak</b>
10.	Apakah Bapak/Ibu memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11.	Apakah Bapak/Ibu dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah Bapak/Ibu memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi Bapak/Ibu dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering Bapak/Ibu memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/ rekreasi?	1	2	3	4	5

		<b>Sangat buruk</b>	<b>Buruk</b>	<b>Biasa saja</b>	<b>Baik</b>	<b>Sangat baik</b>
15.	Seberapa baik kemampuan Bapak/Ibu dalam bergaul?	1	2	3	4	5

		<b>Sangat tidak puas</b>	<b>Tidak puas</b>	<b>Biasa saja</b>	<b>Puas</b>	<b>Sangat puas</b>
16.	Seberapa puas Bapak/Ibu terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puas Bapak/Ibu dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan	1	2	3	4	5

	anda sehari-hari?					
18.	Seberapa puaslah Bapak/Ibu dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puaslah Bapak/Ibu terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puaskan Bapak/Ibu dengan hubungan personal/ sosial anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puaslah Bapak/Ibu dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaslah Bapak/Ibu dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puaslah Bapak/Ibu dengan kondisi tempat tinggal anda saat ini?	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puaslah Bapak/Ibu dengan akses pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaslah Bapak/Ibu dengan transportasi yang harus anda jalani?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering Bapak/Ibu merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam 4 minggu terakhir.

		<b>Tidak pernah</b>	<b>Jarang</b>	<b>Cukup sering</b>	<b>Sangat sering</b>	<b>Selalu</b>
26.	Seberapa sering Bapak/Ibu memiliki perasaan negatif seperti “feeling blue” (kesepian), putus asa, cemas, dan depresi?	5	4	3	2	1



Komentar pewawancara tentang penilaian ini?

---



---

(Tabel berikut ini harus dilengkapi setelah wawancara selesai)

		Persamaan untuk menghitung nilai domain	Nilai mentah	Transformed scoes*	
				4 - 20	0 - 100
27.	Domain 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10+Q15+Q16+Q17+Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	a =	b :	c :
28.	Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$	a =	b :	c :
29.	Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$	a =	b :	c :
30.	Domain 4	$Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	a =	b :	c :



## Lampiran 5

**TABULASI DATA RESPONDEN**

## A. Data Demografi dan Hasil Kualitas Hidup

No. Resp	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Status Pernikahan	Jumlah Jam Kerja	Pendapatan	Status Bekerja	Kualitas Hidup Dom 1	Kualitas Hidup Dom 2	Kualitas Hidup Dom 3	Kualitas Hidup Dom 4
R1	1	1	3	1	4	1	1	2	2	1	2
R2	3	1	4	1	3	3	3	2	2	2	2
R3	1	1	3	1	3	1	5	2	2	2	2
R4	1	1	3	1	3	1	1	2	2	1	2
R5	1	2	2	3	4	1	3	2	2	2	2
R6	1	2	1	3	4	1	1	2	1	1	2
R7	2	1	2	1	2	1	5	2	2	2	1
R8	1	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2
R9	1	2	2	3	4	1	1	1	2	1	2
R10	1	1	3	1	4	3	1	2	1	1	1
R11	1	2	2	3	2	1	4	2	2	1	2
R12	1	2	2	3	4	2	4	2	2	2	2
R13	2	1	2	1	3	1	1	2	1	1	1
R14	1	1	2	1	3	2	1	2	2	1	2
R15	1	1	2	1	2	1	6	2	2	1	2
R16	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2
R17	1	1	2	1	1	1	5	2	2	2	2

