

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Promosi kesehatan

Promosi kesehatan mempunyai peran yang sangat penting dalam proses pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, yaitu melalui proses pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat sesuai dengan lingkungan sosial budaya setempat. Hal ini dilakukan agar masyarakat dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan. Paradigma sehat telah disosialisasikan oleh Kementerian Kesehatan dan menjadi acuan pembangunan di Indonesia. Pembangunan di bidang kesehatan diarahkan dengan tujuan untuk lebih mengutamakan upaya peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit atau masalah kesehatan (preventif), tanpa mengesampingkan upaya penanggulangan atau penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Adanya Keputusan Menteri Kesehatan RI no 1193/MENKES/SK/X/2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan merupakan salah satu bentuk dukungan agar semakin meningkatkan paradigma sehat. Promosi kesehatan meningkatkan paradigma sehat melalui peningkatan kualitas tenaga kesehatan agar lebih tanggap dan mampu memberdayakan kliennya, sehingga akan tercapai pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, dan merata.

a. Batasan promosi kesehatan

Batasan tentang promosi kesehatan cukup beragam, pada prinsipnya menggambarkan bahwa promosi kesehatan adalah sebuah proses pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat untuk menjadikan mereka lebih sehat berdasarkan pada sumber daya yang dimiliki.

1) Batasan dari Fertman dan Allensworth

“Planned change of health-related lifestyles and life conditions through a variety of individual and environmental changes”. Menurut

Fertman dan Allensworth promosi kesehatan merupakan perubahan yang terencana dari gaya hidup terkait kesehatan dan kondisi kehidupan melalui berbagai macam perubahan pada individu maupun lingkungan (Fertman dan Allensworth, 2010).

- 2) Batasan dalam buku teks *Health Promotion Foundations for Practice* ada beberapa macam. Menurut Tannahil (1985) promosi kesehatan merupakan sebuah istilah “payung” yang meliputi semua intervensi yang meningkatkan kesehatan, termasuk pendidikan kesehatan, sedangkan Tones (1990) menyatakan bahwa promosi kesehatan menggabungkan segala ukuran yang didesain dengan sengaja untuk meningkatkan kesehatan dan menangani penyakit, dalam hal ini termasuk kebijakan publik yang sehat dengan potensinya untuk mencapai perubahan sosial melalui perundang-undangan, fiskal, ekonomi dan bentuk-bentuk lain dari *environmental engineering* (Nadioo dan Wills, 1994).

Promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku. Hal ini berarti bahwa promosi kesehatan adalah program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan), di dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya baik berupa lingkungan fisik, sosial budaya, politik, dan sebagainya.

b. Perkembangan promosi kesehatan

Deklarasi Alma Alta (1978) telah menghasilkan strategi utama dalam pencapaian kesehatan bagi semua melalui pelayanan kesehatan dasar. Salah satu komponen dalam pelayanan kesehatan dasar adalah pendidikan kesehatan, dan salah satu kegiatannya berupa penyuluhan kesehatan. Dalam pelaksanaannya, pendidikan kesehatan saja ternyata kurang mampu mewujudkan perilaku sehat bagi masyarakat. Pendidikan kesehatan

commit to user

ternyata hanya berfokus pada perubahan perilaku, dan kurang memperhatikan upaya perubahan lingkungan (fisik, biologi dan sosial).

Pada tahun 1986 di Ottawa, Kanada diselenggarakan *International Conference on Health Promotion*, yang menghasilkan *Ottawa Charter* (Piagam Ottawa). Piagam ini menjadi acuan penyelenggaraan promosi kesehatan di dunia. Aktivitas utama promosi kesehatan menurut Piagam Ottawa adalah advokasi, pemberdayaan dan mediasi. Selain itu, piagam Ottawa merumuskan lima komponen utama dalam promosi kesehatan, yaitu:

