

BAB V

PEMBAHASAN

Karakteristik Lansia

Pada tabel 4 menunjukkan bahwa mayoritas lansia di Posyandu Lansia Puskesmas Pleret dari 93 responden lansia sebagian besar untuk jenis kelamin yaitu perempuan sebanyak 76,3%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Nurhidayati *et al.*, yang melaporkan bahwa mayoritas responden di Puskesmas Jogonalan 1 adalah perempuan, yaitu sebesar 62,4%. Kondisi ini dipengaruhi oleh tingginya angka harapan hidup pada perempuan. Selain itu, faktor hormonal juga berperan, karena hormon estrogen pada perempuan usia lanjut memiliki efek protektif yang dapat meningkatkan peluang hidup lebih panjang. Sementara pada laki-laki, kadar estrogen jauh lebih rendah sehingga tidak memberikan perlindungan yang sama⁴⁸. Pada penelitian ini dapat dijelaskan bahwa perempuan memiliki angka harapan hidup yang lebih tinggi, sehingga jumlah mereka lebih banyak di kelompok usia lanjut. Selain itu, pengaruh hormonal khususnya peran estrogen yang bersifat protektif membuat perempuan cenderung memiliki peluang bertahan hidup lebih lama dibandingkan laki-laki, sehingga proporsi lansia perempuan lebih dominan.

Sebagian besar usia responden yaitu 60-69 tahun sebanyak 69,9%. Sebagian besar responden tidak memiliki komorbid sebanyak 68,8%. Hampir setengahnya memiliki komorbid seperti hipertensi yang disertai dengan diabetes mellitus tipe 2, jantung yaitu sebanyak 31,2%. Pada lansia yang tidak memiliki komorbid, penyakit yang di derita seperti nyeri sendi, hipertensi, diabetes mellitus, asam urat. Menurut

Mitha (2024), lansia yang berusia di atas 70 tahun memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami multimorbiditas. Kondisi ini terjadi karena seiring pertambahan usia, fungsi organ tubuh dan sistem imun semakin menurun, sehingga ketika lansia terserang satu penyakit degeneratif, mereka menjadi lebih rentan untuk mengalami penyakit degeneratif lainnya⁴⁹. Sesuai dengan penjelasan Mitha (2024), peningkatan usia menyebabkan penurunan fungsi organ dan daya tahan tubuh, sehingga pada usia yang lebih tua berisiko muncul beberapa penyakit secara bersamaan.

Pada aspek pendidikan, sebagian besar pendidikan lansia yaitu Tingkat dasar (SD, SMP) sebanyak 51,6%. Secara umum, orang lanjut usia di Indonesia memiliki tingkat pendidikan yang rendah, dengan mayoritas hanya memiliki pendidikan sekolah dasar atau di bawahnya (73,9%)⁵⁰. Tingginya jumlah lansia dengan pendidikan tingkat SD pada penelitian ini menunjukkan kondisi generasi terdahulu di Indonesia yang memiliki akses pendidikan terbatas, terutama di wilayah pedesaan. Hal ini sejalan dengan data nasional yang menunjukkan bahwa sebagian besar lansia hanya menempuh pendidikan sekolah dasar atau lebih rendah, karena pada masa mereka lebih banyak berfokus pada pekerjaan dan pemenuhan kebutuhan ekonomi dibandingkan melanjutkan pendidikan formal.

Pada aspek pendidikan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan. Banyak responden hanya mampu menyelesaikan pendidikan formal ditingkat tersebut dan pada waktu itu, tingkat pendidikan SD sudah dapat dikatakan tinggi. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kustiar (2021) yang menunjukkan hasil uji statistik, nilai *p chi-square* untuk riwayat pendidikan dan kualitas hidup

pada lansia adalah 0,327, yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara keduanya⁵⁶. Lansia dengan tingkat pendidikan rendah tetap memiliki kemungkinan untuk mencapai kualitas hidup yang baik. Meskipun tidak menempuh pendidikan formal yang tinggi, mereka masih dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan melalui berbagai sumber lain, seperti televisi, surat kabar, radio, maupun pengalaman pribadi dan orang lain. Sumber-sumber tersebut dapat menjadi referensi berharga dalam pengambilan keputusan sehari-hari, sehingga mampu mendukung kesejahteraan dan kualitas hidup yang optimal pada lansia.