R18	2	1	3	1	3	2	6	2	2	1	2
R19	1	1	3	1	2	1	5	2	2	2	2
R20	1	1	4	1	3	2	3	2	1	1	1
R21	2	2	2	3	4	2	3	1	2	2	2
R22	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2
R23	2	1	6	1	4	1	1	2	2	1	2
R24	1	1	3	1	2	2	1	1	2	1	1
R25	1	1	3	1	4	1	1	1	2	1	2
R26	2	1	2	1	2	1	5	2	2	1	2
R27	1	2	2	3	4	1	5	2	2	2	2
R28	1	1	1	1	1	2	5	1	1	1	1
R29	2	1	4	1	2	2	4	2	2	1	2
R30	1	2	3	3	1	4	1	2	2	1	1
R31	2	1	2	1	1	1	3	2	2	2	1
R32	3	2	1	3	4	1	5	2	2	2	2
R33	1	1	2	1	2	1	5	2	1	2	1
R34	1	1	3	1	3	1	5	2	1	1	1
R35	2	2	1	3	4	1	5	2	2	2	2
R36	1	1	4	1	4	3	1	2	1	1	2
R37	2	1	2	1	3	1	5	1	2	1	2
R38	1	2	2	3	1	1	5	2	2	1	2
R39	1	1	2	4	4	2	5	2	1	2	1
R40	2	1	4	1	3	3	2	2	2	2	2
R41	2	1	2	1	2	1	5	2	2	2	2

R42	2	1	3	1	3	2	5	2	2	1	2
R43	3	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2
R44	1	1	1	4	4	2	5	2	2	2	2
R45	2	1	2	1	3	1	5	2	2	1	2
R46	1	2	2	3	4	2	5	2	1	2	2
R47	1	2	2	3	1	1	5	2	2	2	2
R48	1	1	4	1	4	1	1	1	2	2	2
R49	1	1	3	1	1	2	1	2	2	1	2
R50	1	1	2	1	2	1	3	1	2	1	2
R51	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1	1
R52	1	1	3	1	2	3	5	2	2	2	2
R53	1	2	3	3	1	1	5	1	1	1	2
R54	1	1	2	1	1	2	4	2	2	2	2
R55	3	1	2	1	4	1	5	2	2	1	2
R56	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2
R57	2	2	1	3	1	1	3	1	1	1	1
R58	2	1	2	1	2	1	3	2	2	2	2
R59	3	1	2	1	3	1	3	1	1	1	2
R60	1	1	2	1	4	1	1	2	2	2	2
R61	1	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1
R62	1	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1
R63	1	1	3	1	1	3	5	2	2	2	2
R64	1	1	2	1	4	3	2	2	1	1	2
R65	2	2	2	3	2	1	5	2	1	2	2

R66	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1
R67	1	1	2	1	4	1	3	2	2	2	2
R68	1	1	4	1	4	4	1	2	2	1	2
R69	1	2	2	3	4	1	5	2	2	1	2
R70	3	1	1	1	2	2	3	2	2	2	2
R71	1	1	3	4	1	1	5	2	2	2	2
R72	2	1	1	1	3	1	1	2	2	2	2
R73	2	1	2	1	4	2	1	2	2	2	2
R74	3	1	4	1	3	2	3	2	2	2	2
R75	1	1	3	1	1	1	3	2	2	2	2
R76	1	1	2	1	3	4	1	2	2	2	2
R77	3	2	2	3	1	1	6	2	2	2	2
R78	1	2	2	3	2	2	5	2	2	2	2
R79	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	2
R80	1	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1
R81	2	1	2	4	3	1	1	2	2	2	2
R82	1	1	2	1	4	3	1	2	2	1	2
R83	1	2	3	3	1	1	3	2	2	2	2
R84	1	1	2	1	4	2	1	2	2	1	2
R85	2	1	2	1	4	4	3	2	2	2	2
R86	1	1	3	1	3	2	1	1	1	1	1
R87	2	1	2	1	1	1	3	2	2	2	2
R88	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2
R89	1	1	2	1	4	2	4	2	1	2	1