- 1) Membangun kebijakan publik berwawasan kesehatan (*built healthy public policy*). Artinya, mengupayakan agar para penentu kebijakan di berbagai sektor dan tingkatan administrasi mempertimbangkan dampak kesehatan dari setiap kebijakan yang dibuatnya.
- 2) Menciptakan lingkungan yang mendukung (*create supportive environment*). Artinya, menciptakan suasana lingkungan baik fisik maupun sosial politik yang mendukung (kondusif), sehingga masyarakat termotivasi untuk melakukan upaya-upaya yang positif bagi kesehatan.
- 3) Memperkuat gerakan masyarakat (*strengthen community action*). Artinya, memberikan dukungan terhadap kegiatan masyarakat agar lebih berdaya dalam upaya mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.
- 4) Mengembangkan keterampilan individu (*develop personal skill*), Artinya, mengupayakan agar masyarakat mampu membuat keputusan yang efektif dalam upaya kesehatan, melalui pemberian informasi, pendidikan dan pelatihan yang memadai. Upaya ini akan lebih efektif dan efisien bila dilakukan melalui pendekatan tatanan (*setting*). Tatanan dapat dibagi dalam dua kelompok, yaitu tatanan berdasarkan interaksi manusia adalah tatanan rumah tangga, tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat-tempat umum, dan

commit to user

tatanan sarana kesehatan, sedangkan tatanan berdasarkan wilayah adalah tatanan kota/kabupaten, tatanan kepulauan, dan lain-lain.

- 5) Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health services*). Artinya, mengubah orientasi pelayanan kesehatan agar lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif (Davies, 2006).

Deklarasi *Ottawa Charter* (1986) dirasakan kurang dapat mengakomodir kondisi terkait dengan permasalahan-permasalahan kesehatan pada saat ini sehingga diselenggarakan konferensi di Shanghai (2016) yaitu *9th Global Conference For Health Promotion: ALL FOR HEALTH, HEALTH FOR ALL* pada tanggal, 21–24 November 2016. Pada konferensi di Shanghai tersebut menghasilkan rumusan kebijakan yang terdiri dari 3 pilar yaitu : *good governance, healthy cities and health literacy*.

1. *Good governance for health*

Kebijakan untuk kesehatan dan keadilan sosial memberi manfaat bagi seluruh masyarakat. Kegagalan dalam tata kelola pemerintahan terlalu sering merugikan tindakan untuk mempromosikan kesehatan pada tingkat nasional dan global. Saling ketergantungan dan universalitas SDGs menawarkan manfaat potensial yang besar dari investasi pada semua faktor penentu kesehatan.

Kami menyadari bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab yang mendasar di tingkat global, nasional, dan lokal untuk mengatasi efek merusak dari produksi dan konsumsi yang tidak berkelanjutan. Ini termasuk pengimbangan kebijakan ekonomi yang menciptakan pengangguran dan kondisi kerja yang tidak aman, dan mengaktifkan pemasaran, investasi dan perdagangan yang membahayakan kesehatan. Kami juga menyerukan kepada para pemimpin bisnis untuk menunjukkan tata kelola perusahaan yang baik. Keuntungan tidak harus berdiri di atas kesehatan masyarakat. Hal ini menjadi perhatian khusus dalam memerangi epidemi penyakit tidak menular (WHO, 2016; WHO, 2017). *commit to user*

2. *Healthy Cities*

Lebih dari 100 wali kota dari seluruh dunia berdiskusi untuk menciptakan kota yang sehat dalam konteks SDGs. Hasil pertemuan di Shanghai tentang Kota-kota sehat menyoroti tanggung jawab politik kepala pemerintahan lokal untuk mendukung setiap penduduk di setiap kota untuk menjalani kehidupan yang lebih sehat, lebih aman dan lebih memuaskan, dengan menciptakan kondisi yang akan memungkinkan mereka untuk mewujudkan kota sehat. Pada konferensi Shanghai para Walikota menerima tanggung jawab ini dan mengakui bahwa perencanaan dan pembuatan kebijakan harus melibatkan masyarakat di tingkat kota dan harus dapat menampung nilai-nilai dan suara dari masyarakat (WHO, 2016; WHO, 2017)

3. *Health literacy*

Memberdayakan para warga dan memungkinkan keterlibatan mereka dalam aksi promosi kesehatan kolektif. Literasi kesehatan yang tinggi dari pengambil keputusan dan investor mendukung komitmen mereka terhadap dampak kesehatan, manfaat bersama dan tindakan efektif pada faktor-faktor penentu kesehatan. Literasi kesehatan didirikan secara inklusif dan kesetaraan akses terhadap kualitas pendidikan dan pembelajaran seumur hidup. Hal ini harus menjadi bagian integral dari keterampilan, dan kompetensi yang dikembangkan selama seumur hidup, pertama dan terutama melalui kurikulum sekolah (WHO, 2016; WHO, 2017).

c. **Tujuan promosi kesehatan**

Menurut kesepakatan dalam Konferensi Promosi Kesehatan di Shanghai, China (Nopember, 2016) tujuan promosi kesehatan menurut masing-masing pilar adalah sebagai berikut:

commit to user

1) *Good governance*

- a. Menerapkan sepenuhnya mekanisme yang tersedia bagi pemerintah untuk melindungi kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan melalui kebijakan publik.
- b. Memperkuat perundang-undangan, peraturan, dan perpajakan komoditas-komoditas yang tidak sehat.
- c. Menerapkan kebijakan fiskal sebagai alat yang kuat untuk mengaktifkan investasi-investasi baru dalam bidang kesehatan dan kesejahteraan, termasuk sistem kesehatan masyarakat yang kuat.
- d. Memperkenalkan cakupan kesehatan universal sebagai cara yang efisien untuk mencapai perlindungan kesehatan dan finansial.
- e. Memastikan transparansi dan akuntabilitas sosial dan mengaktifkan keterlibatan secara luas dari masyarakat sipil.
- f. Memperkuat pemerintahan global untuk lebih baik dalam mengatasi lintas perbatasan masalah-masalah kesehatan lintas perbatasan.
- g. Mempertimbangkan makin pentingnya pertumbuhan dan nilai dari pengobatan tradisional, yang dapat memberikan kontribusi untuk meningkatkan kesehatan, termasuk hal-hal yang terdapat dalam SDGs.

2. *Healthy Cities*

- a. Memprioritaskan kebijakan-kebijakan yang menciptakan manfaat antara kesehatan dan kesejahteraan dan kebijakan-kebijakan kota lainnya, membuat sepenuhnya penggunaan inovasi-inovasi sosial dan teknologi interaktif.
- b. Mendukung kota-kota untuk mempromosikan kesetaraan dan inklusi sosial, memanfaatkan pengetahuan, keterampilan dan memprioritaskan mereka yang terdiri dari beragam populasi melalui keterlibatan komunitas yang kuat.

- c. Kembali mengorientasikan pelayanan kesehatan dan sosial untuk mengoptimalkan akses yang adil dan menempatkan perseorangan dan masyarakat sebagai pusatnya.

3. *Health Literacy*

- a. Mengenali literasi kesehatan sebagai penentu penting kesehatan dan menginvestasikan pada pengembangannya.
- b. Menyusun, mengimplementasikan dan memantau strategi-strategi intersektoral yang bersifat nasional dan lokal untuk memperkuat literasi kesehatan pada semua populasi dan pengaturan pendidikan.
- c. Meningkatkan warga untuk mengontrol kesehatan mereka sendiri dan faktor-faktor penentu melalui pemanfaatan potensi dari teknologi digital.
- d. Memastikan bahwa lingkungan konsumen mendukung pilihan-pilihan yang sehat melalui kebijakan-kebijakan yang bernilai, informasi yang transparan dan label yang jelas.

d. Visi dan misi promosi kesehatan

Promosi Kesehatan harus mempunyai visi yang jelas. Yang dimaksud “visi” dalam konteks ini adalah apa yang diinginkan oleh promosi kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan yang lain. Visi umum promosi kesehatan tidak terlepas dari Undang-Undang Kesehatan No. 23/1992, maupun WHO, yakni meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial. Promosi kesehatan di semua program kesehatan, baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya bermuara pada kemampuan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, baik kesehatan individu, kelompok, maupun masyarakat.

Untuk mencapai visi tersebut, perlu upaya-upaya yang harus dilakukan, yang disebut misi. Misi promosi kesehatan secara umum dapat dirumuskan menjadi 3 butir.

1) Advokat (*Advocate*)

Melakukan kegiatan advokasi terhadap para pengambil keputusan di berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan. Melakukan advokasi berarti melakukan upaya-upaya agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan tersebut mempercayai dan meyakini bahwa program kesehatan yang ditawarkan perlu didukung melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politik.

2) Menjembatani (*Mediate*)

Menjadi jembatan dan menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan. Dalam melaksanakan program-program kesehatan perlu kerja sama dengan program lain di lingkungan kesehatan, maupun sektor lain yang terkait. Oleh sebab itu, dalam mewujudkan kerja sama atau kemitraan ini, peran promosi kesehatan diperlukan.

3) Memampukan (*Enable*)

Memberikan kemampuan atau keterampilan kepada masyarakat agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri secara mandiri. Hal ini berarti kepada masyarakat diberikan kemampuan atau keterampilan agar mereka mandiri di bidang kesehatan, termasuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Misalnya pendidikan dan pelatihan dalam rangka meningkatkan keterampilan cara-cara bertani, bertanam obat-obatan tradisional, koperasi dalam rangka meningkatkan pendapatan keluarga. Dengan ekonomi keluarga yang meningkat maka kemampuan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan keluarga juga meningkat.

e. Strategi promosi kesehatan

Menurut Rezeki et al (2013) menyebutkan bahwa strategi promosi kesehatan ada tiga yaitu: advokasi, pemberdayaan masyarakat, dan bina suasana; sedangkan menurut Pati (2012) menyebutkan bahwa strategi promosi kesehatan ada lima

strategi, yaitu: fokus pada kesehatan populasi, fokus pada determinan kesehatan, mampu menggabungkan beberapa metode, dan membangun kemitraan kolaboratif fokus pada tenaga kerja kesehatan.

f. Macam-macam bentuk pendekatan promosi kesehatan

Menurut Naidoo dan Wills (1996), ada lima bentuk pendekatan dalam promosi kesehatan yaitu:

1) Medis atau pencegahan (*Medical or preventive*)

Tujuan dari pendekatan ini difokuskan untuk mengurangi angka kematian dan kematian dini. Aktivitas yang dilakukan mencakup seluruh kelompok berisiko. Jenis pendekatan kesehatan ini adalah untuk meningkatkan intervensi medis yang akan mencegah kesakitan dan kematian dini, seperti imunisasi dan *screening*.

2) Perubahan perilaku (*Behaviour change*)

Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sikap kesehatan yang merupakan kunci untuk meningkatkan kesehatan. Pendekatan ini cukup populer karena melihat kesehatan sebagai suatu milik perorangan. Diasumsikan bahwa orang-orang dapat meningkatkan kesehatan mereka dengan membuat pilihan untuk mengubah gaya hidup mereka. Banyak tujuan dari strategi kesehatan nasional dengan perubahan perilaku.

3) Pendidikan (*Educational*)

Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk menyediakan informasi dan pengetahuan untuk mengembangkan kemampuan yang diperlukan sehingga masyarakat dapat memperoleh informasi tentang sikap kesehatan mereka. Pendekatan pendidikan harus dibedakan dari pendekatan perubahan sikap karena pendidikan kesehatan tidak dibuat untuk membujuk atau memotivasi perubahan khusus.

4) Penguatan (*Empowerment*)

Tujuan dari pendekatan ini adalah menolong masyarakat untuk mengidentifikasi perhatian mereka sendiri dan meraih kemampuan dan percaya diri untuk bertindak. Hal ini menjadi unik berdasarkan strategi “*bottom up*” dan

panggilan untuk kemampuan yang berbeda dari penggiat kesehatan. Kegiatan mereka bertindak seperti katalis, memperoleh sesuatu untuk dilakukan, dan kemudian menarik dari situasi.

Ketika kita berbicara tentang penguatan, kita perlu membedakan antara penguatan sendiri dan penguatan komunitas. Penguatan sendiri digunakan mempromosikan kesehatan yang didasarkan pada konseling dan menggunakan klien sedangkan penguatan komunitas untuk mengubah “kenyataan” sosial masyarakat.

5) Perubahan sosial (*Social change*)

Pendekatan ini yang mengacu sebagai promosi kesehatan yang radikal, pengakuan terhadap pentingnya lingkungan sosial ekonomi dalam menentukan derajat kesehatan. Hal ini berfokus pada kebijakan atau tingkatan lingkungan yang bertujuan untuk mengubah dari segi lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi yang mana akan memberikan efek terhadap promosi kesehatan.

2. Konsep dasar lanjut usia

a. Definisi “aging” (proses menua)

Istilah *aging* atau “menua” adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan dan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Constantinides, 1994).

b. Batasan umur lansia

Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), batasan umur lansia adalah sebagai berikut:

- 1) Usia pertengahan atau *middle age* ialah kelompok usia 45 sampai dengan 59 tahun.
- 2) Lanjut usia atau *elderly* ialah kelompok usia 60 sampai dengan 74 tahun.
- 3) Lanjut usia tua atau *old* ialah kelompok usia 75 sampai dengan 90 tahun.
- 4) Usia sangat tua atau *very old* ialah kelompok usia diatas 90 tahun.

Departemen Kesehatan RI (1999) mengelompokkan lansia menjadi :

- 1) Kelompok pertengahan umur/masa virilitas yaitu 45-54 tahun

Yaitu masa persiapan usia lanjut, yang menampakkan keperkasaan fisik dan kematangan jiwa.

- 2) Kelompok usia lanjut dini/masa prasenium yaitu 55-64 tahun

Yaitu kelompok yang mulai memasuki usia lanjut.

- 3) Kelompok usia lanjut/masa senium yaitu 65 tahun keatas

- 4) Kelompok usia lanjut dengan risiko tinggi

Yaitu kelompok yang berusia lebih dari 70 tahun, atau kelompok usia lanjut yang hidup sendiri, terpencil, tinggal di panti, menderita penyakit berat atau cacat.

Masih terdapat perbedaan batas usia lansia di berbagai negara. Perbedaan ini terjadi terutama antara negara-negara maju dengan negara-negara berkembang. Pada kebanyakan negara maju menggunakan batas usia kronologis 65 tahun sebagai batas usia lansia. *United Nation* (PBB) menyetujui “*cut off*” 60 tahun sebagai batas usia lansia. Menurut Roebuck (1979) yang dikutip WHO (2002) di negara Inggris menggunakan definisi umur lansia adalah usia setelah 50 tahun. Roebuck menggunakan batas usia pensiun antara 60-65 tahun sebagai eligibilitas. Secara realistis, jika definisi usia lansia dikembangkan untuk kawasan benua Afrika, bisa jadi pada umur 50 atau 55 tahun. Definisi lansia secara tradisional di Afrika berkorelasi dengan umur kronologis antara 50-65 tahun, tergantung “*setting*”, wilayah dan negaranya. Menurut Gorman (2000) di negara-negara maju menggunakan batas usia lansia 60 atau 65 tahun, hal tersebut ekivalen dengan usia pensiun. Thane (1978) yang dikutip WHO (2002) mendefinisikan usia lansia di negara-negara berkembang batas usianya berbeda antara perempuan dan laki-laki. Untuk perempuan batas usianya antara 45-55 tahun sedangkan untuk laki-laki antara 55-75 tahun. WHO menggunakan batas usia 50 tahun sebagai definisi secara umum untuk sebuah proyek pengembangan “*Project on Minimum Data Set for Ageing*” di negara-negara Afrika pada tahun 2002.

c. Stereotipe psikologik lansia

Biasanya sifat-sifat stereotipe para lansia sesuai dengan pembawaannya pada waktu muda. Beberapa tipe yang dikenal adalah sebagai berikut:

1) Tipe kepribadian konstruktif (*construction personality*)

Orang ini memiliki integritas baik, menikmati hidupnya, toleransi tinggi dan fleksibel. Biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejolak, tenang dan mantap sampai sangat tua, bisa menerima fakta proses menua dan menghadapi masa pensiun dengan bijaksana dan menghadapi kematian dengan penuh kesiapan fisik dan mental.

2) Tipe kepribadian tergantung (*dependent personality*)

Tipe ini biasanya sangat dipengaruhi kehidupan keluarga, apabila kehidupan keluarga selalu harmonis maka pada masa lansia tidak bergejolak, tetapi jika pasangan hidup meninggal maka pasangan yang ditinggalkan akan menjadi sedih yang mendalam. Tipe lansia ini senang mengalami pensiun, tidak punya inisiatif, pasif tetapi mawas diri dan masih dapat diterima oleh masyarakat.

3) Tipe kepribadian defensif

Tipe lansia ini dulunya mempunyai pekerjaan/jabatan tak stabil, bersifat selalu menolak bantuan, seringkali emosinya tak dapat dikontrol, memegang teguh pada kebiasaannya, bersifat kompulsif aktif. Anehnya mereka takut menghadapi “menjadi tua”. Tipe lansia ini tidak menyenangi masa pensiun.

4) Tipe kepribadian bermusuhan (*hostile personality*)

Lanjut usia pada tipe ini setelah memasuki lansia tetap merasa tidak puas dengan kehidupannya, banyak keinginan yang tidak diperhitungkan sehingga menyebabkan kondisi ekonominya menurun. Mereka menganggap orang lain yang menyebabkan kegagalan, selalu mengeluh dan curiga. Menjadi tua tidak ada yang dianggap baik, takut mati dan iri hati dengan yang muda.

5) Tipe kepribadian kritik diri (*self hate personality*)

Pada lansia tipe ini umumnya terlihat sengsara, karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya. Selalu menyalahkan diri, tidak memiliki ambisi dan merasa korban dari keadaan (Darmodjo, 2015).

d. Teori-teori proses menua/*aging*

Proses menua (*aging*) merupakan proses alamiah pada manusia yang disertai dengan penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Proses menua mengakibatkan berbagai perubahan baik secara fisik, psikologis, sosial maupun ekonomi. Perubahan fisik merupakan bentuk nyata dari proses menua yang dapat diamati secara langsung, dan terjadi pada semua sistem dan terjadinya penurunan berbagai fungsi tubuh. Dampak dari proses menua yang dialami menjadikan lanjut usia digolongkan sebagai kelompok rentan (*at risk*). Kerentanan terjadi sebagai akibat dari interaksi faktor internal dan eksternal yang menyebabkan seseorang menjadi rentan untuk mengalami kondisi kesehatan yang buruk (Stanhope dan Lancaster, 2004). Terjadinya proses penuaan dapat ditinjau dari berbagai macam teori, seperti yang dikemukakan oleh (Darmodjo, 2015) berikut ini:

1) Teori *Geriatric Clock*

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies tertentu. Setiap spesies di dalam inti selnya mempunyai suatu jam genetik yang telah diputar menurut replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak diputar. Menurut konsep ini, bila jam kita berhenti maka kita akan meninggal dunia meskipun tanpa disertai kecelakaan dari lingkungan ataupun penyakit akhir. Konsep *geriatric clock* didukung oleh kenyataan bahwa ini merupakan cara menerangkan mengapa pada beberapa spesies terlihat adanya perbedaan harapan hidup yang nyata.

2) Teori *Error Catastrophe* atau mutasi somatik.

Hal-hal penting lainnya yang perlu diperhatikan dalam menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya proses menua adalah faktor lingkungan yang menyebabkan terjadinya mutasi somatik. Telah diketahui secara umum bahwa radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur, sebaliknya hal-hal yang dapat mencegah terkena radiasi atau pencemaran zat kimia yang bersifat karsinogenik atau toksik dapat memperpanjang umur. Menurut teori ini

terjadinya mutasi yang progresif pada DNA sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

3) Teori rusaknya sistem imun tubuh

Mutasi yang berulang atau perubahan protein pasca translasi dapat menyebabkan berkurangnya sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (*self recognition*). Jika mutasi somatik menyebabkan terjadinya kelainan pada antigen permukaan sel maka hal ini dapat menyebabkan sistem imun tubuh menganggap sel yang mengalami perubahan tersebut sebagai sel asing, dan menghancurkannya. Perubahan inilah yang menjadi dasar terjadinya peristiwa autoimun.

4) Teori Radikal Bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas, tidak stabilnya radikal bebas atau kelompok atom mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan sel-sel tidak dapat beregenerasi.

5) Teori Menua akibat Metabolisme

Pada tahun 1935 Mc. Kay et al memperlihatkan bahwa pengurangan intake kalori pada rodensia muda akan menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur. Perpanjangan umur karena penurunan jumlah kalori tersebut antara lain disebabkan karena menurunnya salah satu atau beberapa proses metabolisme.

e. Faktor-faktor risiko penuaan

Penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis. Perlu hati-hati dalam mengidentifikasi proses penuaan. Bila seseorang mengalami penuaan fisiologis, diharapkan mereka tua dalam keadaan sehat. Terdapat faktor-faktor risiko yang mempengaruhi penuaan seseorang (Wirakusumah, 2000), yaitu:

1) Faktor endogen

Faktor endogen yaitu faktor bawaan/keturunan yang berbeda pada setiap individu. Faktor inilah yang mempengaruhi perbedaan efek menua pada setiap individu, dapat terjadi lebih cepat atau lebih lambat. Seperti seseorang yang

mempunyai bawaan penuaan dini, penyakit tertentu, perbedaan tingkat intelegensia, warna kulit dan tipe kepribadian. Seseorang yang memahami adanya faktor keturunan yang dapat mempercepat proses penuaan harus lebih berhati-hati. Ia harus berusaha menangkal efek negatif yang ditimbulkan oleh genetiknya.

Faktor intelegensia sedikit banyak mempengaruhi proses penuaan. Pada umumnya orang dengan intelegensia tinggi cenderung memiliki pola pikir yang lebih baik sehingga berusaha menerapkan pola hidup sehat. Perbedaan warna kulit juga mempengaruhi kecepatan proses penuaan. Golongan kulit putih mempunyai risiko terserang osteoporosis lebih tinggi daripada kulit hitam.

Perbedaan tipe kepribadian dapat juga memicu seseorang lebih awal memasuki masa lansia. Kepribadian yang selalu ambisius, senantiasa dikejar-kejar tugas, cepat gelisah, mudah tersinggung, cepat kecewa, dan lain sebagainya akan mendorong seseorang cepat mengalami stres dan frustrasi. Akibatnya, orang tersebut mudah mengalami berbagai macam penyakit.

2) Faktor eksogen

Faktor eksogen yaitu faktor luar yang dapat mempengaruhi penuaan. Biasanya faktor lingkungan, sosial budaya, dan gaya hidup. Misalnya, diet atau asupan gizi, merokok, polusi, obat-obatan maupun dukungan sosial. Faktor lingkungan dan gaya hidup berpengaruh luas dalam menangkal proses penuaan.

f. Perubahan-perubahan pada lanjut usia (Nugroho, 2000)

1) Perubahan Fisik:

a) Sel:

- (1) sel menjadi lebih sedikit jumlahnya
- (2) lebih kecil ukurannya
- (3) serta terdapat pengurangan jumlah cairan tubuh.

b) Sistem syaraf:

- (1) terjadi penurunan dalam hubungan persyarafan
- (2) lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi khususnya pada keadaan stress

- (3) mengecilnya syaraf panca indera: berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya syaraf penciuman, dan perasa lain. Sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap suhu dingin.

c) Sistem pendengaran:

- (1) Presbiakusis atau gangguan pada pendengaran: hilangnya kemampuan atau daya pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi suara atau nada tinggi, suara tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 65 tahun.
- (2) Membran tympani menjadi atropi
- (3) Terjadinya pengumpulan serumen yang dapat mengeras karena meningkatnya keratin.

d) Sistem penglihatan

- (1) Spingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar
- (2) Kornea lebih berbentuk sferis atau bola
- (3) Lensa lebih suram
- (4) Meningkatnya ambang penangkapan sinar
- (5) Hilangnya daya akomodasi
- (6) Menurunnya lapang pandang

e) Sistem Kardiovaskuler

- (1) Katup jantung menebal dan menjadi kaku
- (2) Kemampuan memompa darah menurun sekitar 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun.
- (3) Hilangnya elastisitas pembuluh darah
- (4) Tekanan darah meninggi diakibatkan oleh karena meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer.

f) Sistem Respirasi

- (1) Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku
- (2) Menurunnya aktifitas silia
- (3) Paru-paru kehilangan elastisitas, menarik nafas berat, kapasitas maksimal pernafasan menurun

- (4) Alveoli ukurannya lebih lebar dari biasa, dan jumlahnya berkurang
- (5) Oksigen pada arteri menurun hingga 75 mmHg
- (6) Karbon dioksida pada arteri tidak berganti
- (7) Kemampuan untuk batuk berkurang

g) Sistem Gastrointestinal (saluran pencernaan)

- (1) Kehilangan gigi

Penyebab utama adanya *periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun.

- (2) Indera pengecap menurun

Adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atropi pengecap, hilangnya sensitifitas dari syaraf pengecap di lidah terutama rasa manis dan asin.

- (3) Oesofagus melebar

- (4) Lambung

- (a) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi

- (b) Fungsi penyerapan makanan (absorpsi) melemah

- (5) Liver (hati)

Makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

h) Sistem genito urinaria

- (1) Ginjal

Mengecil dan nephron menjadi atropi sehingga aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang, penyaringan di glomerulus menurun.

- (2) Vesiko urinaria (kandung kemih)

Otot-ototnya menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air kecil meningkat

- (3) Pembesaran prostat, kurang lebih 75% dialami oleh pria berusia diatas 65 tahun

i) Sistem endokrin

- (1) Produksi dari hampir semua hormon menurun

- (2) Fungsi kelenjar paratiroid dan sekresinya tidak berubah
- (3) Pituitari
Pertumbuhan hormon terhadap terapi lebih rendah dan hanya dalam pembuluh darah. Berkurangnya produksi ACTH, TSH, FSH, dan LH.
- (4) Menurunnya produksi hormon aldosteron.
- (5) Menurunnya sekresi hormon kelamin: misalnya progesteron, estrogen, testosterone.

j) Sistem Kulit

- (1) Kulit mengerut dan keriput akibat kehilangan jaringan lemak
- (2) Kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu
- (3) Rambut dalam hidung dan telinga menebal
- (4) Berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi.
- (5) Kuku jari tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk
- (6) Kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya

k) Sistem muskuloskeletal

- (1) Tulang kehilangan densitas dan makin rapuh
- (2) Kifosis (tulang belakang membengkok ke depan)
- (3) Pinggang, lutut, dan jari-jari serta pergelangan gerakanya terbatas
- (4) Discus intervertebralis menipis dan menjadi pendek atau tingginya berkurang
- (5) Persendian membesar dan menjadi kaku
- (6) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis
- (7) Atropi serabut otot atau otot-otot serabut mengecil
Serabut otot mengecil sehingga seseorang gerakanya menjadi lamban, otot-otot sering kram, dan menjadi tremor.

2) Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental

- a) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
- b) Kesehatan umum
- c) Tingkat pendidikan

d) Keturunan (hereditas)

e) Lingkungan

3) Perubahan Psikososial

a) Pensiun

Nilai seseorang sering diukur dari produktivitasnya, dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaannya.

b) Sadar akan adanya kematian

c) Perubahan dalam cara hidup yaitu memasuki rumah perawatan, brgerak lebih sempit

d) Kekurangan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan

e) