

TUGAS AKHIR

**ASUHAN GIZI PADA LANSIA DAN KELUARGA DI MASYARAKAT
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DEPOK III SLEMAN YOGYAKARTA**



Disusun Oleh :

NISRINA LUTHFIYAH

P07131519018

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA JURUSAN GIZI
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI DIETISIEN**

2020

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

Asuhan Gizi pada Lansia dan Keluarga di Masyarakat
di Wilayah Kerja Puskesmas Depok III Sleman Yogyakarta

Nisrina Luthfiyah
P07131519018

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji Pada
tanggal :

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si.
NIP. 196303241986031001


(.....)

Anggota,

Nur Hidayat, SKM, M.Kes
NIP. 196804021992031003


(.....)

Anggota,

Almira Sitasari, S.Gz., MPH, RD.
NIP. 198703042015032004


(.....)

Yogyakarta,.....2021

Ketua Jurusan Gizi



Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si.
NIP. 196303241986031001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul “Asuhan Gizi pada Lansia dan Keluarga di Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Depok III Sleman Yogyakarta”. Penulis menyadari dalam proses penulisan tugas akhir ini tidak lepas dari bimbingan, pengarahan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si selaku Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Setyowati, SKM, M.Kes, RD selaku Ketua Prodi Profesi Dietisien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Seluruh Tim Bidang Gizi Klinik Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta
5. Indah Falsafi S.Tr. Gz Pembimbing Lahan Masyarakat
6. Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si. selaku Dosen Pembimbing Utama
7. Almira Sitasari S.Gz, MPH, RD selaku Dosen Pembimbing Pendamping
8. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan moral dan material
9. Teman-teman rotasi yang selalu memberikan semangatnya untuk menyelesaikan laporan studi kasus ini
10. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa penulisan tugas akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak untuk perbaikan dan kelengkapan tugas akhir ini. Semoga dapat bermanfaat bagi penulis, institusi dan perkembangan ilmu pengetahuan.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI.....	3
BAB I	6
PENDAHULUAN	6
A. Latar Belakang	6
B. Tujuan.....	7
C. Manfaat.....	8
A. Puskesmas	Error! Bookmark not defined.
BAB II.....	10
TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Puskesmas	10
B. Lansia	12
C. Posyandu Lansia.....	14
D. Kualitas Hidup.....	15
E. Masalah Kesehatan pada Lansia.....	22
F. Penyuluhan Gizi	24
G. Pendidikan dan Pelatihan.....	25
BAB III	28
PELAKSANAAN KEGIATAN	28
A. Profil Puskesmas Depok III	28
BAB IV	38
A. Skrining Gizi Masalah Gizi	38
B. NCP (Nutrition Care Process) Pada Lansia.....	46
C. Identitas Pasien.....	47
D. Hasil Skrining Gizi	48
E. Riwayat Makan (FH).....	49
F. Standar Pembeding (CS)	52

G. Antropometri (AD.1.1).....	53
H. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1).....	53
I. Biokimia (BD).....	54
J. Terapi Medis dan Fungsi	54
K. Diagnosis Gizi	55
L. Intervensi Gizi	56
M. Rencana Monitoring	57
N. Hasil Monitoring dan Evaluasi.....	58
BAB V.....	59
PEMBAHASAN	59
A. Assessment	59
B. Diagnosis	59
C. Intervensi	60
D. Monitoring dan Evaluasi	60
E. Pembinaan dan Pemberdayaan Kader/Keluarga.....	60
F. Program Kegiatan Inovatif	65
BAB IV	71
KESIMPULAN	71
A. Assesment.....	71
B. NCP	71
C. Penyuluhan	71
D. Pendidikan dan Pelatihan.....	72
E. Inovasi	72
DAFTAR PUSTAKA	73
LAMPIRAN	74
1. Nama Kegiatan	74
2. Latar Belakang.....	74
3. Tujuan.....	75
4. Sasaran.....	75
5. Waktu dan Tempat	76
6. Cara Pelaksanaan Kegiatan	76
b. Langkah Kegiatan.....	76
7. Penanggung Jawab Kegiatan	76
8. Biaya.....	77

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kualitas hidup merupakan salah satu bagian dari status fungsional lanjut usia itu sendiri, yang menekankan sejauh mana dampak penyakit medis pada lansia dan merupakan pedoman untuk rehabilitasi medik (Gallo, 1998). Kualitas hidup dipakai sebagai alat untuk menilai hasil dari sebuah perawatan atau menyeimbangkan faktor-faktor risiko dan manfaat dari sebuah pilihan pengobatan (Munawirah, 2017).

Ada 3 kategori pokok yang berkaitan dengan kualitas, hidup yaitu fisik yang baik, psikologis yang baik, dan dukungan sosial (Everett & Keff, 2001). Proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alami. Menua pada manusia merupakan fenomena yang tidak dapat dihindarkan. Semakin baik pelayanan kesehatan satu bangsa, makin tinggi pula harapan hidup masyarakat, dan pada gilirannya makin tinggi pula yang berusia lanjut (Sidiarto K, 2002). Nugroho (2000) mengatakan bahwa pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik-biologik, mental maupun sosial ekonomis. Secara mental lanjut usia akan mengalami penurunan daya ingat dan intelektualnya. Hal ini mengakibatkan pula timbulnya gangguan dalam mencukupi kebutuhan. hidupnya sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang.

Lanjut usia adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu tertentu. Perubahan yang terjadi meliputi perubahan Fisik, Biologis, Kognitif, Psikologis, Ekonomi, maupun peranan sosialnya dalam masyarakat. Seringkali lansia dan orang sekitarnya tidak dapat menerima perubahan dan kemunduran yang terjadi sehingga akan menimbulkan masalah pada lansia seperti penelantaran. Untuk itu, penduduk lansia perlu mendapatkan pembinaan agar menjadi lebih berkualitas dan produktif

sehingga dapat mencapai kesejahteraan dalam hidupnya (Karoahmah dan Ilyas, 2017).

Lanjut usia biasanya ditandai dengan adanya perubahan yang nampak seperti gejala penurunan kondisi fisik dan kesehatan serta terjadi perubahan pada psikis yang semakin menurun. Maupun terbatas kemampuannya. Dengan demikian yang disebut lansia adalah seseorang yang telah berumur 60 tahun ke 2 atas yang mengalami perubahan fisik maupun psikis yang semakin menurun dan terbatas. Adapun ciri-ciri lansia ditandai dengan adanya perubahan yang nampak seperti gejala-gejala kemunduran fisik dan kemunduran mental. Pada perubahan fisik lansia ciri-cirinya adalah rambut menipis dan memutih, kulit kasar dan keriput, otot-otot mengendor, gerakan badan kurang lincah, gigi keropos, kurang penglihatan, kurang pendengaran, berat badan meningkat, lemak bertambah. Sedangkan pada perubahan psikis lansia ciri-cirinya emosional atau mudah tersinggung, mengalami regresi (tingkah laku mundur ke belakang seperti (anak kecil), manja, cengeng, mudah lupa, pikun, ilusi (salah tangkap) delusi (menganggap disekitarnya jelek) dan Neurasthenia (lelah, letih, sensitif terhadap suara, cahaya).

Maka dalam kegiatan yang dilakukan selain dari melaksanakan asuhan gizi kepada lansia, kegiatan tambahan yang dilakukan dalam kegiatan program lansia ini yaitu pengukuran kekuatan otot lansia dengan menggunakan handgrip serta melakukan wawancara dengan menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF dengan harapan mampu mengetahui bagaimana kualitas otot lansia dalam upaya melihat kepada kualitas dan kemandirian lansia.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menemukan permasalahan gizi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Depok III Sleman Yogyakarta

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian diri dalam mengisi self assessment pada praktik asuhan gizi lansia dan keluarga di pelayanan kesehatan masyarakat
- b. Mampu melakukan uji kualitas hidup lansia dengan metode WHOQOL-BREF
- c. Mampu melakukan screening gizi dari data yang didapatkan lalu di alih bentukkan menjadi informasi gizi
- d. Mampu melakukan NCP untuk homecare pada sasaran lansia
- e. Mampu melakukan perencanaan, intervensi, hingga evaluasi pembinaan dan pemberdayaan kader posyandu PTM/keluarga/lansia terkait gizi dan kesehatan
- f. Mampu melakukan penyusunan program kegiatan inovasi gizi dengan sasaran baik dalam Gedung maupun luar Gedung

C. Manfaat

1. Bagi Praktik

Manfaat dari kegiatan ini bagi mahasiswa yaitu mahasiswa dapat mempelajari dan mempraktekkan langsung kegiatan pemecahan masalah dan menentukan intervensi masalah tersebut terutama untuk kelompok usia lanjut (geriatri) yang ada di masyarakat dengan cara melakukan screening gizi dan menentukan masalah yang ada sampai dengan pelaksanaan intervensi, monitoring, dan evaluasi serta kegiatan asuhan gizi pada lansia.

2. Bagi Puskesmas Depok 3

Manfaat kegiatan ini bagi Puskesmas Depok 3 yaitu Puskesmas dapat mengetahui permasalahan pada lansia yang ada di wilayah kerja Puskesmas Depok 3 serta menemukan masalah dan menentukan intervensi dari masalah tersebut.

3. Bagi Masyarakat

Manfaat dari kegiatan ini bagi masyarakat yaitu masyarakat dapat mengetahui lebih dalam mengenai masalah gizi pada lansia dan intervensi pemecahan masalahnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Depkes, 2011).

Puskesmas adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu yang berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Azrul Azwar, 1996).

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografi dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas.

Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yaitu Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling. Pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas adalah pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan pengobatan (kuratif), upaya pencegahan (preventif), peningkatan kesehatan (promotif) dan pemulihian kesehatan (rehabilitatif) yang ditujukan kepada semua penduduk dan tidak dibedakan jenis kelamin dan golongan umur.

1. Tujuan Puskesmas

Tujuan dari Puskesmas diantaranya adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan

dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas (Trihono, 2005).

2. Fungsi Puskesmas

- a. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
- c. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan pusat pemberdayaan
- d. Masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan
- e. Pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama

3. Tugas Puskesmas

Puskesmas merupakan unit pelaksanaan teknis dinas (UPTD) kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah. Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, yang meliputi pelayanan kesehatan perorang (*private goods*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*). Puskesmas melakukan kegiatan-kegiatan termasuk upaya kesehatan masyarakat sebagai bentuk usaha pembangunan kesehatan.

Jenis pelayanan kesehatan disesuaikan dengan kemampuan puskesmas, namun terdapat upaya kesehatan pengembangan yang disesuaikan dengan permasalahan yang ada serta kemampuan puskesmas.

Upaya-upaya kesehatan wajib tersebut adalah (*Basic Six*):

- a. Upaya promosi kesehatan
- b. Upaya kesehatan lingkungan
- c. Upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
- d. Upaya perbaikan gizi masyarakat
- e. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- f. Upaya pengobatan

B. Lansia

1. Pengertian Lansia

World Health Organization (WHO) mendefinisikan bahwa lansia adalah individu yang telah berusia 60 tahun ke atas.² Lansia sendiri merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process atau proses penuaan.

Penuaan merupakan proses alami yang tidak dapat dihindari, berjalan terus-menerus dan berkesinambungan selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia pada tubuh sehingga mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Depkes, 2008). Menjadi tua ditandai dengan adanya kemunduran biologis yang terlihat sebagai gejala-gejala kemunduran fisik, diantaranya kulit mulai mengendur, timbul keriput, rambut berubah, gigi mulai ompong, pendengaran dan penglihatan berkurang, mudah lelah, gerakan menjadi lamban dan kurang lincah. Kemunduran lain yang terjadi yaitu kemampuan kemampuan kognitif seperti suka lupa, kemunduran orientasi terhadap waktu, ruang, tempat, dan tidak mudah menerima hal/ide baru.

Usia lanjut diaktakan sebagai usia emas, karena tidak semua orang dapat mencapai usia tersebut, maka orang yang berusia lanjut memerlukan tindakan keperawatan, baik bersifat promotif maupun preventif, sehingga dapat menikmati masa usia emas serta menjadi usia lanjut yang berguna dan bahagia (R. S. Maryam, 2008).

2. Klasifikasi Lansia

Batasan umur pada usia lanjut dari waktu ke waktu berbeda. Menurut World Health Organization (WHO) lansia meliputi¹³ :

- a. Usia pertengahan (middle age) antara usia 45 sampai 59 tahun
- b. Lanjut usia (elderly) antara usia 60 sampai 74 tahun
- c. Lanjut usia tua (old) antara usia 75 sampai 90 tahun

- d. Usia sangat tua (very old) diatas usia 90 tahun Berbeda dengan WHO, menurut

Departemen Kesehatan RI (2006) pengelompokkan lansia menjadi;

- a. Virilitas (prasenium) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun)
- b. Usia lanjut dini (senescence) yaitu kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (usia 60-64 tahun)
- c. Lansia berisiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif (usia >65 tahun)

Banyak perubahan yang terjadi pada lansia. Adapun perubahan yang terjadi pada lanjut usia(Nugroho, 2008) :

1. Perubahan fisik

- a. Kardiovaskuler : kemampuan memompa darah menurun, elastisitas pembuluh darah menurun, dan meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.
- b. Respirasi: elastisitas paru menurun, kapasitas residumeningkat sehingga menarik napas lebih berat, dan terjadi penyempitan bronkus.
- c. Muskuloskeletal: cairan tulang menurun sehingga mudahrapuh (osteoporosis), bungkuk (kifosis), persendian membesar dan menjadikaku.
- d. Gastrointestinal: esophagus membesar, asam lambung menurun, lapar menurun dan peristaltik menurun.
- e. Persyarafan: saraf panca indra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespon.
- f. Vesika urinaria: otot-otot melemah, kapasitasnya menurundan retensi urin.

g. Kulit: keriput serta kulit kepala dan rambut menipis. Elastisitas menurun, vaskularisasi menurun, rambut memutih dan kelenjar keringat menurun

2. Perubahan Sosial

Perubahan fisik yang dialami lansia seperti berkurangnya fungsi indera pendengaran, pengelihan, gerak fisik dan sebagainya menyebabkan gangguan fungsional, misalnya badannya membungkuk, pendengaran sangat berkurang, pengelihan kabur sehingga sering menimbulkan keterasingan. Keterasingan ini akan menyebabkan lansia semakin depresi, lansia akan menolak untuk berkomunikasi dengan orang lain.