R90	1	1	3	1	3	4	1	2	2	2	2
R91	1	1	1	1	4	2	1	2	1	1	2
R92	1	1	4	1	3	3	5	2	2	2	2
R93	1	1	3	1	4	2	4	2	1	2	1
R94	2	1	2	1	4	1	5	2	1	2	2
R95	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2
R96	1	2	1	3	2	1	2	2	2	1	2
R97	1	1	2	1	1	2	3	2	2	1	2
R98	1	2	3	3	2	2	6	2	1	1	1
R99	3	1	2	1	1	1	4	2	2	1	1
R100	1	1	2	1	1	1	3	2	2	1	2
R101	1	1	3	1	2	2	4	2	1	1	2
R102	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2	2
R103	1	2	3	3	3	1	1	2	2	2	2
R104	1	1	2	1	2	2	3	1	2	2	2
R105	1	1	3	1	4	2	4	2	2	1	2
R106	1	1	4	1	3	3	2	1	2	2	2
R107	2	1	1	4	2	2	6	2	2	1	2
R108	2	1	4	4	2	2	5	2	2	2	2
R109	1	1	1	1	4	2	3	2	2	2	2
R110	1	2	3	3	2	1	2	2	2	2	2
R111	1	1	2	1	4	2	4	1	2	2	1
R112	1	1	2	1	4	1	4	2	1	1	2
R113	2	1	2	1	3	1	6	2	1	1	2

R114	1	1	3	1	2	3	5	2	1	2	2
R115	1	1	3	1	4	1	2	2	2	2	2
R116	1	1	2	4	3	1	6	2	2	2	2
R117	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2
R118	1	1	2	4	1	2	3	2	2	1	2
R119	1	1	4	1	3	4	1	2	2	2	2
R120	1	1	2	1	4	2	2	2	2	2	2
R121	1	2	4	3	2	2	6	2	2	2	2
R122	2	2	3	3	4	2	1	2	2	1	2
R123	1	2	3	3	4	2	1	2	2	1	2
R124	1	2	1	3	3	1	4	2	2	1	2
R125	2	1	2	1	2	1	6	1	2	2	2
R126	1	1	3	1	3	1	3	2	2	1	2
R127	1	1	3	1	3	2	5	2	2	2	2
R128	2	1	3	4	4	2	1	2	2	1	2
R129	1	1	5	1	1	2	3	2	2	2	1
R130	1	1	2	1	1	1	4	2	2	2	2
R131	2	1	1	4	1	1	2	2	2	2	2
R132	1	1	2	1	4	2	1	2	2	2	2
R133	1	1	2	1	4	2	5	2	1	1	1
R134	2	1	1	1	3	2	6	2	2	2	2
R135	2	2	2	3	4	1	5	1	2	1	2
R136	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2
R137	1	2	3	3	4	2	4	2	2	2	2



R138	1	2	3	3	4	2	1	2	2	2	2
R139	1	1	3	1	4	2	2	2	2	2	2
R140	1	2	3	3	4	1	3	2	2	2	2
R141	1	2	2	3	3	1	5	1	2	2	2
R142	2	2	2	3	4	1	2	1	2	2	2
R143	1	2	1	3	4	2	4	1	2	1	2
R144	1	1	2	1	3	2	6	1	2	2	1
R145	1	1	2	1	2	1	4	2	2	2	1
R146	2	1	1	4	3	1	5	2	2	2	2
R147	2	1	3	1	4	1	5	2	2	2	2
R148	1	1	4	1	3	3	3	2	2	1	2
R149	1	1	3	1	4	2	4	2	2	2	2
R150	3	1	4	1	3	4	6	2	2	2	2
R151	2	2	1	3	4	1	1	1	2	2	2
R152	2	1	2	4	4	2	1	2	2	2	2
R153	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2	2
R154	1	1	2	1	4	2	1	2	1	2	2
R155	1	1	3	1	2	2	5	2	2	1	2
R156	2	1	2	1	3	1	3	1	2	1	2
R157	2	1	4	1	4	1	4	2	2	1	2
R158	2	1	4	4	3	2	4	2	2	1	2
R159	1	2	2	3	4	2	1	2	2	2	2
R160	1	2	1	3	2	1	5	2	2	2	2
R161	2	1	2	1	4	3	5	1	2	1	2