Sebagian besar lansia tidak bekerja yaitu sebesar 77,4%. Dari hasil wawancara kuesioner, lansia tidak bekerja karena faktor usia yang sudah tidak memungkinkan untuk bekerja, kemudian ada yang tinggal dengan keluarga besar dan mereka membantu mengasuh cucu yang ditinggal orang tuanya bekerja. Tingginya jumlah lansia yang tidak bekerja juga bisa dipengaruhi oleh lansia yang sebagian besar berjenis kelamin perempuan yang biasanya memainkan peran sebagai ibu untuk cucu mereka. Hal tersebut sejalan dengan Schaner dan Das (2016) yang menjelaskan bahwa tingkat keterlibatan perempuan lanjut usia dalam angkatan kerja umumnya lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki.

Kondisi ini dipengaruhi oleh norma sosial dan peran gender di Indonesia yang menempatkan perempuan sebagai pihak yang bertanggung jawab dalam mengasuh anak dan merawat keluarga⁵¹. Kesesuaian hasil penelitian ini dengan Schaner dan Das (2016) adalah peran perempuan lansia yang memiliki tanggung jawab dalam mengasuh anak dan merawat keluarga, sehingga lansia perempuan memberikan kontribusi terbesar dalam tingkat lansia yang tidak bekerja. Ketika

anggota keluarga yang masih berada pada usia produktif tinggal bersama anak-anak, perempuan cenderung mengambil peran sebagai pengasuh karena keterbatasan atau minimnya fasilitas penitipan anak. Selain itu, di Indonesia anak-anak yang telah dewasa kerap mengandalkan orang tua atau kakek-nenek mereka untuk membantu mengasuh anak saat mereka bekerja⁵².

Pada riwayat merokok sebagian besar lansia tidak memiliki riwayat merokok yaitu sebanyak 92,5%. Berdasarkan hasil wawancara kuesioner banyak lansia yang sudah berhenti merokok dikarenakan kondisi kesehatan yang kurang baik, lalu bagi mereka yang tinggal bersama keluarga besar, mereka takut nanti asap rokok membahayakan untuk keluarga terutama cucu serta beberapa lansia berhenti merokok karena mereka menyadari bahaya merokok untuk kesehatan terutama di usia yang semakin tua. Penelitian yang dilakukan oleh Chen et al., (2024) dan Ding et al., (2019) menunjukkan prevalensi merokok menunjukkan kecenderungan menurun seiring dengan bertambahnya usia. Persentase perokok lebih tinggi pada kelompok usia 60–65 tahun dibandingkan dengan kelompok usia ≥ 71 tahun.

Penurunan tersebut diduga disebabkan oleh meningkatnya kejadian komplikasi kesehatan pada individu usia lanjut yang mendorong terjadinya penghentian kebiasaan merokok. Selain itu, faktor bias kelangsungan hidup juga berperan, dimana perokok jangka panjang memiliki kerentanan lebih tinggi terhadap penyakit yang berkaitan dengan konsumsi rokok sehingga berpengaruh terhadap penurunan jumlah perokok pada kelompok usia lanjut^{53,54}. Dalam penelitian ini, tingginya jumlah lansia yang tidak memiliki riwayat merokok sebagai bentuk kesadaran kesehatan yang meningkat seiring bertambahnya usia.

Selain itu, peneliti berpendapat bahwa semakin bertambah usia, lansia cenderung lebih selektif dalam menjaga gaya hidup karena mereka telah merasakan langsung konsekuensi kesehatan dari perilaku merokok, sehingga keputusan untuk berhenti merokok menjadi lebih kuat.

Status tinggal responden sebagian besar dengan keluarga besar yaitu 52,7%. Kondisi ini umumnya terjadi karena sebagian lansia telah ditinggal meninggal oleh pasangannya, sehingga memilih atau terpaksa tinggal bersama keluarga agar tidak hidup sendirian. Pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Yuliati et al, (2014) yaitu tempat tinggal lansia lebih banyak tinggal bersama dengan keluarga. Lingkungan tempat tinggal memiliki dampak besar bagi kesehatan lansia. Lingkungan tempat tinggal yang berbeda mengakibatkan perubahan peran lansia dalam menyesuaikan diri⁵⁵. Peneliti memandang bahwa tingginya jumlah lansia yang tinggal bersama keluarga besar tidak hanya disebabkan oleh faktor kehilangan pasangan, tetapi juga karena budaya kekeluargaan di masyarakat Indonesia yang masih kuat, dimana anak atau keluarga merasa berkewajiban merawat orang tua. Selain itu, tinggal bersama keluarga memberikan rasa aman dan dukungan emosional bagi lansia yang membuat mereka dapat menjalani aktivitas sehari-hari dengan lebih nyaman, sehingga membantu lansia beradaptasi dengan perubahan peran dan keterbatasan fisik yang muncul seiring bertambahnya usia.

A. Status Gizi

Pada tabel 5 menunjukkan bahwa mayoritas lansia di Posyandu Lansia Puskesmas Pleret memiliki status gizi yang termasuk kategori kurang (<23,0) sebanyak 41,9%. Peneliti berasumsi kondisi tersebut bisa berkaitan dengan usia

lansia. Proses menua dapat menyebabkan perubahan dari segi fisik, daya berpikir dan psikologis yang dapat mempengaruhi status gizi seseorang. Kondisi gizi yang tidak seimbang pada lansia dapat menimbulkan berbagai konsekuensi. Pernyataan tersebut sejalan dengan pendapat Sharma *et al.*, (2021) bahwa penuaan merupakan suatu proses yang kompleks yang melibatkan berbagai perubahan pada aspek fisiologis, psikologis, serta sosial yang dapat berpengaruh terhadap status gizi seseorang.

Proses penuaan populasi juga menimbulkan berbagai dampak, baik dalam bidang sosial, ekonomi, maupun kesehatan¹. Peneliti berpendapat bahwa tingginya jumlah lansia dengan status gizi kurang kemungkinan besar dipengaruhi oleh perubahan fisiologis yang terjadi seiring bertambahnya usia, seperti berkurangnya nafsu makan, gangguan pencernaan, atau kemampuan mengunyah yang menurun. Faktor tersebut dapat membuat asupan nutrisi tidak optimal, sehingga berkontribusi pada munculnya status gizi kurang pada kelompok lansia. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sudikno tahun 2015 menunjukkan bahwa prevalensi *overweight* maupun *obese* cenderung meningkat sampai dengan kelompok umur 45-54 tahun dan cenderung menurun pada umur 55 tahun ke atas. Hal tersebut berkaitan dengan kehilangan massa lemak dan massa otot seiring dengan penambahan usia sehingga mempengaruhi penurunan status gizi lansia⁵⁶.

Selain usia, terdapat faktor komorbid yang dapat mempengaruhi status gizi lansia. Dari hasil wawancara kuesioner, beberapa lansia memiliki komorbid seperti hipertensi yang disertai diabetes mellitus tipe 2 dan ada yang disertai

dengan penyakit jantung dan kolesterol yang tinggi. Populasi lansia di Indonesia diperkirakan akan mengalami peningkatan yang lebih pesat dibandingkan dengan rata-rata pertumbuhan populasi lansia di tingkat Asia maupun global setelah tahun 2050. Kondisi ini menuntut adanya perhatian yang lebih serius terhadap kesejahteraan dan jumlah lansia di Indonesia. Perubahan kebutuhan gizi pada lansia juga perlu diperhatikan, mengingat meningkatnya kejadian morbiditas serta penyakit degeneratif seperti hipertensi, penyakit jantung, dan berbagai penyakit kronis lainnya yang sering menyertai proses penuaan⁵⁷.

Pada gambar 4, menunjukkan bahwa proporsi lansia perempuan dengan status gizi kurang mencapai 33,3%. Kondisi ini sejalan dengan temuan O'Connell *et al.* (2021) yang menyatakan bahwa jenis kelamin berperan dalam memengaruhi hubungan antara status gizi dan berbagai indikator kesehatan. Perbedaan gender telah dilaporkan pada hubungan antara nutrisi dengan kelemahan (*frailty*), obesitas, dan risiko hipertensi, di mana efek nutrisi cenderung lebih kuat pada perempuan. Meskipun mekanismenya belum sepenuhnya dipahami, faktor fisiologis seperti komposisi tubuh, pengaruh hormonal, dan metabolisme diduga memengaruhi perbedaan respons tersebut. Hal ini dapat menjelaskan mengapa gizi buruk memberikan dampak yang lebih besar terhadap mobilitas pada perempuan, mengingat massa tulang, massa otot, dan parameter fungsional saling berhubungan erat dalam menentukan kemampuan fisik lansia⁵⁸.

B. Determinan Sosial Kesehatan

Pada tabel 5 menunjukkan hasil bahwa dari 93 responden lansia sebagian besar pada penilaian kesehatan diri sendiri menilai kesehatan diri sendiri baik sebesar 76,3%. Berdasarkan hasil wawancara melalui kuesioner, sebagian besar lansia menilai kesehatannya sangat baik karena masih mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan baik. Meskipun beberapa di antaranya terkadang merasakan nyeri pada bagian tubuh tertentu, mereka umumnya dapat mengatasinya. Selain itu, kemampuan kognitif lansia juga relatif baik, ditunjukkan dengan daya ingat yang masih cukup baik. Menurut Indah (2019), kesehatan fisik dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari dengan mudah tanpa mengalami kelelahan yang berlebihan, serta masih memiliki energi cadangan untuk menikmati waktu luang maupun menghadapi situasi mendadak. Dengan kata lain, kebugaran jasmani juga dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk menyelesaikan tugas dengan baik bahkan dalam kondisi yang sulit, sedangkan individu dengan tingkat kebugaran jasmani yang rendah tidak mampu melakukannya secara optimal¹⁵.