3. Perubahan Psikologis

Pada lansia pada umumnya juga akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lainlain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia semakin lambat. Sementara fungsi kognitif meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi menurun, yang berakibat lansia menjadi kurang cekatan.

C. Posyandu Lansia

Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan oleh, dari, dan bersama masyarakat untuk memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat guna memperoleh pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi, dan anak balita (Kemenkes RI, 2020). Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) merupakan wahana pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola dikelola oleh, dari, untuk dan bersama

masyarakat, dengan pembinaan sektor kesehatan, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya (Permenkes No 8 tahun 2019).

Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan. Posyandu lansia merupakan pengembangan dari kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan bagi lansia yang penyelenggaraannya melalui program puskesmas dan dalam penyelenggaraannya melibatkan peran serta para lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial (Depkes RI, 2006 dalam Intarti dan Siti, 2018).

Posyandu lansia adalah suatu wadah pelayanan bagi usia lanjut dan masyarakat, dengan menitik beratkan pada upaya promotif dan preventif, serta tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Pembentukan posyandu lansia yaitu untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia dan mutu pelayanan kesehatan lansia di masyarakat (notoatmodjo, 2010 dalam Kusumawardani dan Putri, 2018)

D. Kualitas Hidup

Dalam pengukuran kualitas hidup terdapat tiga cara diantaranya komponen objektif, komponen subjektif, dan komponen kepentingan. Komponen objektif adalah data objektif dari aspek kehidupan individu. Komponen subjektif yaitu penilaian dari individu tentang kehidupannya sendiri, sedangkan komponen kepentingan yaitu menyatakan keterkaitan hal-hal yang penting baginya dalam mempengaruhi kualitas hidupnya. Dalam pengukuran Kualitas hidup terdapat beberapa cara yang digunakan, diantaranya menggunakan OPQOL-35 (Older People Quality Of Life-35) dan WHOQOL(World Health Organization Quality Of Life).

Penelitian menggunakan OPQOL terdiri dari 8 dimensi dan 35 pernyataan. Dimensi keseluruhan hidup meliputi pernyataan saya 16 menikmati hidup kelangsunga hidup saya seutuhnya, saya sangat bahagia disetiap waktu, saya menatap untuk hal-hal di masa depan, dan kehidupan membuat saya jatuh. Dimensi yang terdapat dalam kuesioner OPQOL diantaranya :

4. Dimensi keseluruhan hidup, yaitu penilaian kualitas hidup berdasarkan keseluruhan dimensi yang dilakukan.
5. Dimensi kesehatan, konsep kualitas kesehatan yang berhubungan dengan kehidupan dan faktor-faktor penentu yang mulai dikenal untuk mencakup aspek-aspek kualitas hidup yang dapat sangat jelas mempengaruhi kesehatan baik fisik maupun mental, persepsi tentang kesehatan termasuk resiko kondisi kesehatan, status fungsional, dukungan sosial dan ekonomi.
6. Dimensi hubungan sosial/ waktu luang dan kegiatan sosial, terdiri dari pertanyaan keterlibatan dengan kegiatan sosial serta kualitas hidup menunjukkan hubungan yang positif dimana terlibat dalam kehidupan sosial bisa membangun kualitas hidup yang aktif.
7. Dimensi kemerdekaan, kontrol atas hidup dan kebebasan dengan menyetujui beberapa pernyataan. Kemandirian fungsional pada lansia merupakan indikator penting dari status kesehatan.
8. Dimensi rumah dan sekitar, pengukuran kualitas hidup dengan dimensi ini untuk mengetahui tinggal di rumah dan lingkungan yang aman, hubungan bertetangga yang harmonis dan memiliki akses akan fasilitas dan layana lokal dan tersedianya transportasi.
9. Dimensi psikologis dan kesejahteraan emosional, dimensi ini meliputi kepuasan hidup, pencapaian tujuan hidup, kontrol atas kehidupan, kepercayaan diri dan persepsi akan penampilan. Pengukuran yang dilakukan meliputi cara individu untuk mengevaluasi kehidupan dimana sekarang dan di masa lalu, yang masa penilaian mencakup reaksi emosional individu, suasana hati dan penilaian individu berkaitan dengan cara menjalani kehidupan.
10. Dimensi keadaan keuangan, hal ini difokuskan kepada pengamatan dimana meskipun tingkat pendapatan lebih rendah namun kepuasan financial lebih baik daripada orang yang lebih muda.
11. Dimensi agama atau kebudayaan, dimensi ini menunjukkan bahwa orang yang religius lebih puas dengan kehidupan yang dijalani karena secara teratur

menghadiri kegiatan keagamaan dan sembari membangun jaringan atau hubungan sosial dengan sesama.

World Health Organisation (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu pada kehidupannya dalam konteks budaya dan nilai sistem dimana tinggal dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran. Kualitas hidup sering digambarkan sebagai kesejahteraan fisik, fungsional, emosional, dan faktor sosial (Destiwati, 2016) Kualitas hidup lansia merupakan tingkat kesejahteraan dan kepuasan dengan peristiwa atau kondisi yang dialami lansia, dipengaruhi penyakit atau pengobatan. Kualitas hidup pada lansia ini bisa didapatkan dari kesejahteraan hidup lansia, emosi, fisik, pekerjaan, kognitif serta kehidupan sosial. Kualitas merupakan alat ukur untuk menilai keberhasilan tindakan suatu pelayanan kesehatan selain morbiditas, mortalitas, fertilitas, serta kecacatan (Destiwati, 2016). Kualitas hidup ini seharusnya dapat diperhatikan bagi profesional kesehatan agar dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan intervensi maupun terapi (Khodijah, 2014).

Menurut WHO (1996) kualitas hidup atau Quality of Life adalah persepsi individual tentang posisi di masyarakat dalam konteks nilai dan budaya terkait adat setempat dan berhubungan dengan keinginan dan harapan yang merupakan pandangan multidimensi, yang tidak terbatashanya dari fisik melainkan juga dari aspek psikologis. Sedangkan, Kualitas hidup menurut World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group (dalam Fitriana & Ambarini, 2012), didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang. Hal ini sejalan dengan pendapat Gill dan Feinstein (dalam Rachmawati, 2013) yang mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam hubungannya dengan sistem budaya dan nilai setempat dan berhubungan dengan cita-cita, pengharapan, dan pandangan-pandangannya, yang merupakan pengukuran multidimensi, tidak terbatas hanya pada efek fisik maupun

pengobatan psikologis. Kualitas hidup merupakan suatu bentuk multidimensional, terdapat tiga konsep kualitas hidup yaitu menunjukkan suatu konsep multidimensional, yang berarti bahwa informasi yang dibutuhkan mempunyai rentang area kehidupan dari penderita itu, seperti kesejahteraan fisik, kemampuan fungsional, dan kesejahteraan emosi atau sosial, menilai celah antara keinginan atau harapan dengan sesuai kemampuan untuk melakukan perubahan dalam diri (Rachmawati, 2013).

a. Dimensi-Dimensi Kualitas Hidup

Dimensi-dimensi yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada dimensi-dimensi kualitas hidup yang terdapat pada World Health Organization Quality of Life Bref version (WHOQoL-BREF). Menurut WHOQoL-BREF (Power dalam Lopez & Snyder, 2003) terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup yang meliputi:

1. Dimensi Kesehatan Fisik, yaitu kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Dimensi kesehatan fisik pada lansia ini mempengaruhi lansia dalam tubuh diantaranya terdiri dari nyeri dan ketidaknyamanan anggota tubuh, tenaga yang berkurang akibat aktivitas, serta kecukupan dalam tidur dan istirahat. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja. Hal ini terkait dengan private self consciousness yaitu mengarahkan tingkah laku ke perilaku covert, dimana individu lain tidak dapat melihat apa yang dirasakan dan dipikirkan individu secara subjektif. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Aniyati & Kamalah, 2018) didapatkan hasil lansia dengan kualitas hidup berdasarkan dimensi fisik yaitu sebanyak 43 lansia (86%) dengan kategori cukup, 7 lansia baik, dan 0 lansia kurang.

2. Dimensi 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 pada lansia terdiri dari perasaan positif yang dialami lansia, ingatan dan konsentrasi, harga diri dan penampilan yang ditunjukkan, serta pengaruh perasaan negative yang dialami dan dirasakan. Kesejahteraan psikologis mencakup bodily image dan appearance, perasaan positif, perasaan negatif, self esteem, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, penampilan dan gambaran jasmani. Apabila dihubungkan dengan private self consciousness adalah individu merasakan sesuatu apa yang ada dalam dirinya tanpa ada orang lain mengetahuinya, misalnya memikirkan apa yang kurang dalam dirinya saat berpenampilan. Hasil penelitian (Aniyati & Kamalah, 2018) pada hasil kualitas hidup lansia dimensi psikologis terdapat responden sebagian besar yaitu 36 lansia (72%) dengan kualitas hidup cukup, 12 lansia dengan kriteria baik, dan 2 lansia dengan kriteria kualitas hidup kurang.
3. Dimensi Hubungan Sosial, yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Dalam hal ini hubungan sosial pada lansia mencakup pada hubungan perorangan, dukungan sosial serta aktivitas seksual yang dijalankan. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial; aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan public self consciousness yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain. Pada penelitian yang dilakukan (Aniyati & Kamalah, 2018) terdapat 37 lansia

dengan kriteria kualitas hidup cukup, 1 lansia dengan kriteria baik, dan 12 orang dengan kriteria kurang.

4. Dimensi Lingkungan, dalam hal lansia cakupan yang termasuk dalam dimensi lingkungan terdiri dari keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber penghasilan, kesehatan dan perhatian sosial, kesempatan untuk memperoleh informasi baru, partisipasi dalam kesempatan berekreasi dan waktu luang, serta lingkungan fisik dan transportasi. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber financial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun ketrampilan; partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Berfokus pada public self consciousness dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya. Dalam dimensi lingkungan didapatkan hasil pada penelitian (Aniyati & Kamalah, 2018) 32 lansia dengan kualitas hidup cukup, 15 lansia dengan kriteria baik, dan 3 lansia dengan kriteria kurang.

b. Pengukuran Kualitas Hidup

Dalam pengukuran kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrument pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Pengukuran dapat dilakukan dengan berbagai sudut pandang berbeda-beda dan dapat dibandingkan dengan memfokuskan pada salah satu kategori (Nofitri, 2009)

Didalam kuisioner yang terdapat dalam kuisioner WHOQOL-BREF ini terdiri dari 2 pertanyaan yang berasal dari kualitas hidup secara menyeluruh dan 24 pertanyaan yang dibagi atas 4 dimensi, diantaranya fisik, psikologi, hubungan sosial, dan lingkungan. Pertanyaan kesehatan secara umum dan menyeluruh terdapat pada pertanyaan urutan 1 dan 2. Dimensi fisik terdiri dari

pertanyaan urutan ke 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18. Dimensi psikologis terdiri dari pertanyaan ke 5, 6, 7, 11, 19, dan 26. Dimensi hubungan sosial terdapat pada pertanyaan ke 20, 21, dan 22. Sedangkan untuk dimensi lingkungan terdapat pada pertanyaan ke 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25. Dalam kuisisioner ini berisi pertanyaan positif kecuali pada pertanyaan nomor 3, 4, dan 26 yang merupakan pertanyaan negatif (Edesia, 2008).

Perhitungan skor dilakukan dengan cara menghitung skor mentah dari setiap dimensi yaitu dengan rumus :

Tabel. 1
Perhitungan Skor

	Rumus untuk menghitung domain skor	Nilai Mentah
Domain 1	$(6-Q3) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$	
Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$	
Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$	
Domain 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$	

Skor tiap dimensi yang didapat kemudian dilakukan transformasi sehingga nilai skor dari alat ukur ini dapat dibandingkan dengan nilai skor yang digunakan dalam alat ukur WHOQOL-100 (WHO Group, 2008).

Skor tiap dimensi ditransformasikan dalam skala 0-100 dengan menggunakan rumus baku yang sudah ditetapkan oleh WHO sebagai berikut :
 $TRANSFORMED\ SCORE = (SCORE-4) \times (100/16)$

Kemudian proses pengolahan data yang dilakukan dalam menganalisa data yang diperoleh dari penelitian (Nofitri, 2015) hasil transformed data yang didapat kemudian dipresentasikan dengan cara pemberian skor dan diinterpretasikan dengan melihat interval jumlah skor yang didapat, yaitu sebagai berikut :

- a. 0 – 20
- b. 21 -40
- c. 41 -60
- d. 61-80
- e. 81 -100

E. Masalah Kesehatan pada Lansia

Menurut buku Kesehatan Lanjut Usia menyebutkan bahwa terdapat beberapa masalah kesehatan pada lansia, antara lain: (Kemenkes RI, 2019)

12. Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan kondisi dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan diastolik ≥ 90 mmHg. Seringkali hipertensi terjadi tanpa gejala, sehingga pasien tidak merasa sakit. Tanda dan gejala yang muncul yaitu: sakit kepala, kelelahan, mual dan muntah, sesak nafas atau nafas pendek, gelisah, pandangan menjadi kabur, mata berkunang-kunang, mudah marah, telinga berdengung, sulit tidur, dan rasa berat di tengkuk.

13. Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) atau yang biasa dikenal dengan penyakit kencing manis merupakan penyakit dimana kadar gula darah dalam tubuh meningkat melebihi batas normal (lebih dari 200 mg/dl). Tanda dan gejalanya adalah sering kencing, sering haus, cepat lapar dan banyak makan, berat badan yang menurun tanpa sebab yang jelas, cepat lelah, kesemutan, dan terdapat luka yang sulit sembuh. Cara pencegahan yang dapat dilakukan yaitu menerapkan pola makan sesuai gizi seimbang meliputi:

- a. Banyak makan sayuran dan cukup buahbuahan,
- b. Batasi konsumsi pangan manis, asin dan berlemak,
- c. Biasakan sarapan,
- d. Lakukan aktivitas fisik yang cukup dan pertahankan berat badan normal, dan
- e. Istirahat yang cukup. Komplikasi yang terjadi apabila tidak terkontrol, diantaranya:
 - a. Kelainan mata : gangguan penglihatan dan mudah terjadi katarak
 - b. Kelainan kulit : gatal, bisul, luka yang sukar mengalami sembuh hingga kerusakan jaringan (dapat mengakibatkan amputasi)

- c. Kelainan syaraf : kesemutan, rasa baal
- d. Kelainan ginjal : bengkak seluruh tubuh
- e. Kelainan jantung : nyeri dada, susah nafas, bengkak seluruh tubuh
- f. Kelainan pada gigi: gigi goyang

14. Penyakit sendi

Penyakit sendi atau arthritis adalah peradangan pada satu atau lebih persendian. Jenis penyakit sendi yang sering dialami oleh Lansia adalah Osteoarthritis dan Gout Arthritis (penyakit asam urat). Tanda dan gejala yang timbul yaitu kaku atau nyeri pada persendian, dapat disertai bengkak kemerahan pada persendian, dan penurunan/keterbatasan pergerakan sendi.

Cara pencegahan yang dapat dilakukan antara lain:

- a. Kurangi berat badan
- b. Kurangi makanan berlemak termasuk gorengan
- c. Hindari konsumsi jeroan
- d. Kurangi kacang-kacangan, makanan kaleng, makanan dan minuman yang difermentasi (tape, tuak, dll), hasil laut kecuali ikan.
- e. Latihan fisik secara teratur

15. Pengeroposan tulang

Pengeroposan tulang atau osteoporosis adalah penyakit yang ditandai dengan berkurangnya kepadatan massa tulang, sehingga tulang tidak tahan terhadap benturan dan menjadi mudah patah. Tanda dan gejalanya yaitu mudah jatuh, nyeri pada tulang, gangguan gerak, dan gangguan postur tubuh (bungkuk). Cara pencegahan yang dapat dilakukan:

- a. Konsumsi makanan dan minuman yang cukup Kalsium (teri basah, ikan laut, susu, keju, sayuran hijau, tempe, dll)
- b. Cukup terkena paparan sinar matahari
- c. Aktivitas dan latihan fisik teratur (senam osteoporosis)

F. Penyuluhan Gizi

Penyuluhan adalah suatu kegiatan mendidik sesuatu kepada individu ataupun kelompok, memberi pengetahuan, informasi-informasi dan berbagai kemampuan agar dapat membentuk sikap dan perilaku hidup yang seharusnya. Hakekatnya penyuluhan merupakan suatu kegiatan nonformal dalam rangka mengubah masyarakat menuju keadaan yang lebih baik seperti yang dicita-citakan (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan yang diperoleh diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku sasaran penyuluhan. Untuk mencapai suatu hasil yang optimal, penyuluhan harus disampaikan menggunakan metode yang sesuai dengan jumlah sasaran (Notoatmodjo, 2014). Metode penyuluhan terdiri dari beberapa jenis, yaitu:

16. Metode individual

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi.

17. Metode Penyuluhan Kelompok

Metode penyuluhan kelompok harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan berbeda dengan kelompok kecil

18. Metode Penyuluhan Massa

Metode penyuluhan massa digunakan untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat yang sifatnya massa atau public.

Alat bantu penyuluhan adalah alat-alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan materi atau pesan kesehatan. Alat bantu ini lebih sering disebut alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses penyuluhan kesehatan. Secara garis besar terdapat tiga macam alat peraga penyuluhan, antara lain:

- a. Alat bantu lihat (visual aids) yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan, misalnya slide, film, dan gambar.
- b. Alat bantu dengar (audio aids) yang dapat membantu dalam menstimulasikan indra pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan, misalnya : radio dan *Compact Disk* (CD).
- c. Alat bantu lihat-dengar (audio visual aids) yang dapat menstimulasi indra penglihatan dan pendengaran pada waktu proses penyuluhan, misalnya televisi, video *cassette* dan *Digital Versatile Disk* (DVD).

G. Pendidikan dan Pelatihan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses perubahan perilaku yang dinamis dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia yang meliputi komponen pengetahuan, sikap, ataupun praktik yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat baik secara individu, kelompok, maupun masyarakat, serta merupakan komponen dari program kesehatan (Notoatmojo, 2012 ; Sulisha, 2002). Secara umum tujuan dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu masyarakat dalam bidang kesehatan.

Menurut Notoadmodjo (2014), metode dan teknik pendidikan kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Berdasarkan sasarannya, metode pendidikan dan teknik promosi kesehatan dibagi menjadi tiga antara lain metode individual, metode kelompok dan metode massa. Metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakan yaitu pendekatan individual karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Tujuan metode ini agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantu responden menyelesaikan permasalahan

kesehatan. Bentuk pendekatan yang dilakukan seperti bimbingan dan penyuluhan serta wawancara.

Metode pendidikan kelompok dilakukan dengan melihat besarnya kelompok sasaran. Pada kelompok besar apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar yaitu ceramah dan seminar. Sedangkan pada kelompok kecil. Pada kelompok kecil apabila peserta penyuluhan itu kurang dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok kecil yaitu diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju (snow balling), kelompok-kelompok kecil (buzz group), bermain peran (role play), permainan simulasi (simulation game).

Metode (pendekatan) massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Sasaran bersifat umum, sehingga pesan yang disampaikan harus mudah ditangkap oleh masyarakat. Pendekatan ini digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi awerness, dan belum begitu diharapkan untuk perubahan perilaku. Metode yang cocok digunakan untuk pendekatan massa seperti ceramah umum (public speaking), berbincang-bincang (talk show), simulasi, sinetron, tulisan-tulisan di majalah atau koran, serta billboard.

Pelatihan merupakan suatu kegiatan yang lebih menekankan pada keterampilan, bersifat jangka pendek (short term), materi yang disampaikan bersifat khusus (Supariasa, 2016). Tujuan pelatihan adalah mencapai perubahan perilaku pada sasaran pelatihan atau yang dilatih (Supariasa,2016; Kamil,2010; Beach;1975). Tujuan umum pelatihan adalah mengembangkan keahlian, sehingga pekerjaan dapat diselesaikan dengan efektif, mengembangkan pengetahuan, sehingga pekerjaan dapat diselesaikan secara rasional dan mengembangkan sikap sehingga dapat menimbulkan kemauan untuk bekerjasama.

Pelatihan yang secara efektif, efisien dan produktif diharapkan secara fisiologis terjadi perubahan perilaku peserta latih, yang sebelum dilatih tidak atau belum tahu menjadi tahu atau lebih tahu, dari kurang keterampilan menjadi lebih

terampil, dan dari sikap yang keliru menjadi sikap yang baik dan benar. Pelatihan efektif apabila mampu menghasilkan perubahan yang signifikan bagi peserta latih dan instansi tempat peserta latih bekerja (Supariasa, 2016).

Media atau alat peraga merupakan salah satu sarana penting dalam proses pendidikan. Peran media sangat strategis untuk memperjelas peran dan meningkatkan efektivitas proses pendidikan. Oleh sebab itu, seorang penyuluh harus dapat mengenal, memilih, menggunakan dan menilai berbagai alat peraga yang paling sesuai dengan tujuan, sasaran, dan situasi tempat pendidikan dilakukan (Supariasa, 2012).

BAB III

PELAKSANAAN KEGIATAN

A. Profil Puskesmas Depok III

1. Latar Belakang

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), disebutkan bahwa Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dan berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah, Puskesmas berkontribusi dalam pencapaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah. Pelaksanaan tugas dan fungsi Puskesmas dalam menyelenggarakan UKM dan UKP tersebut termasuk program Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat memerlukan dukungan manajemen terintegrasi dan kolaborasi dengan lintas program dan lintas sektor dimana saat ini dihadapkan pada masalah gizi ganda yaitu gizi kurang (seperti stunting dan wasting) dan pada saat yang bersamaan masalah kelebihan gizi makin meningkat.

Upaya perbaikan gizi masyarakat sebagaimana disebutkan di dalam Undang- Undang No. 36 tahun 2009 bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi perorangan dan masyarakat, antara lain melalui perbaikan pola konsumsi makanan, meningkatkan pengetahuan masyarakat di bidang gizi pangan, perbaikan perilaku sadar gizi, peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi dan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi.

Profil gizi ini merupakan gambaran hasil kegiatan upaya perbaikan gizi masyarakat yang dilaksanakan bulan Januari sampai bulan Desember

2021. Keberhasilan ini tidak lepas dari dukungan lintas program, lintas sektoral serta partisipasi masyarakat.

2. VISI DAN MISI PUSKESMAS DEPOK III

a. Visi

Pada tahun 2016 Pemerintah Kabupaten Sleman menetapkan visi yaitu “Terwujudnya Masyarakat Sleman yang Lebih Sejahtera, Mandiri, Berbudaya dan Terintegrasikannya Sistem *e-Government* Menuju *Smart Regency* pada Tahun 2021”, untuk mewujudkan visi tersebut maka Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman menetapkan visi yaitu “Terwujudnya Masyarakat Sleman yang lebih Mandiri, Berbudaya Sehat Menuju *Smart Health* pada tahun 2021”. Untuk mewujudkan visi Dinas kesehatan maka Puskesmas Depok III menetapkan Visi sebagai berikut:

" Menjadi puskesmas berkelas dunia untuk mendukung *Smart and Health Regency* tahun 2021".

b. Misi

- 1) Meningkatkan implementasi sistem manajemen mutu
- 2) Menerapkan sistem informasi berbasis teknologi
- 3) Meningkatkan kompetensi SDM
- 4) Menstandarisasi sarana dan prasarana.

3. Motto

Motto Puskesmas Depok III adalah : I – CARE, terdiri dari rangkaian kata:

- a. *Innovative* : selalu punya inovasi untuk maju
- b. *Commitment* : memiliki komitmen yang kuat untuk memberikan pelayanan terbaik
- c. *Accurate* : hasil pemeriksaan tepat dan dapat dipertanggung jawabkan
- d. *Responsive* : respon cepat dalam penanganan keluhan

e. *Excellent* : berusaha tampil sempurna

4. Tata Nilai

Tata nilai yang diterapkan untuk mewujudkan Visi dan Misi Puskesmas Depok III adalah:

- 1) Profesional: Bahwa dalam melaksanakan tugas/ kewajiban harus dilandasi dengan standar pelayanan profesi yang berlaku, kompetensi, menegakkan integritas, nilai etika dan responsif dalam melaksanakan profesi
- 2) Transparansi: Bahwa proses pengambilan keputusan harus dapat diketahui oleh berbagai pihak yang berkepentingan.
- 3) Disiplin dan tanggung jawab: Bahwa dalam melaksanakan tugas/kewajiban harus dilandasi oleh sikap disiplin yang tinggi terhadap norma dan standar profesi serta aturan-aturan yang berlaku tanpa merasa diawasi, namun tumbuh dari rasa tanggung jawab pribadi
- 4) Kerjasama: Bahwa kegiatan-kegiatan suatu organisasi harus dilaksanakan secara terpadu dengan berbagai pihak guna mencapai tujuan yang sudah ditetapkan oleh organisasi tersebut secara bersama-sama.

5. Letak Geografis Puskesmas Depok III

Puskesmas Depok III beralamat di Kompleks Colombo 50A Caturtunggal, mempunyai wilayah kerja Kalurahan Caturtunggal dalam lingkup Kapanewon Depok, Kabupaten Sleman.

Secara geografis, letak Kalurahan Caturtunggal sangat strategis, karena terletak di tepi jalan Gejayan (Jl. Affandi) dan mudah dijangkau dengan angkutan umum serta dekat dengan Universitas-universitas Terbesar di DIY. Total berjumlah \pm 24 Universitas diantaranya adalah UGM, UNY, UIN Sunan Kalijaga, Sanata Dharma, Atmajaya, UPN dll dan dekat pula dengan Rumah sakit besar di DIY seperti RSU dr. Sardjito. RS. Panti Rapih, RS. Bethesda.

a. Luas Wilayah:

Luas wilayah Kalurahan Catur Tunggal : 889.7480 Ha, terdiri dari :

Sawah : 30.5142 Ha

Pekarangan : 678.4077 Ha

Tegal / ladang : 137.3503 Ha

Lain-lain : 43.4758 Ha

b. Batas wilayah:

Sebelah Utara : Kalurahan Condongcatur Kapanewon Depok

Sebelah Timur : Kalurahan Maguwoharjo Kapanewon Depok.

Sebelah Selatan : - Kalurahan Banguntapan Kapanewo
Banguntapan, Kabupaten Bantul.Kota
Jogjakarta.

Sebelah Barat : - Kalurahan Sinduadi Kapanewon Mlati.
-Kota Yogyakarta.

c. Keadaan Wilayah :

Kalurahan Caturtunggal merupakan salah satu dari 3Kalurahan yang ada di wilayah Kapanewon Depok, terdiri dari 20 Padukuhan, 296 RT dan 93 RW serta 36 posyandu.

d. Keadaan Geografis

Keadaan Alam:

- Ketinggian dari permukaan air laut : ± 150 M

- Curah hujan rata-rata tiap tahun : 2704 mm/th

- Topografi : Dataran Rendah.

- Suhu udara rata-rata : 26°C s/d 32°C

- Jarak dari Pusat Pemerintah Kapanewon : 2 Km.
- Jarak dari Ibukota Kabupaten : 10 Km.
- Jarak dari Ibukota Propinsi : 5,5 Km.
- Jarak dari Ibukota Negara : 630 Km.

6. Demografi

- a. Jumlah Penduduk sampai Semester I 2021 : 44.795 Jiwa
 - Laki-laki : 22.064 Jiwa
 - Perempuan : 22.731 Jiwa
 - Kepala Keluarga : 15.598 KK
- b. Fasilitas Sosial dan Perekonomian

Tabel. 1 Fasilitas Sosial dan Perekonomian

Jenis	Jumlah
Kelompok Bermain	7 buah
Taman Kanak-kanak	27 buah
Sekolah Dasar	22 buah
SMTP	3 buah
SMU	7 buah
LPK/Kursus	12 buah
Perguruan Tinggi	23 buah

c. Fasilitas Kesehatan

Tabel.2 Fasilitas Kesehatan

Jenis Sarana	Jumlah	Jenis Sarana	Jumlah
Dokter Praktek Swasta	113	RSK Bedah	1
Praktek Berkelompok	7	RS Bersalin	1
Balai Pengobatan/Klinik	6	Apotik	19

Rumah Bersalin	5	Optik	2
Rumah Sakit Umum	1	Toko Obat	1
		Laboratorium Klinik	2
Jumlah		158	

d. Sarana Tempat-tempat Umum

Tabel.3 Sarana tempat umum

Jenis TTU	Jumlah
Hotel/Wisma	33
Kolam Renang	3
Masjid	73
Gereja	10
Salon	36
Panti Pijat	2
Pasar	1
Pusat Perbelanjaan	6
Gedung Pertemuan	4
Lapangan Olah Raga	2
Jumlah	170

e. Sarana Tempat-tempat Pengolahan dan Penjualan Makanan dan Minuman

Tabel.4 Sarana Tempat-tempat Pengolahan dan Penjualan Makanan dan Minuman

Jenis TP2M	Jumlah
Rumah Makan	33
Industri Makanan	61
Warung Makan	59

Katering/Jasa Boga	3
Makjan	7
P. Kaki Lima	57
DAM	28
Jumlah TP2M	248

f. Fasilitas Perekonomian

Tabel.5 Fasilitas Perekonomian

Jenis	Jumlah
Koperasi Simpan Pinjam	18 buah
KUD	1 buah
BANK	9 buah

7. Ketenagaan

Tenaga yang mendukung kegiatan yang ada di Puskesmas Depok III berjumlah 44 orang terdiri dari PNS, tenaga BLUD non PNS, tenaga honorer Kabupaten, tenaga harian lepas serta didukung secara operasional oleh 1 bidan desa.

a. Sumber Daya Manusia menurut Jabatan

Tabel.6 Sumber Daya Manusia menurut Jabatan

Jabatan	Jumlah	Target	Realisasi
Kepala Puskesmas	1	1	100%
Kasubag TU	1	1	100%
Dokter Umum	5	5	100%
Dokter Gigi	2	1	200%
Bidan	4	5	80%
Perawat	6	5	120%
Perawat Gigi	1	2	50%

Pelaksana Gizi	3	3	100%
Farmasi	2	2	50%
Analisis	3	3	100%
Pekarya/Epid	0	1	0
Staf TU	6	6	100%
Psikolog	1	1	100%
Satpam	2	1	200%
Cleaning Servis	2	2	50%
Rekam Medik	2	1	100%
HS	2	2	100%
Jaga Malam	1	1	100%
Sopir	1	1	100%

b. Sumber Daya Manusia menurut Pendidikan Terakhir

Jumlah tenaga kesehatan menurut jenjang pendidikan terakhir cukup bervariasi, termasuk dari berbagai jurusan kesehatan lainnya.

Tabel.7 Sumber Daya Manusia menurut Pendidikan Terakhir

Pendidikan Terakhir	Jumlah Orang
S2/Spesialis	0
S1/D4 (Dokter, dokter gigi, psy, gizi, prg)	20
DIII (AKBID, AKPER, AKG, AKL, AKZI, RM)	19
SLTA (SMA, SPK, SMF, SMAK)	5
SLTP	0
SD	0

8. Jenis Pelayanan Puskesmas

Beberapa jenis layanan kesehatan yang diberikan baik utama maupun penunjang mengacu kepada Peraturan Bupati Sleman No 60 tahun 2016 Pembentukan Pusat Kesehatan Masyarakat. Upaya –upaya kesehatan yang dilaksanakan di Pusta Kesehatan Masyarakat Depok III juga mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, antara lain: Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), Kefarmasian dan Laboratorium meliputi :

- a. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)
 - 1) Promosi Kesehatan
 - 2) Kesehatan Lingkungan
 - 3) Program KIA-KB
 - 4) Program Gizi Masyarakat
 - 5) Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
 - 6) Keperawatan Kesehatan Masyarakat
 - 7) Kesehatan Jiwa
 - 8) Usaha Kesehatan Sekolah
 - 9) Kesehatan Lansia
- b. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP),Kefarmasian dan Laboratorium
 - 1) Pemeriksaan Umum
 - 2) Kesehatan Gigi dan Mulut
 - 3) Pelayanan KIA-KB
 - 4) Pelayanan Gawat Darurat
 - 5) Laboratorium
 - 6) Konsultasi Psikologi
 - 7) Konsultasi Sanitasi
 - 8) Konsultasi Gizi

- 9) Pelayanan Kefarmasian
- 10) Tindakan Perawatan
- 11) Klinik IMS

BAB IV

HASIL

A. Skrining Gizi Masalah Gizi

1. Tujuan Skrining

Skrining gizi yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui status gizi lansia sehingga dapat menentukan tingkat risiko malnutrisi pada pasien, mengetahui seberapa besar kekuatan otot lansia berdasarkan jenis kelamin dan usia lansia, dan mengetahui bagaimana kualitas hidup lansia dalam 1 bulan terakhir, serta mengetahui riwayat penyakit apa yang dimiliki oleh lansia tersebut sehingga dapat dilakukan intervensi sedini mungkin untuk mencegah munculnya faktor risiko atau penyakit penyerta lainnya.

2. Sasaran Skrining

Sasaran pada skrining gizi ini adalah lansia baik laki-laki maupun perempuan yang berusia di atas 60 tahun yang mengikuti prolanis di wilayah kerja Puskesmas Depok III dan/ atau melakukan pemeriksaan kesehatan ke Puskesmas Depok III. Adapun pengambilan sampel dalam skrining ini menggunakan teknik *simple random sampling*.

3. Indikator Skrining

Indikator skrining yang digunakan dalam kegiatan skrining yaitu lansia yang berusia di atas 60 tahun, memiliki riwayat penyakit penyerta, serta merupakan anggota prolanis dan/ atau lansia yang memeriksakan kesehatannya ke Puskesmas Depok III.

4. Jenis Alat Skrining

Alat yang digunakan untuk melakukan skrining yaitu pita metlin yang digunakan untuk mengukur panjang ulna apabila tinggi badan tidak diketahui, handgrip yang digunakan untuk mengukur kekuatan otot lansia, serta kuesioner WHOQOL yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup

lansia dengan cara mewawancara lansia sesuai pertanyaan yang tersedia dalam kuesioner.

5. Penetapan Standar Skrining

Proses kegiatan skrining merupakan bagian dari upaya pencegahan dan penurunan angka penyakit tidak menular, deteksi dini kekuatan otot lansia dimana kekuatan otot lansia merupakan salah satu bentuk untuk melihat bagaimana kemandirian lansia dalam menjalani hidup sehari-hari. Dengan adanya otot yang masih kuat harapannya lansia mampu hidup secara mandiri. Penetapan kekuatan otot ditentukan berdasarkan usia, jenis kelamin, dan seberapa kuat otot lansia tersebut. Adapun kriterianya sebagai berikut:

AGE	MALE			FEMALE		
	Weak	Normal	Strong	Weak	Normal	Strong
60 – 64	<30,2	30,2 – 48,2	>48,0	<17,2	17,2 – 31,0	>31,0
65 – 69	<28,2	28,2 – 44,0	>44,0	<15,4	15,4 – 27,2	>27,2
70 – 99	<21,3	21,3 – 35,1	>35,1	<14,7	14,7 – 24,5	>24,5

Selain itu, skrining yang dilakukan yaitu penilaian status gizi dengan menggunakan IMT, dimana IMT didapat dari berat badan dibagi dengan tinggi badan dalam meter pangkat dua.

$$IMT = \frac{BB}{TB^2(m)}$$

Adapun kriteria penetapan status gizi dengan IMT yang digunakan yaitu berdasarkan WHO 2000

Klasifikasi IMT Menurut WHO	
Kurus	<18,5
Normal	18,5 – 22,9
Kegemukan/Overweight	23 – 24,9
Obese I	25 – 29,9
Obese II	≥ 30

Terdapat pula penetapan standar kuesioner kualitas hidup lansia menggunakan kuesioner WHOQOL yang dapat ditentukan berdasarkan skor per domain. Domain yang terdapat pada kuesioner WHOQOL

diantaranya domain kesehatan fisik, psikologi, kehidupan sosial, dan lingkungan, dimana *cut off* dari perhitungan transformed score adalah sebagai berikut:

Nilai	Kriteria
0 – 25	Kurang
26 – 50	Cukup
51 – 75	Baik
76 - 100	Sangat Baik

6. Hasil Skrining
a. Karakteristik Responden

Variabel	Hasil	
Umur (tahun)		
60-64	13	43,3
65-69	9	30,0
70-99	8	26,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	10	33,3
Perempuan	20	66,7
Status Gizi		
Normal	6	20,0
Gemuk	5	16,7
Obesitas I	18	60,6
Obesitas II	1	3,3
Riwayat Penyakit		
Hipertensi	18	60,0
Diabetes Melitus	11	36,7
Kolesterol	1	3,3
Kekuatan Otot		
Lemah	19	63,3
Normal	11	36,7

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan umur sebagian besar responden pada kegiatan skrining berumur 60-64 tahun (43,3%) dan berjenis kelamin perempuan (66,7%). Sebagian besar responden memiliki status gizi

obesitas I (60,6%) dengan IMT berada pada rentang 25 – 29.9 kg/m². Dari 30 responden yang mengikuti skrining diketahui sebagian besar responden memiliki riwayat penyakit hipertensi yaitu sebesar 60%. Skiring kekuatan otot lansia dengan menggunakan hand grip diperoleh hasil bahwa sebagian besar lansia kekuatan ototnya dalam kategori lemah (63,3%).

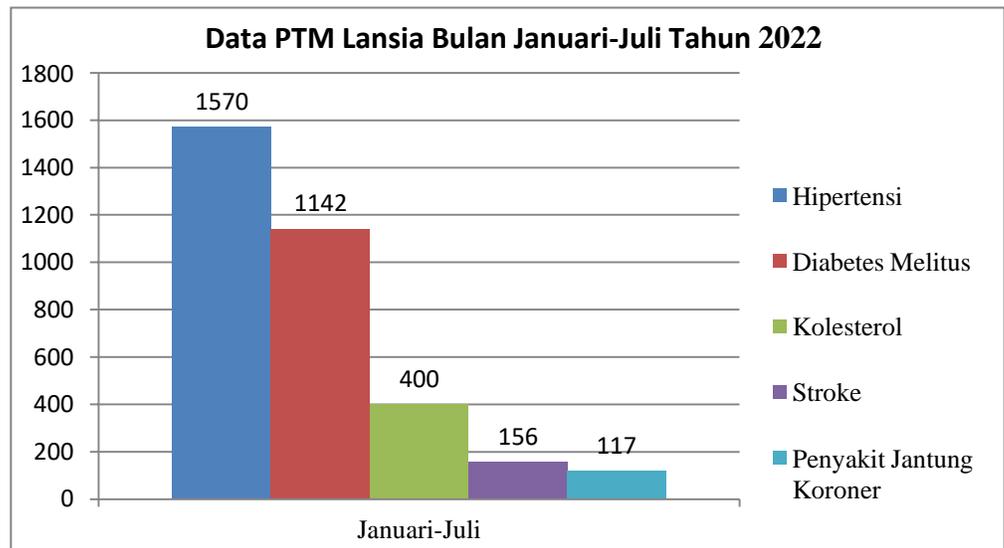
b. Riwayat Penyakit

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan pada 30 lansia, diketahui bahwa sebanyak 18 orang lansia memiliki riwayat penyakit hipertensi (60%), lalu sebanyak 11 orang lainnya memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus (36,7%) dan 1 orang memiliki riwayat penyakit kolesterol (3,3%).

Selain daripada riwayat penyakit yang diketahui berdasarkan skrining, diperoleh juga data penyakit tidak menular pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Depok III bulan Januari hingga Juli Tahun 2022. Adapun datanya adalah sebagai berikut:

NO.	Penyakit Tidak Menular	Total
1	Hipertensi	1570
2	Diabetes Melitus	1142
3	Kolesterol	400
4	Stroke	156
5	Penyakit Jantung Koroner	117

Sumber: Data Keperawatan Puskesmas Depok III Yogyakarta



Berdasarkan data lansia PTM bulan Januari – Juni 2022 di puskesmas Depok III Yogyakarta, penyakit tidak menular yang tertinggi pada lansia yaitu Hipertensi sebanyak 1570 orang, penderita Diabetes Mellitus sebanyak 1142 orang, penderita kolesterol sebanyak 400 orang, stroke sebanyak 156 orang, dan paling rendah yaitu penyakit jantung Koroner sebanyak 117 orang.

Dari data tersebut puskesmas Depok III memantau perkembangan lansia setiap bulan dengan melakukan pengecekan gula darah, kolesterol dan tekanan darah serta pengobatan secara rutin untuk para lansia dengan penderita tertentu.

c. Hasil Penilaian Kualitas Hidup Lansia

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, kelelahan, mobilitas, kapasitas pekerjaan. Kesehatan Psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat, 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 social (Indah Pratiwi et al., 2019).

Kualitas hidup dipengaruhi oleh tingkat kemandirian, kondisi fisik dan psikologis, aktifitas sosial, interaksi sosial dan fungsi keluarga. Pada umumnya lanjut usia mengalami keterbatasan, sehingga kualitas hidup pada lanjut usia menjadi mengalami penurunan perubahan yang terjadi pada responden akibat penurunan kualitas hidup antara lain cepat capai, lelah, pusing, berkeringat, mengalami kesulitan tidur sehingga waktu tidur menjadi kurang, menjadi mudah tersinggung dan perasaan minder untuk bergaul dengan lingkungan (Indah Pratiwi et al., 2019).

Berdasarkan hasil wawancara dengan kuesioner WHOQOL diperoleh hasil penilaian kualitas hidup lansia sebagai berikut:

Variabel	n	Hasil %
Kekuatan Fisik		
Cukup	9	30,0
Baik	21	70,0
Psikologi		
Cukup	14	46,7
Baik	16	53,3
Kehidupan Sosial		
Kurang	1	3,3
Cukup	11	36,3
Baik	18	60,0
Lingkungan		
Cukup	7	23,3
Baik	23	76,7
Kualitas Hidup		
Cukup	4	13,3

Baik	26	86,7
------	----	------

Skrining untuk mengetahui kualitas hidup lansia, dilakukan wawancara pada setiap lansia dengan menggunakan kuesioner WHOQOL. Adapun hasil akhirnya yaitu terdiri dari 4 domain diantaranya domain kesehatan fisik, psikologi, kehidupan sosial dan lingkungan. Pada keempat domain diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki kekuatan fisik, psikologi, kehidupan sosial, dan lingkungan yang baik dengan masing-masing persentase sebesar 70,0%, 53,3%, 60% dan 76,7%. Selain itu, akumulasi perhitungan keempat domain diperoleh hasil kualitas hidup lansia, dimana hasilnya yaitu sebagian besar lansia memiliki kualitas hidup yang baik dengan persentase sebesar 86,7% (26 orang).

d. Hubungan Antara Kekuatan Otot dan Kualitas Hidup Lansia

Pada masa lanjut usia, seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif, maupun dalam kehidupan psikososialnya. Sesuai dengan teori tersebut, kondisi kesehatan fisik secara keseluruhan mengalami kemunduran sejak seseorang memasuki fase lansia dalam kehidupannya (Darwis et al., 2022).

Penurunan massa otot yang pada lansia dapat mengakibatkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hal tersebut menyebabkan tubuh menjadi tidak stabil sehingga menjadi mudah jatuh dan menurunnya mobilitas. Komponen utama dalam mengukur kualitas hidup pada lansia adalah energi, bebas dari rasa sakit, mampu menjalani aktivitas hariannya. Penurunan massa otot pada lansia akan mempengaruhi kapasitas fisiknya yang secara tidak langsung akan mempengaruhi kualitas hidupnya (Darwis et al., 2022).

World Health Organization membagi lanjut usia menurut tingkatan usia lansia yakni usia pertengahan (45-59 tahun), usia lanjut (60-74 tahun), usia lanjut tua (75-84 tahun), usia sangat tua (>84 tahun). Responden lansia yang diambil dalam penelitian ini yaitu usia di atas 60 tahun dengan pengambilan sample menggunakan teknik *simple random sampling*.

Dalam mengukur kekuatan otot lansia, teknik yang digunakan yaitu dengan kekuatan genggam tangan, dimana alat yang digunakan yaitu *Handgrip Strength*. Uji ini merupakan indikator kesehatan yang baik untuk melihat kelemahan dan risiko disabilitas pada lansia, yang memungkinkan untuk mengidentifikasi dini kecacatan dan intervensi dini. Kekuatan handgrip/genggam tangan merupakan salah satu aktivitas yang penting dalam kehidupan sehari-hari. Handgrip yang kuat dapat mempermudah lansia untuk melakukan aktivitas sehari-hari sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup lansia. Berdasarkan pengukuran kekuatan otot yang dilakukan pada 30 lansia diketahui hubungan antara kekuatan otot dan kualitas hidup lansia sebagai berikut:

		Kualitas Hidup		Total	P value
		Cukup	Baik		
Kekuatan Otot	Lemah	3	16	19	0,603
	Normal	1	10	11	
Total		4	26	30	

Dari tabel di atas, diketahui bahwa nilai p value sebesar 0,603, artinya bahwa tidak terdapat hubungan antara kekuatan otot dan kualitas hidup lansia. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Darwis, dkk yaitu subjek dengan kekuatan otot yang baik memiliki 1,5 kali kualitas hidup baik dibandingkan dengan kekuatan otot yang lemah secara bermakna.

B. NCP (Nutrition Care Process) Pada Lansia

1. Tujuan Asuhan Gizi Lansia

Tujuan dari dilakukannya kegiatan asuhan gizi lansia ini adalah untuk menemukan dan memberikan bimbingan kepada lansia terkait dengan masalah gizi yang terjadi atau suatu penyakit dengan asuhan gizi terstandar untuk dapat menjadi sebuah penyelesaian masalah untuk lansia yang lebih baik.

2. Sasaran Asuhan Gizi pada Lansia

Pelaksanaan kegiatan asuhan gizi pada lansia ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas depok III dengan dilakukan kunjungan rumah/ homecare. Adapun responden yang diambil dalam pelaksanaan asuhan gizi ini adalah lansia yang masuk ke dalam anggota prolanis puskesmas depok III yang beralamatkan di nologaten, caturtunggal.

3. Indikator Asuhan Gizi pada Lansia

Indikator yang digunakan dalam melakukan kegiatan asuhan gizi pada lansia ini adalah menggunakan dengan pengukuran ulna untuk mengetahui estimasi dari tinggi badan lansia, berat badan, IMT untuk menentukan status gizi, tekanan darah untuk mengetahui tingkat hipertensi dan gula darah puasa untuk mengetahui kadar gula di dalam darah akibat diabetes.

4. Manfaat

1. Bagi mahasiswa

Hasil asuhan gizi ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan tambahan terkait dengan tatalaksana asuhan gizi pada lansia dengan penyakit diabetes mellitus dan hipertensi.

2. Bagi Puskesmas

Hasil asuhan gizi ini diharapkan dapat dijadikan bahan dasar bagi ahli gizi puskesmas dalam memberikan asupan gizi pada lansia dengan penyakit diabetes mellitus dan hipertensi.

C. Identitas Pasien

1. Data Personal (CH)

Tabel 1. Data Personal

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny. ST
CH.1.1.1	Umur	67 tahun
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Perempuan
CH.1.1.5	Suku/etnik	Jawa
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Anggota Keluarga
	Diagnosis medis	Diabetes Mellitus dan Hipertensi

2. Riwayat Penyakit (CH)

Tabel 2. Riwayat Penyakit

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan utama	Kadang-kadang pusing, sering kesemutan dibagian tangan sebelah kiri
	Riwayat penyakit sekarang dan dahulu	Diabetes Melitus sejak 10 tahun dan Hipertensi kurang lebih 30 tahun
	Riwayat pengobatan	DM dan HT

Tanggal pengambilan kasus : 26 Agustus 2022

3. Riwayat Klien yang Lain

Tabel 3. Riwayat Klien yang lain

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1.5	Gastrointestinal	Tidak ada
CH.2.1.8	Imun	Tidak ada alergi makan
CH.2.2.1	Perawatan	Rutin berobat sebulan sekali ke puskesmas
CH.3.1.1	Riwayat sosial	
	Situasi hidup	Pasien tinggal bersama anak, menantu dan cucu

Kesimpulan :

Pasien lansia yang ditemui adalah pasien perempuan atas nama Ny.ST usia 67 tahun dengan diagnosis penyakit diabetes mellitus dan hipetensi.

D. Hasil Skrining Gizi

Sebelum melakukan asuhan gizi, penting untuk melakukan skrining terlebih dahulu. Skrining gizi bertujuan untuk membedakan pasien yang membutuhkan tindakan intervensi dan tidak. Intervensi dukungan gizi akan diberikan kepada pasien yang hasil skrining gizi dan penilaian status gizi menunjukkan berisiko malnutrisi atau malnutrisi. Instrumen skrining yang dapat digunakan untuk golongan lansia salah satunya adalah MNA. MNA merupakan salah satu alat skrining gizi untuk pasien lansia yang banyak digunakan. Metode skrining ini meliputi parameter terkait asupan gizi dan kehilangannya serta kehilangan berat badan atau peningkatan berat badan yang kurang. (Susetyowati, 2017). Berikut ini merupakan hasil skrining gizi yang telah dilakukan kepada pasien:

A. Apakah terjadi penurunan asupan makan selama 3 bulan terakhir berkaitan dengan penurunan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau kesulitan menelan? 0 = penurunan nafsu makan tingkat berat 1 = penurunan nafsu makan tingkat sedang 2 = tidak kehilangan nafsu makan	1
B. Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir 0 = penurunan berat badan > 3 kg (6,6 lbs) 1 = penurunan berat badan tidak diketahui 2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg (2,2 dan 6,6 lbs) 3 = tidak terjadi penurunan berat badan	2
C. Mobilitas 0 = hanya di atas kasur atau di kursi roda 1 = dapat beranjak dari kursi/Kasur, tetapi tidak mampu beraktivitas normal 2 = mampu beraktivitas normal	2
D. Menderita penyakit psikologis atau penyakit akut dalam	0

3 bulan terakhir 0 = Ya 2 = Tidak	
E. Masalam Neuropsikologi 0 = Demensia tingkat berat atau depresi 1 = Demensia tingkat sedang 2 = Tidak ada masalah psikologis	2
F. <i>Body Mass Index</i> (BMI) 0 = BMI < 19 1 = BMI 19 - < 21 2 = BMI 21 - < 23 3 = BMI ≥ 23	1
Total Score	8

Skor Skrining:

12-14 poin : Status gizi normal

8-11 poin : Berisiko malnutrisi

0-7 poin : Malnutrisi

Kesimpulan Hasil Skrining :

Dari hasil skrining yang telah dilakukan menggunakan skrining didapatkan nilai 8 yang artinya pasien mengalami risiko malnutrisi. Maka perlu adanya pemantauan lanjutan untuk menghindari risiko kejadian malnutrisi dikemudian hari.

E. Riwayat Makan (FH)

1. SFFQ

Tabel 4. SFFQ

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat Diet (pola makan)	Karbohidrat: Nasi 3x/hari @1 cgt, Ubi 1x/mgg @1 bh, Mie ayam 1x/mgg, Mie instan 1x/bln @ 1 bks, Kentang 2x/mgg Lauk Hewani: Telur 2x/ mgg @ 1 btr

		Lauk Nabati Tempe 1x/ hr @ 2 ptg, Tahu 2x/mgg @ 2 ptg
		Sayuran: Sayur sop 2x/mgg @5 sdm, Sawi 4x/mgg @ 5 sdm, Kangkung 1x/mgg @5 sdm
		Buah: Pepaya 3x/mgg @1 ptg
FH.2.1.1	Pemesanan Diet	Tidak ada
FH.2.1.2	Pengalaman Diet	ada
FH.2.1.3	Lingkungan makan	Pasien kadang-kadang masak sendiri atau dibelikan oleh anaknya
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Pasien sudah sedikit banyaknya mengetahui terkait makanan dan gizi sesuai dengan keadaan penyakit pasien, karena pasien mengikuti kegiatan prolanis yang diselenggarakan oleh Puskesmas Depok III.

Kesimpulan :

Setelah dilakukan pengkajian pada riwayat makan, pasien pernah mendapatkan penyuluhan yang diselenggarakan oleh kegiatan Puskesmas Depok III dalam kegiatan PROLANIS (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) terkait dengan diet makanan yang direkomendasikan untuk pasien dengan keadaan diabetes mellitus dan hipertensi.

SQFFQ :

Tabel 5. Hasil Perhitungan SQFFQ

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)	Na (mg)
Asupan oral	873,3 kkal	30,3 gr	30,3 gr	122 gr	29 mg
Kebutuhan	2.006 kkal	100,3 gr	55,72 gr	275,82 gr	1200 mg
% asupan	43,53%	30,20%	54,37%	44,23%	3% mg
Kategori	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang

Kesimpulan :

Dari hasil yang didapatkan untuk kebiasaan makan pasien, didapatkan hasil asupan selama satu bulan terakhir kurang dari kebutuhan yang seharusnya.

2. Recall 24 jam (FH.7.2.8)

Tanggal : 26 Agustus 2022

Tabel 6. Hasil Perhitungan Recall 24 Jam

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)	Na (mg)
Asupan oral	731,1 kkal	24,2 gr	18,7 gr	116,4 gr	486,6 mg
Kebutuhan	2.006 kkal	100,3 gr	55,72 gr	275,82 gr	1200 mg
% asupan	36,44%	24,12%	33,56%	42,20%	40,55 mg
Kategori	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang

Kesimpulan :

Dari hasil asupan recall 24 yang dilakukan, didapatkan hasil asupan kurang dari kebutuhan yang diperlukan dalam sehari.

F. Standar Pembanding (CS)

Tabel 7. Standar Pembanding

Kode IDNT	Jenis Data		Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi Energi	Kebutuhan	Perkeni - Kebutuhan kalori basal perhari $25 \times 64 = 1.600$ Kkal - Pasien usia diatas 40 tahun sebesar 5% $1.600 - 5\% = 1.520$ Kkal - Aktivitas Fisik $1.824 + 10\% = 1.672$ Kkal - Berat badan kurang ditambah 20% $1.672 + 20\% = \mathbf{2.006}$ Kkal
CS.2.1.1	Estimasi Protein	Kebutuhan	Protein= $20\% \times 2.006 = 401,2$ $= 401,2 : 4 = \mathbf{100,3}$ gram
CS.2.2.1	Estimasi Lemak	Kebutuhan	Lemak = $25\% \times 2.006$ $= 501,5 : 9 = \mathbf{55,72}$ gram
CS.2.3.1	Estimasi Karbohidrat	Kebutuhan	Karbohidrat= $55\% \times 2.006$ $= 1.103 : 4 = \mathbf{275,82}$ gram
CS.5.1.1	Rekomendasi IMT/ pertumbuhan	BB/	Tidak ada

$$BB \text{ adj} = \{(BBA - BBI) \times 0,25\} + BBI \text{ --> bila obesitas}$$

G. Antropometri (AD.1.1)

Tabel 8. Antropometri

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1.1	Estimasi Tinggi Badan	= $85,80 + (2,97 \times 22)$ = $85,80 + 65,34$ = 151 cm
AD 1.1.2	Berat Badan	43,5 kg
AD 1.1.4	Perubahan Berat Badan	Ada perubahan berat badan namun tidak diketahui
AD.1.1.5	IMT	19,07 Kg/m ² (Normal)
	Ulna	22 cm
	BBI	45,9 Kg

Kesimpulan :

Pada hasil pengukuran pada pasien lansia didapatkan bahwa pengukuran tinggi badan dilakukan dengan menggunakan perhitungan panjang ulna, sedangkan berat badan diambil dari penimbangan terakhir yang dilakukan pasien di puskesmas. Dari data antropometri yang didapatkan maka didapatkan hasil status gizi pasien dalam kategori normal yaitu 19,07 kg/m².

H. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)

Tabel 9. Pemeriksaan Fisik/Klinis

Kode IDNT	Data Fisik / Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	Keadaan umum: compos mentis, masih dapat berkomunikasi dengan baik namun sedikit ada gangguan di pendengaran
PD.1.1.2	Bahasa Tubuh	Tidak ada
PD.1.1.6	Mata	Rabun
PD.1.1.9	Vital sign Tekanan darah	130/ 80 mmHg (Normal)

PD 1	Sistem Pencernaan	Tidak ada
------	-------------------	-----------

Pemeriksaan Penunjang :

Tidak ada

Kesimpulan :

Hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sebelumnya terkait dengan pemeriksaan tekanan darah, pasien dalam kategori normal, adapun secara keseluruhan pasien dalam keadaan composmentis, namun ada gangguan di pendengaran dan penglihatan.

I. Biokimia (BD)

Tabel 10. Biokimia

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket.
	GDP	126 mg/dl	< 100 mg/dl	Tinggi

Kesimpulan :

Berdasarkan hasil pemeriksaan biokimia diketahui hasil gula darah puasa diatas normal, maka nilai tersebut menunjukkan pasien memang mengalami diabetes mellitus.

J. Terapi Medis dan Fungsi

Tabel 11. Terapi Medis dan Fungsi

Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
Amlodipin	Obat yang digunakan untuk membantu mengobati tekanan darah tinggi (hipertensi)	Buah anggur dapat meningkatkan kadar amlodipine dalam darah

Glimepiride	Obat yang digunakan untuk menurunkan kadar gula darah pada penderita diabetes tipe 2	Ada penurunan efektivitas dari obat apabila dibarengi oleh vitamin B3 dan turunannya
-------------	--	--

Kesimpulan :

Pasien mengkonsumsi obat setiap hari untuk mengontrol tekanan darah dan kadar gula didalam darah.

K. Diagnosis Gizi

1. Domain Intake

NI 5.1 Asupan makan tidak adekuat berkaitan dengan mulai berkurangnya nafsu makan pada lansia dibuktikan dengan asupan recall 24 jam kurang dari 80%

	DIAGNOSIS GIZI	INTERVENSI
P	NI 5.1 Asupan makan tidak adekuat	Memperbaiki asupan makan sesuai dengan kebutuhan
E	Nafsu makan berkurang	Memberikan alternatif makanan yang bisa dioptimalkan
S	Recall 24 jam	Pemantauan makan setiap hari

2. Domain Klinik

NC 2.2 Perubahan nilai laboratorium berkaitan dengan gangguan fungsi endokrin karena penyakit diabetes mellitus dibuktikan dengan kadar Gula Darah Puasa (GDP) 126 mg/dl

Tabel 12. Diagnosis Domain Intake

	DIAGNOSIS GIZI	INTERVENSI
P	NC 2.2 Perubahan nilai laboratorium	Tujuan : memperbaiki kadar gula darah puasa
E	Gangguan Fungsi Endokrin	Membantu mengontrol kadar gula didalam darah
S	GDP 126 mg/dl	Mengontrol GDP

L. Intervensi Gizi

1. Tujuan

- a. Membantu meningkatkan asupan makan
- b. Membantu mengontrol gula didalam darah
- c. Memberikan edukasi terkait bahan makanan yang dianjurkan, dibatasi dan tidak dianjurkan

2. Preskripsi Diet

Pemberian Makanan dan Selingan (ND.1)

- d. ND.1.1 : Jenis DIIT : DM
- e. ND.1.2.1 : Bentuk Makanan : Biasa
- f. ND.1.5 Route : Oral
- g. ND.1.3 jadwal/Frekuensi Pemberian : 3x Makanan Utama, 3x Selingan
- h. Energi : 2.006 Kkal
- i. Protein : 100,3 gram (15% dari kebutuhan energi total).
- j. Lemak : 55,72 gram (25% dari kebutuhan energi total).
- k. Karbohidrat: 275,84 gram (60% dari kebutuhan energi total).

3. Domain Konseling (C)

a. Tujuan

- 1) Memberikan penjelasan terkait dengan Diet DM
- 2) Memberikan edukasi kepada pasien terkait makanan yang dianjurkan, yang dibatasi dan dihindari untuk pasien dengan DM

b. Preskripsi

- 3) Sasaran : Pasien dan keluarga
- 4) Tempat : Rumah pasien
- 5) Waktu : 15 menit
- 6) Permasalahan gizi : DM
- 7) Metode : Diskusi dan tanya jawab
- 8) Media : leaflet DM

M. Rencana Monitoring

Tabel 13. Rencana Monitoring

Anamnesis	Hal Yang diukur	Waktu Pengukuran	Evaluasi/Target
Antropometri	-	-	-
Biokimia	GDP	Pertemuan terakhir	GDP Normal
Klinis/fisik	Tekanan darah	Pertemuan terakhir	Tekanan darah normal
Dietary	Asupan makanan	Setiap hari	Asupan secara bertahap Hari I : 80% Hari II: 90% Hari III: 100%

N. Hasil Monitoring dan Evaluasi

Anamnesis	Hal Yang diukur	Pengukuran pertama	Pengukuran Terakhir
Antropometri	-	-	-
Biokimia	GDP	126 mg/dl	82 mg/dl
Klinis/fisik	Tekanan darah	130/80 mmHg	156/76 mmHg
Dietary	Asupan makanan	Kurang dari 80%	Kurang dari 80%

BAB V

PEMBAHASAN

A. Assessment

Hasil assessment yang telah dilakukan didapatkan bahwa status gizi pasien dalam kategori status gizi normal. Tinggi badan didapatkan dari hasil estimasi tinggi badan menggunakan panjang ulna. Selain dari itu pengambilan berat badan tidak dilakukan secara langsung, melainkan menanyakan langsung kepada pasien terkait berat badan terakhir ditimbang.

Hasil biokimia pasien diambil dari terakhir pengambilan gula darah puasa yang dilakukan di puskesmas pada saat kontrol. Pada hasil terakhir, pasien mengalami peningkatan gula darah puasa yaitu 126 mg/dl. Setelah dilakukan kembali pemeriksaan pada hari terakhir kunjungan didapatkan gula darah puasa 82 mg/dl.

Hasil fisik/ klinis didapatkan bahwa tekanan darah pasien pada saat pertama dilakukan assessment dalam tekanan darah normal yaitu 130/80 mmHg. Kemudian setelah dilakukan kunjungan kembali pada hari pertama, tekanan darah pasien 149/85 mmHg kemudian dikunjungan terakhir tekanan darah pasien yaitu 156/76 mmHg.

Hasil asupan makan yang dipantau selama dua hari didapatkan bahwa asupan makan pasien belum dapat memenuhi kebutuhan minimal 80% dari kebutuhan asupan yang seharusnya. Pasien mengatakan asupan makan mulai berkurang, asupan makan dalam sehari untuk makan berat hanya dilakukan hanya sering 2 kali saja.

B. Diagnosis

Diagnosis yang ditetapkan pada pasien yaitu NI.5.1 terkait dengan asupan makan yang tidak adekuat. Ini merujuk kepada hasil wawancara yang telah dilakukan terkait dengan asupan makan yang kurang karena adanya penurunan nafsu makan. Adapun NI 5.4 terkait dengan penurunan kebutuhan natrium untuk mengontrol dari tekanan darah yang telah berlangsung lama terjadi pada pasien. Dan adapun diagnosis yang terakhir adalah NC 2.2 terkait dengan perubahan nilai laboratorium pada gula darah. Dalam upaya memberikan intervensi yang sesuai

dengan kondisi pasien, penentuan diagnosis ini menjadi salah satu yang perlu diperhatikan dalam mengupayakan kestabilan gula di dalam darah.

C. Intervensi

Pemberian diet yang diberikan adalah diet DM dan RG dengan kebutuhan energi 2.006 kkal, protein 100,3 gr, lemak 55,72 gr dan karbohidrat 275,84 gr. Pemberian diet ini diharapkan mampu mengontrol gula didalam darah dan mengontrol tekanan darah. Selain dari pada itu juga intervensi yang diberikan diharapkan mampu mengingatkan dan memahami makanan yang dianjurkan, dibatasi dan dihindari bagi penyakit yang dialami pasien. Selain dari pada itu juga pembatasan pada natrium yaitu sebanyak 1.200 mg dalam sehari atau setara dengan setengah sendok teh.

D. Monitoring dan Evaluasi

Dari hasil monitoring dan evaluasi yang telah dilakukan terkait dengan hasil biokimia, didapatkan bahwa gula darah puasa pasien mengalami penurunan setelah dilakukan diakhir kunjungan yaitu 82 mg/dl yang semula pada awal pemeriksaan sebesar 126mg/dl. Kemudian untuk tekanan darah selama kunjungan didapatkan hasil tekanan darah pasien mengalami peningkatan yaitu di hari pertama 149/85 mmHg dan di hari kedua tekanan darah pasien 156/76 mmHg. Kemudian evaluasi yang terakhir adalah terkait dengan asupan makan pasien. Pada pemantauan selama dua hari terkait dengan asupan makan dengan menggunakan recall 24 jam hasil selama evaluasi menunjukkan asupan makan pasien belum dapat mencapai 80% dari kebutuhan yang dianjurkan.

E. Pembinaan dan Pemberdayaan Kader/Keluarga

1. Penyuluhan

a. Identifikasi Masalah

Masalah yang diambil sebagai dasar dalam menentukan kegiatan pembinaan dan pemberdayaan ini diambil dari hasil identifikasi masalah yang terjadi di wilayah kerja puskesmas depok III. Dalam kegiatan pembinaan dan pemberdayaan ini dilakukan 2 kegiatan, yaitu melakukan kegiatan penyuluhan pada sasaran lansia yang dilakukan dalam kegiatan PROLANIS (Program Pengelolaan Penyakit Kronis)

dengan tema penyuluhan terkait dengan hipertensi. Seperti yang sudah dipaparkan diatas terkait dengan permasalahan kejadian penyakit yang paling banyak terjadi pada lansia di wilayah kerja puskesmas depok III yaitu hipertensi.

b. Hasil Kegiatan

Penyuluhan dilakukan kepada anggota lansia prolans tensi (lansia yang mengalami penyakit khusus hipertensi) terkait dengan “Mengenal dan Mencegah Progresivitas Hipertensi pada Lansia” yang diselenggarakan pada:

- a) Hari/Tanggal : Sabtu, 27 Agustus 2022
- b) Waktu : 09.30 – 10.00 WIB
- c) Tempat : Aula Puskesmas Depok III
- d) Sasaran : Lansia Prolans Tensi
- e) Pemateri : Hasni Hadiyati Rahmi
- f) Metode : Ceramah, diskusi dan tanya jawab
- g) Media : Materi dengan power point
- h) Materi :
 - Pokok Bahasan :Mengenal dan Mencegah Progresivitas Hipertensi pada Lansia.
 - Sub Pokok Bahasan:
 - Pengertian lansia dan hipertensi pada lansia
 - Faktor-faktor penyebab hipertensi
 - Risiko hiperetensi yang tidak terkontrol
 - Diet hipertensi (makanan yang dibolehkan, dibatasi dan dihindari)
 - Pengelolaan stres pada lansia dalam upaya mencegah tekanan darah tinggi

i) Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan penyuluhan dilaksanakan secara tatap muka dalam kegiatan pertemuan prolans tensi yang di aula puskesmas depok III. Dalam kegiatan ini sasaran yang diberikan penyuluhan adalah

lansia dengan riwayat penyakit hipertensi. Penyuluhan disampaikan bertujuan untuk mengingatkan kembali dan menyampaikan informasi yang sekiranya belum pernah didapatkan pada pertemuan-pertemuan prolanis sebelumnya. Jumlah peserta lansia yang hadir pada penyuluhan yang telah dilaksanakan berjumlah 12 orang.

Penentuan kegiatan penyuluhan ini didasarkan kepada hasil diskusi dengan ketua kegiatan prolanis. Pertimbangan yang diambil untuk menentukan kegiatan penyuluhan ini berkaitan dengan data tertinggi PTM pada lansia di wilayah kerja puskesmas depok III yaitu hipertensi. Selain itu juga agenda pertemuan ini baru dilakukan kembali setelah 2 tahun tidak dilakukan karena terhalang pandemi. Sebelum pertemuan secara tatap muka ini, lansia hanya mendapatkan informasi dan konsultasi dengan dokter melalui groupwhatsapp.

Evaluasi kegiatan penyuluhan yang telah dilakukan yaitu dengan dilakukannya sesi tanya jawab dengan peserta lansia. Pemilihan evaluasi dilakukan hanya dengan tanya jawab karena keterbatasan lansia dalam membaca, karena ada beberapa lansia yang mengalami buta huruf. Sehingga evaluasi hanya dilakukan dengan sesi tanya jawab dan memberikan beberapa pertanyaan seputar materi yang disampaikan.

Hasil evaluasi yang dapat dinilai dari hasil tanya jawab pada pelaksanaan penyuluhan yang telah dilakukan yaitu lansia mampu memahami materi yang disampaikan dibuktikan dengan beberapa pertanyaan yang ditanyakan kepada lansia, sebagian lansia mampu menjawab dengan cepat dan tepat. Selain dari pada itu juga dalam kegiatan tanya jawab, lansia yang mengajukan pertanyaan menyatakan paham dari apa yang telah dijawab.

Pemaparan terkait dengan materi hipertensi ini sebelumnya sudah pernah lansia dapatkan oleh tenaga kesehatan yang lainnya.

Sehingga lansia dapat memahami dan mengingat kembali terkait penyakit hipertensi. Namun adapun beberapa yang belum pernah di dapatkan yaitu terkait dengan mengelola dan memilih makanan yang sesuai dengan penyakit hipertensi. Dalam kegiatan ini lansia sudah mampu memahami apa yang perlu dilakukan dan diatur dalam menyeimbangkan makanan untuk mengatur tekanan darah. Adapun beberapa yang menjadi pertanyaan terkait dengan pengaturan selain dari makanan adalah terkait dengan pengelolaan stres yang bisa dilakukan dan diupayakan dalam mengendalikan tekanan darah yang tinggi.

2. Pendidikan dan Pelatihan

1) Identifikasi Masalah

Kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dilakukan atas dasar evaluasi dengan ahli gizi dalam mengupayakan kegiatan-kegiatan posbindu dalam menentukan permasalahan pengukuran tinggi badan yaitu dapat mengupayakan pemberdayaan dan pembinaan kepada kader dengan target kegiatan yang dapat diaplikasikan dalam kegiatan Posbindu lansia, adapun penjelasan kegiatan pembinaan dan pemberdayaan yang telah dilakukan sebagai berikut:

- a) Hari/Tanggal : Rabu, 31 Agustus 2022
- b) Waktu : 11.00 WIB
- c) Tempat : Posbindu Nologaten
- d) Sasaran : Kader Posbindu
- e) Pemateri : Hasni Hadiyati Rahmi, S.Gz
- f) Metode : ceramah, diskusi, tanya jawab dan pelatihan
- g) Media : Metlin
- h) Materi :
 - Panjang ulna menjadi alternatif untuk mengestimasi tinggi badan
 - Teknik pengukuran panjang ulna
 - Cara menghitung estimasi tinggi badan dengan panjang ulna

i) Kegiatan Pelatihan:

Kegiatan pendidikan dan pelatihan dilakukan secara tatap muka dengan kader di posbindu nologaten. Peserta yang hadir dalam pelatihan ini tidak hanya dihadiri oleh kader posbindu saja kader balita. Jumlah peserta yang hadir pada kegiatan ini dihadiri oleh 16 peserta. Kegiatan diklat ini didasarkan atas diskusi yang telah dilakukan dengan ahli gizi puskesmas terkait dengan pemaparan yang belum pernah didapatkan oleh kader dalam pemeriksaan yang dilakukan di kegiatan posbindu bulanan.

Pemaparan informasi terkait dengan pengukuran panjang ulna untuk mengestimasi tinggi badan belum pernah didapatkan sebelumnya oleh para kader. Setiap pengukuran pada lansia selalu dilakukan dengan mikrotoa tanpa melihat lansia dengan tulang punggung yang sudah membungkuk ataupun tidak. Hal ini menjadi dasar perbaikan dan masukan dalam kegiatan posbindu dalam mengupayakan kader dalam mengoptimalkan pengukuran tinggi badan pada lansia.

Tujuan dari pada mengestimasi tinggi badan dengan menggunakan panjang ulna ini yaitu supaya pengukuran tinggi badan dapat dihitung dan dilihat berdasarkan estimasi bukan dengan pengukuran yang disamakan dengan keadaan orang dewasa pada umumnya. Karena dalam hal ini pengukuran yang dilakukan kepada lansia menggunakan mikrotoa tidak akan didapatkan secara nyata. Dalam hal ini juga estimasi memang tidak dapat memprediksi ketepatan pada tinggi badan, namun setidaknya estimasi ini dapat dilakukan guna menghindari pengukuran tinggi badan yang terlalu keliru.

Hasil pendidikan dan pelatihan yang telah dilakukan terhadap kader terkait pengukuran panjang ulna ini mampu dilakukan dan dipahami oleh seluruh kader, adapun evaluasi yang didapatkan dalam forum diskusi didapatkan pertanyaan sebagai

berikut

1. Kenapa posisi tangan harus ditekek?
2. Kenapa estimasi tidak sama jika dibandingkan dengan pengukuran dengan menggunakan mikrotoa?

Dalam sesi tanya jawab yang dilakukan dalam upaya mengevaluasi dari pemahaman kader dapat dikatakan setelah menjawab dari pertanyaan yang disampaikan, seluruh kader memahami atas apa yang telah dijawab. Hal ini dibuktikan tidak adanya pertanyaan tambahan yang disampaikan oleh peserta yang mengikuti kegiatan diklat.

F. Program Kegiatan Inovatif

1. Latar Belakang

Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah secara kronis akibat meningkatnya kerja jantung dalam memompa darah. Hipertensi sering ditemui dan banyak penderita tidak tahu jika mengalami hipertensi karena sering tanpa keluhan atau gejala, sehingga penyakit tidak menular ini sering disebut *silent killer*. Hipertensi sangat penting untuk diterapi karena dapat menimbulkan komplikasi pada organ target, seperti jantung, otak, ginjal, mata, dan arteri perifer, tergantung tingkat keparahan kadar tekanan darah dan penobatan penyakit. Hipertensi menjadi faktor risiko terjadinya stroke, miokard infark, penyakit jantung istemik, gagal jantung, gagal ginjal, retinopati, hingga kematian (Supariasa dan Dian, 2019).

Berdasarkan data penyakit tidak menular pada lansia bulan Januari hingga Juli tahun 2022 di Puskesmas Depok III menunjukkan bahwa hipertensi menduduki posisi pertama PTM lansia dengan jumlah terdiagnosis sebanyak 1570 lansia, kemudian disusul pada posisi kedua yaitu diabetes melitus dengan jumlah 1142 lansia yang terdiagnosis. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa kejadian hipertensi dapat terus

meningkat apabila tidak ditangani secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Semakin meningkatnya kasus penyakit tidak menular lebih khusus untuk penyakit hipertensi perlu menjadi perhatian masyarakat untuk ikut serta berpartisipasi dan berperan dalam upaya pencegahan dan pengendalian faktor risiko PTM.

Beberapa anjuran WHO untuk mencegah dan mengontrol tekanan darah yaitu dengan cara mengurangi dan mengelola stres, makan makanan yang sehat dimana terdiri dari banyak buah dan sayuran segar yang mengandung zat gizi seperti potasium dan serat, membatasi asupan natrium, menyadari serta menghindari makanan olahan yang mengandung tinggi natrium, gula, kopi dan minuman keras.

Menurut Park et al., 2017 Pada awal setiap sesi intervensi berkebun, subjek melakukan latihan pemanasan 5 menit yang mencakup latihan peregangan untuk tubuh bagian atas dan bawah dengan mengikuti instruktur. Intervensi berkebun dijalankan dua kali seminggu dengan rata-rata 50 menit per sesi untuk total 7,5 minggu.

Respon positif dari perasaan tenang dan nyaman melalui jalur HPA *axis* akan merangsang hipotalamus. Hipotalamus akan menurunkan sekresi CRH (*Corticotropin Releasing Hormone*) sehingga ACTH (*Adrenocorticotropic Hormone*) menurun dan merangsang POMC (*Pro-opiomelanocortin*) yang juga menurunkan produksi ACTH dan kortisol dan menstimulasi produksi endorfin. Hormon endorfin akan dihasilkan dan disekresikan oleh hipofisis anterior saat menunjukkan aktivitas alfa, yaitu pada saat kondisi damai, tenang, dan rileks. Endorfin menimbulkan dilatasi vascular (Isselbacher *et al.* 1999) dan menjaga agar darah dapat mengalir dengan mudah dan bebas hambatan (Haruyama, 2011). Penurunan ACTH dan kortisol serta peningkatan endorfin akan menurunkan tahanan perifer dan cardiac output sehingga akan mempengaruhi tekanan darah.

Tahapan *therapeutical gardening* yang paling mencolok memberikan perubahan adalah pada tahap mengolah media tanam. Semua responden saling bercanda dan sangat menikmati kegiatan meskipun tangan mereka harus kotor terkena tanah yang sudah dicampur pupuk kandang maupun sisa sayuran. Responden membuat dan mencampur media tanam dengan tangan kosong, sehingga tercipta gerakan tangan yang juga merupakan peregangan tangan dan salah satu aktivitas fisik yang dapat mempengaruhi tekanan darah. Aktivitas fisik dapat meperlancar peredaran darah dan mengurangi asupan garam dalam tubuh, saat tubuh berkeringat maka garam akan keluar bersama keringat (Dalimartha *et al.* 2008). Teori tersebut menunjukkan bahwa aktivitas fisik dapat berpengaruh terhadap perubahan tekanan darah. Mengolah media tanam merupakan aktivitas fisik ringan, sehingga selama kegiatan tersebut didapatkan tekanan darah responden mengalami penurunan. Aktivitas fisik dapat memperlancar peredaran darah dan dapat mengurangi atau mencegah obesitas serta mengurangi asupan garam dalam tubuh. Garam akan keluar dari tubuh bersama dengan keringat (Dalimartha *et al.*, 2008), sehingga dapat mempengaruhi tekanan darah responden.

Oleh karena itu, inovasi program berupa kegiatan bernama “Mari Pergi Bersama”. Program kegiatan ini merupakan langkah awal yang dapat dilakukan untuk memberdayakan masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi setiap lansia. Fokus dari program kegiatan ini adalah perubahan perilaku pada pola makan. Sebagai upaya mewujudkan inovasi tersebut kami tertarik mengadvokasikan program tersebut sebagai bagian dari strategi pencegahan dan pengendalian hipertensi pada lansia melalui program “Mari PERGI Bersama”.

2. Saranan Program

Sasaran pada program kegiatan ini adalah kepala puskesmas, ahli gizi, ketua program Prolanis dan perwakilan anggota yang tergabung dalam program prolanis di Puskesmas Depok III.

3. Lokasi Kegiatan Program

Rencana lokasi kegiatan advokasi yaitu di Aula Puskesmas Depok III. Adapun rencana kegiatan program penanaman sayur bersama nantinya dapat memanfaatkan lahan rumah dari anggota prolanis yang terlibat dalam kegiatan ini secara sukarela tanpa paksaan.

4. Waktu dan Tempat

Adapun rencana dan waktu pelaksanaan advokasi adalah sebagai berikut:

1. Hari/tanggal : Sabtu, 10 September 2022
2. Waktu : 08.00 – 11.00 WIB
3. Tempat : Aula Puskesmas Depok III

5. Bentuk Kegiatan

Bentuk kegiatan untuk melakukan advokasi dengan kepala puskesmas Depok III, ketua program kegiatan Prolanis, dan ahli gizi yaitu dilaksanakan secara luring. Pelaksanaan usulan program “Mari PERGI Bersama” di Wilayah Kerja Puskesmas Depok III dapat dilakukan dengan proses diskusi dan musyawarah mufakat sehingga usulan program dapat diterima dan terealisasi.

6. Hasil yang Diharapkan

Seluruh lansia yang tergabung dalam Prolanis berkomitmen dalam menjalankan program secara bersama untuk kepentingan bersama diantaranya dalam upaya pengendalian tekanan darah.

7. Deskripsi Kegiatan

Kegiatan “Mari PERGI Bersama” merupakan kegiatan yang dikemas dalam upaya perbaikan gizi lansia. Pengambilan kata “PERGI” mempunyai arti dari **Perbaiki Gizi** yang mana program kegiatan ini bisa dilakukan secara bersama-sama dalam mengupayakan kesehatan bersama dan merupakan bagian

dari pengelolaan stress pada lansia. Kegiatan ini melibatkan dukungan dari beberapa pihak untuk dapat terealisasi dan terlaksana dengan baik, diantaranya peran dari kepala Puskesmas Depok III dan ketua yang berperan dalam kegiatan prolanis. Adapun salah satu harapan dari terselenggaranya kegiatan ini adalah dapat memperbaiki dan menekan kejadian PTM di Wilayah Kerja Puskesmas Depok III khususnya pada penyakit hipertensi.

Kegiatan yang dilakukan dalam program ini meliputi penanaman sayur bersama dengan harapan dengan adanya penanaman sayur bersama dapat memperbaiki permasalahan hipertensi pada lansia dengan pengelolaan makanan dan pengelolaan stress, dimana diharapkan dua faktor ini dapat berkesinambungan dalam mengupayakan kesehatan pada lansia yang memiliki penyakit hipertensi. Adapun langkah atau macam kegiatan yang akan dilaksanakan dalam kegiatan ini sebagai berikut:

1. Menanam Sayur Bersama

Kegiatan ini dilakukan dengan melakukan kegiatan menanam sayuran yang mempunyai kandungan potasium yang tinggi dalam upaya mencegah tekanan darah tinggi. Kegiatan yang akan dilakukan dalam kegiatan ini adalah melibatkan kebersamaan para anggota lansia dari mulai mempersiapkan alat dan bahan yang digunakan, menyemai bibit, sampai dengan memanen sayuran yang ditanam. Pelaksanaan kegiatan ini dapat dilakukan bersama dengan menentukan kegiatan lanjutan yang akan dilakukan oleh anggota prolanis yang bersangkutan terkait dengan penjadwalan dan pemantauan tanaman.

2. Memasak Hasil Panen Bersama

Kegiatan memasak ini merupakan kegiatan lanjutan dari kegiatan menanam sebelumnya. Kegiatan ini memberikan hal yang positif dalam upaya mempererat antar anggota prolanis. Dalam kegiatan ini anggota melakukan kegiatan memasak bersama dari hasil menanam sayur yang telah dilakukan sebelumnya. Kegiatan ini dapat dilakukan di salah satu

rumah anggota prolanis dan dapat diputar sesuai jadwal ataupun dapat juga dilakukan secara *outdoor* pada kegiatan bulanan. Memasak hasil panen sayur bersama diharapkan mampu memberikan dampak positif, salah satunya membiasakan para lansia untuk mengonsumsi makanan yang sehat dan bergizi, serta teknik pengolahan yang sesuai sehingga tekanan darah dapat terkontrol.

BAB VI

KESIMPULAN

A. Assesment

1. Karakteristik responden berdasarkan umur sebagian besar responden pada kegiatan skrining berumur 60-64 tahun (43,3%) dan berjenis kelamin perempuan (66,7%). Sebagian besar responden memiliki status gizi obesitas I (60,6%) dengan IMT berada pada rentang 25 – 29.9 kg/m². Dari 30 responden yang mengikuti skrining diketahui sebagian besar responden memiliki riwayat penyakit hipertensi yaitu sebesar 60%. Skiring kekuatan otot lansia dengan menggunakan hand grip diperoleh hasil bahwa sebagian besar lansia kekuatan ototnya dalam kategori lemah (63,3%).
2. Akumulasi perhitungan keempat domain WHOCOL diperoleh hasil sebagian besar lansia memiliki kualitas hidup yang baik dengan persentase sebesar 86,7% (26 orang).
3. Tidak terdapat hubungan antara kekuatan otot dan kualitas hidup lansia

B. NCP

1. Antropometri pasien didapatkan IMT normal yaitu 19,07 kg/m²
2. Biokimia pada pemeriksaan GDP mengalami penurunan menjadi normal
3. Tekanan darah pada pasien selama monitoring evaluasi mengalami peningkatan tekanan darah
4. Asupan makan pasien selama kunjungan tidak ada perubahan peningkatan asupan mencapai 80% dari kebutuhan yang seharusnya

C. Penyuluhan

Penyuluhan yang disampaikan terkait dengan mencegah progresivitas hipertensi pada lansia secara keseluruhan dapat dipahami oleh seluruh lansia yang hadir.

D. Pendidikan dan Pelatihan

Pendidikan dan pelatihan yang disampaikan kepada kader terkait dengan penggunaan estimasi tinggi badan menggunakan panjang ulna dapat dipahami oleh seluruh kader.

E. Inovasi

Program inovasi yang dibuat merupakan program kegiatan yang direkomendasikan untuk kegiatan lansia di prolanis dengan tema “Mari Pergi Bersama” dengan bentuk kegiatan yang direncanakan yaitu berkebun dan memasak bersama.

DAFTAR PUSTAKA

- Darwis, I., Fiana, D. N., Ngurah, G., Wisnu, P. P., Prameswari, N. P., Putri, A. R., Panuluh, P. D., Jiofansyah, M., Wikayanti, R. A., Ramadhan, M. A., Agung, G., Yogy, P., & Ananta, V. (2022). *Hubungan Kekuatan Otot dengan Kualitas Hidup Pasien Lanjut Usia di Panti Wredha Natar, Kabupaten Lampung Selatan*. 6(1), 19–24.
- Indah Pratiwi, Haniarti, & Herlina Muin. (2019). Hubungan Status Gizi Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Wilayah Puskesmas Madising Na Mario Kota Parepare. *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 2(1), 128–140.
<https://doi.org/10.31850/makes.v2i1.130>
- Nurhidayati, I., Suciiana, F., & Septiana, N. A. (2021). Status Gizi Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Puskesmas Jogonalan I. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 10(2), 180.
<https://doi.org/10.31596/jcu.v10i2.764>
- Riyanti, P., & Ratnawati, D. (2015). Hubungan Aktivitas , Status Emosional Dan Panti Werdha Bina Bhakti Serpong Tangerang Tahun 2015. *Keperawatan Widya Gantari*, 2(2), 1–19.
<https://ejournal.upnvj.ac.id/index.php/Gantari/article/view/854/589>
- Departemen Kesehatan. Hipertensi Penyebab Kematian Nomor Tiga. Diakses di <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/810-hipertensi-penyebab-kematian-nomor-tiga.html%20%5B2>. 2012.
- Wiardani, Ni Komang, Hamam Hadi, Emy Nuriyati. *Pola Makan Dan Obesitas Sebagai Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Rumah Sakit Sanglah Denpasar. Politeknik Kesehatan Denpasar. Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. Volume 4. No.1. Juli 2007: 1-10
- Gunawan, *Gaya Hidup Sehat Cara Jitu Cegah Stroke*. Rumah Sakit Pondok Indah Group.2012.pp 27

LAMPIRAN

Lampiran 1. TOR Kegiatan Skrining

1. Nama Kegiatan

Skrining Lansia Terhadap Kekuatan Otot dan Kualitas Hidup Lansia

2. Latar Belakang

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas, menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Khofifah, 2016) dalam (Nurhidayati et al., 2021). Lansia merupakan tahap fisiologis lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh beradaptasi terhadap stres lingkungan. Penurunan massa otot yang terjadi pada lansia dapat mengakibatkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Teknik yang digunakan untuk menilai kekuatan otot yaitu kekuatan genggam tangan. Kekuatan genggam tangan sudah dapat menjadi penanda klinis minimnya mobilitas dan prediktor yang lebih baik dari hasil klinis massa otot yang rendah menggunakan uji handgrip strength (Darwis et al., 2022).

Peningkatan jumlah penduduk lansia ini akan membawa dampak terhadap berbagai kehidupan. Dampak utama peningkatan lansia ini adalah peningkatan ketergantungan lansia. Ketergantungan ini disebabkan oleh kemunduran fisik, psikis dan sosial lansia yang digambarkan melalui empat tahap, yaitu kelemahan, keterbatasan, kemunduran fungsional, ketidakmampuan dan keterhambatan yang akan dialami bersamaan dengan proses kemunduran akibat proses menua. Dampak proses kemunduran akibat proses menua juga akan mempengaruhi kualitas hidup lansia (Riyanti & Ratnawati, 2015).

Kualitas hidup merepresentasikan respons seseorang terhadap faktor fisik (objektif) dan mental (subjektif) yang berkontribusi ke dalam kehidupannya, termasuk di dalamnya kualitas kekuatan fisik, hubungan dengan orang-orang di

sekitarnya baik keluarga maupun temannya, suasana lingkungan, status finansial, dan status emosional (Darwis et al., 2022).

Kualitas hidup tidak hanya dipengaruhi oleh faktor-faktor psikologis dan sosial ekonomi, tetapi juga status gizi. Masalah gizi pada lansia perlu menjadi perhatian khusus karena dapat mempengaruhi status kesehatan, penurunan kualitas hidup, dan mortalitas. Gizi kurang maupun gizi lebih pada masa dewasa akhir dapat memperburuk kondisi fungsional dan kesehatan fisik (Riyanti & Ratnawati, 2015).

Oleh karena itu, diperlukan adanya skrining pada lansia terkait kualitas hidup lansia untuk mengetahui seberapa baik kualitas hidup lansia yang berada di wilayah Puskesmas Depok III. Selain dari kualitas hidup, diperlukan skrining gizi berupa penrhitungan status gizi lansia dan pengukuran kekuatan otot. Kekuatan otot pada lansia nantinya juga akan mempengaruhi seberapa jauh lansia dapat hidup secara mandiri dan seberapa baik kualitas hidupnya.

3. Tujuan

a. Tujuan Umum

Melakukan skrining pada lansia untuk mengetahui kualitas hidup dan status gizi, serta sebagai upaya preventif yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan.

b. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui kualitas hidup lansia yang terdiri dari 4 domain (kesehatan fisik, psikologis, kehidupan, social, dan lingkungan).
- 2) Mengetahui ststua gizi lansia berdasarkan IMT.
- 3) Mengetahui kekuatan oto lansia dengan menggunakan handgrip strength.
- 4) Mengetahui hubungan antara kekuatan otot dengan kualitas hidup lansia.

4. Sasaran

Sasaran pada skrining gizi ini adalah lansia baik laki-laki maupun perempuan yang berusia di atas 60 tahun yang mengikuti prolanis di wilayah kerja Puskesmas Depok III dan/ atau melakukan pemeriksaan kesehatan ke Puskesmas

Depok III. Adapun pengambilan sampel dalam skrining ini menggunakan teknik *simple random sampling*.

5. Waktu dan Tempat

Waktu Pelaksanaan : 23-27 Agustus 2022

Tempat Pelaksanaan : Puskesmas Depok III

6. Cara Pelaksanaan Kegiatan

a. Metode Pelaksanaan

Metode skrining yang dilakukan yaitu dengan melakukan wawancara berdasarkan kuesioner WHOQOL untuk mengetahui kualitas hidup lansia dan melakukan pengukuran panjang ulna untuk mengetahui estimasi tinggi badan apabila tinggi badan tidak diketahui. Adapun berat badan dan tinggi badan yang sudah diketahui berdasarkan pengukuran terakhir maka metode hanya berupa wawancara.

b. Langkah Kegiatan

- 1) Pelaksana skrining mendatangi lansia yang sedang menunggu panggilan di Poli Umum atau pada saat kegiatan Prolanis.
- 2) Menanyakan kesediaan lansia untuk dilakukan skrining.
- 3) Mengukur panjang ulna menggunakan pita metlin.
- 4) Mengukur kekuatan otot menggunakan handgrip strength.
- 5) Melakukan wawancara berdasarkan kuesioner WHOQOL.
- 6) Melakukan analisis data dan menginterpretasikan data.
- 7) Membuat rencana intervensi.

7. Penanggung Jawab Kegiatan

- a. Margaretha Bulu
- b. Yuli Puspitasari
- c. Hasni Hadiyati Rahmi
- d. Elok Faiqoh

8. Biaya

Dalam melakukan skrining pada lansia ini, sumber dana yang dibutuhkan bersumber dari iuran kelompok.

Lampiran 2. Karakteristik responden

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60-64 Tahun	13	43.3	43.3	43.3
65-69 Tahun	9	30.0	30.0	73.3
70-99 Tahun	8	26.7	26.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	10	33.3	33.3	33.3
Perempuan	20	66.7	66.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Status Gizi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid normal	6	20.0	20.0	20.0
gemuk	5	16.7	16.7	36.7
obesitas I	18	60.0	60.0	96.7
obesitas II	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Riwayat Penyakit

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Hipertensi	18	60.0	60.0	60.0
Diabetes Melitus	11	36.7	36.7	96.7
Kolesterol	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Kekuatan Otot

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lemah	19	63.3	63.3	63.3
Normal	11	36.7	36.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Kesehatan Fisik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cukup	9	30.0	30.0	30.0
Baik	21	70.0	70.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Psikologi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cukup	14	46.7	46.7	46.7

Baik	16	53.3	53.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Kehidupan Sosial

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	1	3.3	3.3	3.3
Cukup	11	36.7	36.7	40.0
Baik	18	60.0	60.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Lingkungan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cukup	7	23.3	23.3	23.3
Baik	23	76.7	76.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Kualitas Hidup

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cukup	4	13.3	13.3	13.3
Baik	26	86.7	86.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Lampiran 3. Hubungan Antara Kekuatan Otot dan Kualitas Hidup Lansia

Kekuatan Otot * Kualitas Hidup Crosstabulation

		Kualitas Hidup		Total
		Cukup	Baik	
Kekuatan Otot	Lemah	3	16	19
	Normal	1	10	11
Total		4	26	30

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.271 ^a	1	.603	1.000	.530
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.284	1	.594		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.262	1	.609		
N of Valid Cases ^b	30				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,47.

b. Computed only for a 2x2 table

Kegiatan Skrining



Asuhan Gizi Lansia



Pendidikan dan Pelatihan



Penyuluhan



Senam Bersama Lansia