R162	1	2	1	3	4	1	3	2	2	2	2
R163	1	1	2	1	4	2	3	2	2	2	2
R164	2	1	3	1	3	1	4	2	2	2	2

Keterangan:

Usia:	Jenis Kelamin:	Pendidikan Terakhir:	Status Pernikahan:	Jumlah Jam Kerja:	Pendapatan:	Status Bekerja:	Kualitas Hidup:
1. 60 - 65 tahun	1. Laki- laki	1. Tidak Sekolah	1. Menikah	1. 0 – 14 jam	1. <1 juta	1. Berusaha Sendiri	1. Buruk
2. 66 - 70 tahun	2. Perempuan	2. SD	2. Tidak Menikah	2. 15 – 34 jam	2. 1 - 2 juta	2. Berusaha Dibantu Buruh	2. Baik
3. 71 -75 tahun		3. SMP	3. Janda	3. 35 – 48 jam	3. >3 juta	3. Pegawai/ Karyawan/ Buruh	
		4. SMA	4. Duda	4. >48 jam		4. Pekerja Bebas Pertanian	
		5. Diploma				5. Pekerja Bebas Nonpertanian	
		6. Sarjana				6. Pekerja Keluarga	

## B. Konversi Skor Kualitas Hidup

No. Resp	DOM1	DOM2	DOM3	DOM4	X1	X2	X3	X4	KATX1	KATX2	KATX3	KATX4
R1	26	24	9	30	69	75	50	69	2	2	1	2
R2	24	26	11	29	63	81	69	69	2	2	2	2
R3	26	21	12	31	69	63	75	75	2	2	2	2
R4	25	22	9	33	63	69	50	81	2	2	1	2
R5	26	21	12	29	69	63	75	69	2	2	2	2
R6	23	18	8	29	56	50	44	69	2	1	1	2
R7	23	23	13	20	56	69	81	38	2	2	2	1
R8	23	19	12	29	56	56	75	69	2	2	2	2
R9	18	20	9	29	38	56	50	69	1	2	1	2
R10	24	18	9	23	63	50	50	50	2	1	1	1
R11	25	21	9	32	63	63	50	75	2	2	1	2
R12	26	23	12	35	69	69	75	88	2	2	2	2
R13	26	18	9	23	69	50	50	50	2	1	1	1
R14	22	21	9	31	56	63	50	75	2	2	1	2
R15	24	23	9	31	63	69	50	75	2	2	1	2
R16	24	26	11	30	63	81	69	69	2	2	2	2
R17	24	20	11	29	63	56	69	69	2	2	2	2
R18	24	25	9	29	63	81	50	69	2	2	1	2
R19	24	24	10	35	63	75	56	88	2	2	2	2
R20	22	18	9	24	56	50	50	50	2	1	1	1
R21	18	19	10	28	38	56	56	63	1	2	2	2
R22	24	23	11	30	63	69	69	69	2	2	2	2

R23	27	23	9	29	69	69	50	69	2	2	1	2
R24	19	21	8	19	44	63	44	38	1	2	1	1
R25	21	21	9	30	50	63	50	69	1	2	1	2
R26	26	21	9	26	69	63	50	56	2	2	1	2
R27	23	20	13	28	56	56	81	63	2	2	2	2
R28	21	17	7	23	50	44	31	50	1	1	1	1
R29	25	19	8	29	63	56	44	69	2	2	1	2
R30	24	21	9	24	63	63	50	50	2	2	1	1
R31	25	21	11	23	63	63	69	50	2	2	2	1
R32	25	22	10	30	63	69	56	69	2	2	2	2
R33	25	15	11	21	63	38	69	44	2	1	2	1
R34	24	18	9	24	63	50	50	50	2	1	1	1
R35	24	20	12	30	63	56	75	69	2	2	2	2
R36	23	17	8	25	56	44	44	56	2	1	1	2
R37	20	19	9	26	44	56	50	56	1	2	1	2
R38	26	20	8	26	69	56	44	56	2	2	1	2
R39	25	18	11	24	63	50	69	50	2	1	2	1
R40	23	21	13	32	56	63	81	75	2	2	2	2
R41	27	21	12	31	69	63	75	75	2	2	2	2
R42	24	19	8	26	63	56	44	56	2	2	1	2
R43	26	22	9	29	69	69	50	69	2	2	1	2
R44	25	23	11	28	63	69	69	63	2	2	2	2
R45	24	19	8	26	63	56	44	56	2	2	1	2
R46	29	18	11	30	81	50	69	69	2	1	2	2
R47	24	21	11	26	63	63	69	56	2	2	2	2

R48	21	19	10	28	50	56	56	63	1	2	2	2
R49	25	25	9	29	63	81	50	69	2	2	1	2
R50	18	23	9	30	38	69	50	69	1	2	1	2
R51	23	21	9	23	56	63	50	50	2	2	1	1
R52	28	25	13	32	75	81	81	75	2	2	2	2
R53	21	18	9	27	50	50	50	63	1	1	1	2
R54	23	19	10	26	56	56	56	56	2	2	2	2
R55	28	21	9	27	75	63	50	63	2	2	1	2
R56	23	21	9	26	56	63	50	56	2	2	1	2
R57	19	16	7	23	44	44	31	50	1	1	1	1
R58	25	23	11	29	63	69	69	69	2	2	2	2
R59	20	15	9	29	44	38	50	69	1	1	1	2
R60	22	24	12	28	56	75	75	63	2	2	2	2
R61	17	13	7	17	38	31	31	31	1	1	1	1
R62	19	19	9	18	44	56	50	31	1	2	1	1
R63	25	20	12	29	63	56	75	69	2	2	2	2
R64	22	17	8	31	56	44	44	75	2	1	1	2
R65	28	18	12	25	75	50	75	56	2	1	2	2
R66	19	20	7	23	44	56	31	50	1	2	1	1
R67	25	22	15	29	63	69	100	69	2	2	2	2
R68	22	21	9	25	56	63	50	56	2	2	1	2
R69	24	19	9	29	63	56	50	69	2	2	1	2
R70	23	21	13	31	56	63	81	75	2	2	2	2
R71	29	22	12	25	81	69	75	56	2	2	2	2
R72	24	19	10	29	63	56	56	69	2	2	2	2

R73	26	25	12	31	69	81	75	75	2	2	2	2
R74	27	26	13	35	69	81	81	88	2	2	2	2
R75	24	21	11	29	63	63	69	69	2	2	2	2
R76	24	22	10	29	63	69	56	69	2	2	2	2
R77	29	22	12	27	81	69	75	63	2	2	2	2
R78	27	19	12	30	69	56	75	69	2	2	2	2
R79	28	21	12	29	75	63	75	69	2	2	2	2
R80	24	17	7	21	63	44	31	44	2	1	1	1
R81	25	22	10	26	63	69	56	56	2	2	2	2
R82	26	22	9	28	69	69	50	63	2	2	1	2
R83	29	21	12	30	81	63	75	69	2	2	2	2
R84	29	21	9	31	81	63	50	75	2	2	1	2
R85	27	24	12	33	69	75	75	81	2	2	2	2
R86	20	17	7	24	44	44	31	50	1	1	1	1
R87	24	19	13	29	63	56	81	69	2	2	2	2
R88	23	22	8	30	56	69	44	69	2	2	1	2
R89	22	18	10	23	56	50	56	50	2	1	2	1
R90	23	21	10	27	56	63	56	63	2	2	2	2
R91	27	18	9	27	69	50	50	63	2	1	1	2
R92	25	19	10	29	63	56	56	69	2	2	2	2
R93	22	18	10	22	56	50	56	44	2	1	2	1
R94	23	18	10	28	56	50	56	63	2	1	2	2
R95	24	23	12	32	63	69	75	75	2	2	2	2
R96	23	20	9	29	56	56	50	69	2	2	1	2
R97	26	21	9	25	69	63	50	56	2	2	1	2

R98	22	17	7	24	56	44	31	50	2	1	1	1
R99	24	19	7	24	63	56	31	50	2	2	1	1
R100	24	20	8	25	63	56	44	56	2	2	1	2
R101	24	18	9	27	63	50	50	63	2	1	1	2
R102	24	19	10	25	63	56	56	56	2	2	2	2
R103	23	21	11	28	56	63	69	63	2	2	2	2
R104	21	20	11	28	50	56	69	63	1	2	2	2
R105	23	20	9	26	56	56	50	56	2	2	1	2
R106	20	20	12	29	44	56	75	69	1	2	2	2
R107	22	19	9	26	56	56	50	56	2	2	1	2
R108	25	21	10	26	63	63	56	56	2	2	2	2
R109	23	20	10	27	56	56	56	63	2	2	2	2
R110	24	21	10	26	63	63	56	56	2	2	2	2
R111	21	20	12	24	50	56	75	50	1	2	2	1
R112	23	17	9	28	56	44	50	63	2	1	1	2
R113	22	17	9	30	56	44	50	69	2	1	1	2
R114	22	17	10	26	56	44	56	56	2	1	2	2
R115	24	20	10	31	63	56	56	75	2	2	2	2
R116	23	20	11	26	56	56	69	56	2	2	2	2
R117	24	21	8	27	63	63	44	63	2	2	1	2
R118	22	21	8	26	56	63	44	56	2	2	1	2
R119	22	22	10	26	56	69	56	56	2	2	2	2
R120	23	21	11	27	56	63	69	63	2	2	2	2
R121	22	23	10	25	56	69	56	56	2	2	2	2
R122	24	19	9	28	63	56	50	63	2	2	1	2

R123	23	20	6	26	56	56	25	56	2	2	1	2
R124	23	20	8	27	56	56	44	63	2	2	1	2
R125	20	22	12	25	44	69	75	56	1	2	2	2
R126	23	22	9	27	56	69	50	63	2	2	1	2
R127	23	20	10	27	56	56	56	63	2	2	2	2
R128	23	22	9	29	56	69	50	69	2	2	1	2
R129	22	20	10	24	56	56	56	50	2	2	2	1
R130	23	20	11	27	56	56	69	63	2	2	2	2
R131	22	23	11	30	56	69	69	69	2	2	2	2
R132	23	22	10	25	56	69	56	56	2	2	2	2
R133	23	17	7	23	56	44	31	50	2	1	1	1
R134	22	20	10	29	56	56	56	69	2	2	2	2
R135	21	21	7	29	50	63	31	69	1	2	1	2
R136	24	21	10	29	63	63	56	69	2	2	2	2
R137	24	20	10	29	63	56	56	69	2	2	2	2
R138	23	20	12	30	56	56	75	69	2	2	2	2
R139	22	21	10	29	56	63	56	69	2	2	2	2
R140	23	19	10	25	56	56	56	56	2	2	2	2
R141	21	20	11	27	50	56	69	63	1	2	2	2
R142	20	22	10	26	44	69	56	56	1	2	2	2
R143	21	21	9	25	50	63	50	56	1	2	1	2
R144	21	20	10	24	50	56	56	50	1	2	2	1
R145	22	20	10	23	56	56	56	50	2	2	2	1
R146	25	19	10	27	63	56	56	63	2	2	2	2
R147	24	20	10	27	63	56	56	63	2	2	2	2



R148	23	20	9	27	56	56	50	63	2	2	1	2
R149	26	23	11	28	69	69	69	63	2	2	2	2
R150	24	22	12	26	63	69	75	56	2	2	2	2
R151	21	19	11	27	50	56	69	63	1	2	2	2
R152	25	21	10	29	63	63	56	69	2	2	2	2
R153	26	21	11	30	69	63	69	69	2	2	2	2
R154	22	17	10	28	56	44	56	63	2	1	2	2
R155	22	20	8	26	56	56	44	56	2	2	1	2
R156	21	21	8	29	50	63	44	69	1	2	1	2
R157	23	20	7	26	56	56	31	56	2	2	1	2
R158	25	22	9	29	63	69	50	69	2	2	1	2
R159	23	20	12	28	56	56	75	63	2	2	2	2
R160	24	21	11	26	63	63	69	56	2	2	2	2
R161	20	20	9	28	44	56	50	63	1	2	1	2
R162	22	19	12	30	56	56	75	69	2	2	2	2
R163	22	21	11	30	56	63	69	69	2	2	2	2
R164	24	22	10	28	63	69	56	63	2	2	2	2

Keterangan:

DOM 1:  $(6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$

DOM 2:  $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)$

DOM 3:  $Q20 + Q21 + Q22$

DOM 4:  $Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25$

X1: Transformasi Nilai DOM1 (Fisik)

X2: Transformasi Nilai DOM2 (Psikologis)

X3: Transformasi Nilai DOM3 (Sosial)

X4: Transformasi Nilai DOM4 (Lingkungan)

KATX:

1. Kualitas Hidup Baik

2. Kualitas Hidup Buruk

Lampiran 6

**DISTRIBUSI FREKUENSI RESPONDEN**

**Statistics**

	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Status Pernikahan	Jam Kerja	Pendapatan	Status Bekerja
N Valid	164	164	164	164	164	164	164
Missing	0	0	0	0	0	0	0

**Frequency Table**

**Usia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60 - 65 Tahun	108	65,9	65,9	65,9
66 - 70 Tahun	46	28,0	28,0	93,9
71 - 75 Tahun	10	6,1	6,1	100,0
Total	164	100,0	100,0	

**Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki laki	121	73,8	73,8	73,8
Perempuan	43	26,2	26,2	100,0
Total	164	100,0	100,0	

**Pendidikan Terakhir**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	22	13,4	13,4	13,4
SD	77	47,0	47,0	60,4
SMP	46	28,0	28,0	88,4
SMA	17	10,4	10,4	98,8
Diploma	1	0,6	0,6	99,4
Sarjana	1	0,6	0,6	100,0
Total	164	100,0	100,0	

**Status Pernikahan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	108	65,9	65,9	65,9
Janda	43	26,2	26,2	92,1
Duda	13	7,9	7,9	100,0
Total	164	100,0	100,0	

**Status Bekerja**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Berusaha Sendiri	51	31,1	31,1	31,1
Berusaha dibantu Buruh	12	7,3	7,3	38,4
Pegawai/Karawan/Buruh	28	17,1	17,1	55,5
Pekerja Bebas Pertanian	20	12,2	12,2	67,7
Pekerja Bebas Nonpertanian	41	25,0	25,0	92,7
Pekerja Keluarga	12	7,3	7,3	100,0
Total	164	100,0	100,0	

## Lampiran 7

**HASIL UJI STATISTIK Chi Square****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SB * KATEGORI X1	164	100,0%	0	0,0%	164	100,0%
SB * KATEGORI X2	164	100,0%	0	0,0%	164	100,0%
SB * KATEGORI X3	164	100,0%	0	0,0%	164	100,0%
SB * KATEGORI X4	164	100,0%	0	0,0%	164	100,0%

**SB \* KATEGORI X1****Crosstab**

		KATEGORI X1		Total	
		Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik		
SB	Berusaha Sendiri	Count	9	42	51
		% of Total	5,5%	25,6%	31,1%
	Berusaha dibantu Buruh	Count	2	10	12
		% of Total	1,2%	6,1%	7,3%
	Pegawai/Buruh/Karyawan	Count	6	22	28
		% of Total	3,7%	13,4%	17,1%
	Pekerja Bebas Pertanian	Count	2	18	20
		% of Total	1,2%	11,0%	12,2%
	Pekerja Bebas Nonpertanian	Count	6	35	41
		% of Total	3,7%	21,3%	25,0%
	Pekerja Keluarga	Count	2	10	12
		% of Total	1,2%	6,1%	7,3%
	Total	Count	27	137	164
		% of Total	16,5%	83,5%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,262 <sup>a</sup>	5	,939
Likelihood Ratio	1,310	5	,934
Linear-by-Linear Association	,224	1	,636
N of Valid Cases	164		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,98.

**SB \* KATEGORI X2**

**Crosstab**

		KATEGORI X2		Total	
		Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik		
SB	Berusaha Sendiri	Count	9	42	51
		% of Total	5,5%	25,6%	31,1%
	Berusaha dibantu	Count	1	11	12
	Buruh	% of Total	0,6%	6,7%	7,3%
	Pegawai/Buruh/Karyawan	Count	3	25	28
		% of Total	1,8%	15,2%	17,1%
	Pekerja Bebas	Count	4	16	20
	Pertanian	% of Total	2,4%	9,8%	12,2%
	Pekerja Bebas	Count	10	31	41
	Nonpertanian	% of Total	6,1%	18,9%	25,0%
	Pekerja Keluarga	Count	2	10	12
		% of Total	1,2%	6,1%	7,3%
	Total	Count	29	135	164
		% of Total	17,7%	82,3%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,004 <sup>a</sup>	5	,699
Likelihood Ratio	3,161	5	,675
Linear-by-Linear Association	,618	1	,432
N of Valid Cases	164		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,12.

**SB \* KATEGORI X3****Crosstab**

		KATEGORI X3		Total	
		Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik		
SB	Berusaha Sendiri	Count	29	22	51
		% of Total	17,7%	13,4%	31,1%
	Berusaha dibantu Buruh	Count	3	9	12
		% of Total	1,8%	5,5%	7,3%
	Pegawai/Buruh/Karyawan	Count	10	18	28
		% of Total	6,1%	11,0%	17,1%
	Pekerja Bebas Pertanian	Count	10	10	20
		% of Total	6,1%	6,1%	12,2%
	Pekerja Bebas Nonpertanian	Count	14	27	41
		% of Total	8,5%	16,5%	25,0%
	Pekerja Keluarga	Count	5	7	12
		% of Total	3,0%	4,3%	7,3%
Total	Count	71	93	164	
	% of Total	43,3%	56,7%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,893 <sup>a</sup>	5	,162
Likelihood Ratio	7,990	5	,157
Linear-by-Linear Association	2,714	1	,099
N of Valid Cases	164		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,20.

**SB \* KATEGORI X4****Crosstab**

		KATEGORI X4		Total	
		Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik		
SB	Berusaha Sendiri	Count	10	41	51
		% of Total	6,1%	25,0%	31,1%
	Berusaha dibantu Buruh	Count	0	12	12
		% of Total	0,0%	7,3%	7,3%
	Pegawai/Buruh/Karyawan	Count	3	25	28
		% of Total	1,8%	15,2%	17,1%
	Pekerja Bebas Pertanian	Count	6	14	20
		% of Total	3,7%	8,5%	12,2%
	Pekerja Bebas Nonpertanian	Count	6	35	41
		% of Total	3,7%	21,3%	25,0%
	Pekerja Keluarga	Count	2	10	12
		% of Total	1,2%	6,1%	7,3%
	Total	Count	27	137	164
		% of Total	16,5%	83,5%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,169 <sup>a</sup>	5	,290
Likelihood Ratio	7,771	5	,169
Linear-by-Linear Association	,000	1	,995
N of Valid Cases	164		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,98.