Sebagian besar responden dalam waktu 1 tahun mengatakan mengalami depresi berdasarkan laporan diri (*self-reported depression*), sebanyak 55,9%, sedangkan sebanyak 44,1% tidak mengalami depresi. lansia yang mengalami depresi umumnya menyebutkan penyebabnya antara lain karena kehilangan pasangan yang telah meninggal, kesulitan ekonomi, kondisi kesehatan yang menurun, serta perasaan sedih akibat ditinggalkan oleh anggota keluarga

tercinta, seperti anak yang telah meninggal dunia. Pernyataan ini sejalan dengan Sofia dan Gusti (2017) bahwa masa lanjut usia sebagai tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia sering kali disertai dengan kondisi yang tidak selalu sesuai dengan harapan.

Berbagai permasalahan yang dialami lansia, seperti kemiskinan, kegagalan berulang, stres berkepanjangan, serta tidak adanya keturunan yang dapat merawat, dapat menjadi faktor pemicu timbulnya depresi. Depresi pada lansia merupakan salah satu masalah psikogeriatric yang umum terjadi dan memerlukan perhatian khusus, karena dapat menimbulkan dampak serius terhadap kondisi fisik maupun kehidupan sosialnya. Gangguan jiwa yang paling sering dialami oleh lansia adalah gangguan suasana perasaan berupa depresi⁵⁷.

Sebagian besar responden menilai kualitas hidup secara keseluruhan yaitu baik sebanyak 92,3%. Penilaian ini menggambarkan persepsi subjektif lansia terhadap kualitas hidupnya, bukan hasil pengukuran medis atau objektif, tetapi berdasarkan penilaian pribadi responden. Beberapa lansia mengatakan jika masih bisa beraktifitas dan melakukan perawatan diri dengan baik atau tidak bergantung dengan orang lain, mereka menilai kualitas hidupnya baik secara keseluruhan. Menurut Kumar (2014) dan Patnaik (2015), beberapa faktor yang diketahui berhubungan dengan kualitas hidup yang lebih baik antara lain ketersediaan layanan kesehatan yang memadai, tidak adanya penyakit kronis, tingkat kepuasan terhadap kondisi kesehatan, serta tidak adanya keterbatasan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activity of Daily Living/ADL*)^{59,60}. Tingginya persentase lansia yang menilai kualitas hidupnya

baik kemungkinan besar dipengaruhi oleh kemampuan mereka dalam tetap melakukan aktivitas harian secara mandiri. Bagi banyak lansia, kemandirian dalam merawat diri dan menjalankan aktivitas sederhana seperti berjalan, makan, atau mandi tanpa bantuan menjadi indikator penting bagi mereka untuk merasa berkualitas dalam hidupnya

Kepuasan hidup responden sebagian besar merasa puas sebanyak 96,8%. Lansia menyatakan bahwa kepuasan yang mereka rasakan merupakan bentuk penerimaan terhadap segala hal yang telah terjadi dalam kehidupan, disertai rasa syukur atas apa yang telah ditakdirkan. Peneliti juga berasumsi bahwa sebagian besar lansia yang tinggal bersama keluarga besar memperoleh dukungan sosial yang baik, sehingga mereka merasa lebih bahagia dan puas terhadap kehidupannya. Sejumlah penelitian telah dilakukan untuk menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi kepuasan hidup pada lansia. Faktor utama yang berperan antara lain kondisi kesehatan, tingkat ekonomi, dukungan sosial, status pensiun, jaminan sosial, serta dukungan antar generasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepuasan hidup dan kebahagiaan cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia⁶¹. Selain itu, lansia yang tinggal bersama keluarga memiliki tingkat kepuasan hidup yang secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang hidup sendiri. Individu dengan kondisi ekonomi yang lebih baik, aktif secara fisik, dan memiliki hubungan sosial yang baik juga menunjukkan tingkat kepuasan hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok lainnya⁶².

C. Kualitas Hidup

Pada tabel 6 menunjukkan bahwa mayoritas lansia di Posyandu Lansia Puskesmas Pleret memiliki kualitas hidup yang termasuk kualitas hidup optimal sebanyak 79,6% yang berarti tidak ada masalah ataupun hanya ada sedikit masalah pada dimensi mobilitas, perawatan diri, aktivitas sehari – hari, rasa sakit atau ketidaknyamanan, dan rasa cemas atau depresi, sehingga menunjukkan kepuasan individu terhadap kualitas hidupnya pada setiap dimensinya. Namun, lansia sebanyak 20,4% memiliki kualitas hidup yang kurang optimal karena cukup adanya keterbatasan ataupun tidak dapat melakukan kegiatan pada beberapa dimensi kuisisioner EQ5D5L.

Lansia yang memiliki kualitas hidup optimal menurut asumsi peneliti saat pengambilan data dilapangan bisa dipengaruhi oleh mobilitas yang baik pada lansia. Meskipun beberapa ada yang bekerja sebagai petani, *cleaning service* dan penjaga toko, namun lansia yang tidak bekerja tetap melakukan kegiatan atau aktifitas fisik di rumah seperti jalan pagi, membersihkan rumah, merawat cucu bagi yang tinggal bersama keluarga besar. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maulina *et al.*, (2020) mengatakan bahwa mobilitas yang baik pada seorang lansia merupakan indikator kualitas hidup yang baik. Faktor yang menjadikan lansia memiliki nilai mobilitas yang baik yaitu karena tingkat kemandirian yang tinggi, asupan nutrisi yang seimbang dengan frekuensi makan sebanyak 2 – 3 kali dalam sehari, serta aktivitas rutin yang dilakukan seperti olahraga pagi ataupun jalan di sekitar panti secara mandiri.

Peneliti berpendapat bahwa kualitas hidup lansia yang optimal bisa dipengaruhi oleh kemampuan mereka untuk tetap aktif dan mempertahankan mobilitas sehari-hari yang secara tidak langsung membantu menjaga kebugaran tubuh dan kesehatan mental mereka. Aktivitas rutin seperti ini mencerminkan tingkat kemandirian yang baik, yang sering kali menjadi faktor penting dalam persepsi lansia terhadap kualitas hidup mereka.

D. Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 8 dapat diketahui dari 30 lansia (32,3%) yang status gizinya kurang memiliki kualitas hidup optimal dan 9 lansia (9,7%) memiliki kualitas hidup kurang optimal. Lansia dengan status gizi normal sebanyak 19 orang (20,4%) memiliki kualitas hidup optimal, sedangkan 4 lansia (4,3%) memiliki kualitas hidup kurang optimal. Lansia dengan status gizi lebih/obesitas sebanyak 25 orang (26,9%) memiliki kualitas hidup optimal, sedangkan 6 lansia (6,5%) memiliki kualitas hidup kurang optimal. Berdasarkan analisis data menggunakan uji *Chi square* didapatkan hasil uji korelasi antara status gizi dengan kualitas hidup lansia yaitu *p-value* sebesar 0,852 ($>0,05$).

Menurut teori *WHOQOL* yang dikembangkan oleh *WHO* (1998), kualitas hidup dipengaruhi oleh beberapa domain, termasuk kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Status gizi termasuk dalam domain kesehatan fisik karena berhubungan dengan energi, kekuatan, dan ketahanan tubuh⁵. Kesehatan yang semakin menurun sejalan dengan bertambahnya usia berkontribusi terhadap penurunan kualitas hidup lansia³⁶. Namun, temuan ini tidak sejalan dengan teori dan perbedaan ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor seperti

kualitas hidup merupakan penilaian secara subjektif dan tidak hanya di pengaruhi oleh status gizi, tetapi juga dukungan sosial, psikologis dan lingkungan tempat tinggal. Selain itu, status gizi yang kurang pada mayoritas responden kemungkinan belum menimbulkan gangguan fisik yang signifikan, sehingga tidak memengaruhi persepsi mereka terhadap kualitas hidup.

Hal ini konsisten dengan penelitian Ridha (2023) yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara indeks massa tubuh dengan semua domain kualitas hidup ($p > 0.05$). Didalam penelitian tersebut menunjukkan hasil bahwa jika dilihat proporsi indeks massa tubuh, pada domain psikologis terdapat proporsi responden dengan indeks massa tubuh yang tergolong *normoweight* dengan kualitas hidup baik yang lebih tinggi dibandingkan golongan indeks massa tubuh lainnya. Pada domain hubungan sosial, dijumpai bahwa individu dengan indeks massa tubuh yang tergolong obesitas memiliki proporsi lebih tinggi memiliki kualitas hidup yang buruk. Pola ini mengindikasikan bahwa status gizi tidak selalu menjadi penentu langsung kualitas hidup, melainkan dapat dipengaruhi oleh faktor psikologis, mobilitas, dan kondisi sosial lansia.

Namun penelitian ini tidak sejalan dengan Lidya (2022) yang menunjukkan terdapat hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup lansia. Perbedaan ini dikarenakan pada penelitian tersebut sebagian besar lansia yaitu 53 responden (56,4%) yang memiliki status gizi normal dan kualitas hidup yang baik, 17 responden (18%) memiliki status gizi berisiko malnutrisi dan kualitas hidup buruk, 15 responden (16%) memiliki status gizi berisiko malnutrisi dan kualitas hidup baik, dan 9 responden (9,6%) memiliki status gizi normal dan

kualitas hidup buruk. Perbedaan hasil ini dapat dipengaruhi oleh variasi karakteristik sampel, karena pada penelitian ini mayoritas lansia dengan status gizi kurang justru memiliki kualitas hidup optimal.

Kondisi tersebut bisa dipengaruhi oleh mayoritas lansia tinggal bersama keluarga besar yang memberikan dukungan sosial, terutama dalam hal penyediaan asupan makanan. Dukungan tersebut dapat meningkatkan kualitas hidup meskipun status gizi tidak optimal. Selain itu, beberapa lansia dengan status gizi kurang dalam penelitian ini masih mampu mempertahankan mobilitas dan aktivitas fisik sehari-hari, sehingga persepsi mereka terhadap kualitas hidup tetap tinggi.

Hasil uji statistik multivariat menunjukkan bahwa status gizi tidak berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup lansia ($p = 0,424$; $AOR = 0,770$). Temuan ini tidak sejalan dengan penelitian Yang *et al.* (2021) yang melaporkan bahwa status gizi berpengaruh signifikan terhadap lima dimensi kualitas hidup, terutama pada aspek mobilitas dan kemampuan perawatan diri. Dalam penelitian tersebut, lansia dengan malnutrisi memiliki kemungkinan jauh lebih tinggi mengalami keterbatasan mobilitas ($OR = 23,15$; $95\% CI: 9,81-54,64$) serta hambatan dalam perawatan diri ($OR = 24,58$; $95\% CI: 12,62-47,89$).

Perbedaan temuan ini dapat disebabkan oleh karakteristik usia responden. Pada penelitian ini, sebagian besar lansia berada pada rentang usia 60–69 tahun dan lansia dengan status gizi kurang justru menunjukkan kualitas hidup optimal sebesar 32,2%. Sementara itu, penelitian Yang *et al.* melibatkan kelompok usia ≥ 100 tahun (centenarian) yang secara fisiologis lebih rentan

mengalami malnutrisi dan penurunan fungsi. Penelitian tersebut juga menunjukkan adanya perbedaan pengaruh berdasarkan jenis kelamin, dimana pada perempuan malnutrisi terutama berdampak pada mobilitas dan perawatan diri, sedangkan pada laki-laki lebih berpengaruh terhadap aktivitas sehari-hari serta aspek kecemasan atau depresi⁶³.

Kondisi fisik dan tingkat kemandirian responden dalam penelitian ini masih relatif baik, sehingga variasi status gizi tidak cukup kuat untuk memengaruhi persepsi mereka terhadap kualitas hidup. Penelitian yang melibatkan lansia dengan usia jauh lebih tua pada studi Yang *et al.* membuat efek malnutrisi menjadi lebih nyata, karena kelompok usia ≥ 100 tahun (centenarian) umumnya mengalami penurunan fungsi tubuh yang lebih drastis dibandingkan lansia yang lebih muda.

E. Hubungan Determinan Sosial Kesehatan dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 8 pada aspek penilaian kesehatan terhadap diri sendiri, sebagian besar lansia menilai kesehatan diri sendiri yaitu baik dengan kualitas hidup optimal sebanyak 61 lansia (65,6%) dan 10 lansia (10,8%) memiliki kualitas hidup kurang optimal. Pada aspek ini terdapat hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup lansia. Penilaian kesehatan terhadap diri sendiri berkaitan dengan status kesehatan. Status kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup³⁹. Status kesehatan dapat digunakan untuk menggambarkan kemampuan seseorang dalam menjalani aktivitas fisik sehari-hari. Sebagian besar lansia pada penelitian ini tidak menderita komorbid dan merasa masih bisa melakukan aktivitas fisik dengan baik meskipun terdapat rasa

nyeri di beberapa bagian tubuh namun mereka bisa melakukan perawatan secara mandiri dengan rutin mengikuti kegiatan posyandu lansia.

Penelitian ini sejalan dengan Palupi (2024) yang menunjukkan hubungan signifikan antara status kesehatan fisik dengan kualitas hidup lansia dengan nilai $p = 0,000$ ⁶⁴. Penelitian ini sejalan bisa dikarenakan karakteristik responden yaitu mayoritas usia lansia 60-69 tahun. Lansia pada rentang usia 60–69 tahun umumnya masih memiliki kondisi fisik dan kognitif yang cukup optimal, sehingga perubahan kesehatan yang mereka alami cenderung lebih ringan dibandingkan individu pada kelompok usia lanjut berikutnya. Hasil uji statistik multivariat menunjukkan bahwa variabel penilaian kesehatan diri sendiri berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup lansia ($p = 0,002$; AOR = 0,100).

Hal ini menunjukkan bahwa lansia yang menilai kesehatannya baik memiliki peluang yang jauh lebih kecil untuk mengalami kualitas hidup kurang optimal. Nilai AOR = 0,100 mengindikasikan bahwa peluang mereka mengalami kualitas hidup kurang optimal berkurang sekitar 90% dibandingkan lansia yang menilai kesehatannya tidak baik. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mihevc *et al.*, (2024) yang menunjukkan aspek penilaian kondisi penyakit tertentu dalam hal ini yaitu penyakit diabetes menunjukkan hasil signifikan ($p = 0,009$; OR = 1,56). Penilaian negatif terhadap penyakit diabetes (ADS rendah) berperan sebagai faktor prediksi yang kuat terhadap kualitas hidup yang buruk⁶⁵. Penelitian ini sejalan dengan temuan Mihevc *et al.* karena keduanya menunjukkan bahwa persepsi individu terhadap kondisi kesehatannya memiliki peran penting dalam menentukan kualitas hidup. Baik pada penelitian

ini maupun pada penelitian Mihevc, penilaian kesehatan yang negatif berkaitan dengan kualitas hidup yang lebih rendah, sehingga persepsi subjektif lansia terhadap kesehatannya terbukti menjadi indikator kuat yang mencerminkan kesejahteraan fisik maupun psikologis mereka.

Pada aspek *selfreported depression*, lansia yang melaporkan mengalami depresi dengan kualitas hidup optimal sebanyak 39 lansia (41,9%) dan 13 lansia (14,0%) memiliki kualitas hidup kurang optimal. Pada lansia yang tidak mengalami depresi sebanyak 35 lansia (37,6%) memiliki kualitas hidup optimal dan 6 lansia (6,5%) memiliki kualitas hidup kurang optimal. Pada aspek ini tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup lansia. Lansia sebagian besar tinggal bersama dengan keluarga besar sehingga lansia merasa mendapat dukungan penuh dari keluarga, merasa ada teman untuk berbagi cerita. Hal tersebut dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. Menurut Salsabila *et al.*, (2021) menyatakan bahwa dibutuhkan dukungan dari keluarga. lansia yang masih memiliki pasangan hidup atau pendamping yang tinggal serumah, membuat lansia tersebut memiliki teman bicara, teman curhat dan berkeluh kesah tentang kebahagiaan maupun kesedihan, sehingga dengan dukungan positif dari pasangan tersebut akan meningkatkan kualitas hidup lansia⁶⁶.

Temuan ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Puspadewi (2017) yaitu terdapat hubungan signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup lansia dengan nilai p 0,017. Pada penelitian tersebut dilakukan di tempat panti wredha. Perbedaan lingkungan tempat tinggal ini memunculkan perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologis, serta

spiritual pada lansia⁶⁷. Perbedaan konteks tempat tinggal lansia, dimana responden dalam penelitian ini tinggal di lingkungan keluarga yang cenderung memberikan dukungan emosional, sosial, dan rasa aman yang lebih besar dibandingkan lansia yang tinggal di panti wredha. Kondisi lingkungan panti yang lebih terbatas dalam interaksi keluarga serta potensi munculnya perasaan kesepian atau ketergantungan dapat meningkatkan risiko depresi, sehingga hubungan antara depresi dan kualitas hidup lebih tampak signifikan pada penelitian Puspadewi.

Pada hasil uji multivariat menunjukkan bahwa variabel *self-reported depression* juga berpengaruh signifikan ($p = 0,025$; AOR = 5,252), yang berarti lansia yang melaporkan kondisi depresi memiliki peluang 5,3 kali lebih tinggi untuk mengalami kualitas hidup kurang optimal. Penelitian yang dilakukan oleh Hu *et al.*, (2022) menunjukkan bahwa depresi secara langsung memengaruhi kualitas hidup ($\beta = -0,033$, $P < 0,001$). Pada penelitian tersebut depresi dapat mengganggu kualitas dan durasi tidur yang berdampak pada kualitas hidup lansia⁶⁸. Berbagai penelitian melaporkan bahwa depresi memiliki keterkaitan kuat dengan munculnya penyakit kronis, kondisi komorbid, serta peningkatan risiko kematian. Dampak tersebut pada akhirnya berkontribusi terhadap penurunan kualitas hidup lansia⁶⁹.

Pada aspek penilaian kualitas hidup secara keseluruhan, sebagian besar lansia menilai kualitas hidup secara keseluruhan yaitu baik dengan kualitas hidup optimal sebanyak 71 lansia (76,3%) dan 15 lansia (16,1%) memiliki kualitas hidup kurang optimal. Pada aspek ini terdapat bubungan yang signifikan

dengan kualitas hidup lansia. Penilaian ini mencerminkan persepsi subjektif responden terhadap kondisi dirinya. Peneliti berasumsi bahwa mayoritas responden berada pada rentang usia 60–69 tahun dan tidak memiliki penyakit komorbid, sehingga kondisi fisik dan kognitif mereka masih tergolong baik. Hal ini dapat memengaruhi persepsi lansia bahwa kualitas hidup mereka secara umum berada dalam kategori baik. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kumar (2014), yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara usia, kondisi fisik, kondisi psikologis, serta tipe keluarga dengan kualitas hidup lansia ($p < 0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan temuan Kumar karena sama-sama menunjukkan bahwa kondisi fisik dan psikologis yang masih baik pada lansia berperan besar dalam membentuk penilaian positif terhadap kualitas hidup. Pada penelitian ini, mayoritas responden tidak memiliki penyakit komorbid yang mengindikasikan kondisi fisik yang masih terjaga. Kondisi fisik yang optimal inilah yang diduga menjadi dasar terbentuknya persepsi positif terhadap kualitas hidup dan menjadi bukti empiris dari variabel kondisi fisik dalam penelitian Kumar, yang pada akhirnya menghasilkan *outcome* yang sama yaitu kualitas hidup yang optimal.

Pada aspek kepuasan hidup, sebagian besar lansia merasa puas terhadap hidupnya dengan kualitas hidup optimal sebanyak 73 lansia (78,5%) dan 17 lansia (18,3%) memiliki kualitas hidup kurang optimal. Pada aspek ini tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup lansia. Sebagian besar lansia tetap merasa puas dan bersyukur terhadap kehidupan yang dijalani. Hal

ini menunjukkan bahwa para lansia memiliki tingkat kecerdasan dan kesehatan spiritual yang baik, karena mampu mensyukuri serta menghargai kehidupan yang dianugerahkan Tuhan. Menurut Asir (2022), perasaan syukur ini dapat membantu lansia terhindar dari rasa tidak nyaman, kegelisahan, dan depresi yang merupakan bagian dari dimensi kualitas hidup. Dengan demikian, individu yang senantiasa bersyukur cenderung memiliki pengaruh positif terhadap kualitas hidupnya⁷⁰.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hayulita (2018) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara faktor psikologi/spiritual dengan kualitas hidup lansia dengan nilai ($p = 0,001$). Aspek spiritual memiliki peran penting dalam membentuk kesehatan psikologis individu. Individu dengan tingkat spiritualitas yang baik cenderung memiliki mekanisme koping yang lebih efektif, sehingga mampu menghadapi dan menyelesaikan berbagai permasalahan hidup dengan lebih baik. Pencapaian kesejahteraan psikologis yang optimal pada akhirnya akan berdampak positif terhadap peningkatan kualitas hidup seseorang³⁹.

Perbedaan pada penelitian ini mengukur aspek kepuasan hidup yang diwujudkan dalam rasa syukur, sementara Hayulita (2018) mengukur aspek spiritualitas yang lebih luas, yang mencakup mekanisme koping dan penyelesaian masalah. Rasa syukur telah membentuk kepuasan hidup yang tinggi, tetapi kepuasan itu tidak terhubung dengan kondisi fisik lansia. Lansia bisa merasa puas secara spiritual meskipun kondisi fisik mereka menurun,

sehingga aspek spiritual ini tidak berkorelasi signifikan dengan skor kualitas hidup multidimensi.

F. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan, diantaranya sebagai berikut :

1. Penelitian ini menggunakan desain potong lintang (*cross-sectional*), yang menyebabkan hubungan antara variabel yang diamati seperti determinan sosial kesehatan dan kualitas hidup, tidak dapat ditafsirkan sebagai hubungan sebab akibat. Desain ini hanya memberikan gambaran suatu kondisi pada satu waktu tertentu, sehingga perubahan status gizi atau kualitas hidup lansia dari waktu ke waktu tidak dapat diketahui.
2. Penelitian ini memiliki keterbatasan ruang lingkup dengan tidak memasukkan aspek-aspek seperti asupan makan harian, kondisi lingkungan fisik, akses pangan, pendapatan dan akses layanan kesehatan. Meskipun faktor-faktor tersebut berpengaruh terhadap kualitas hidup, hal ini dilakukan untuk memfokuskan penelitian ini pada analisis hubungan antara status gizi dan determinan sosial kesehatan dengan kualitas hidup lansia di posyandu lansia Puskesmas Pleret, Kabupaten Bantul, Yogyakarta.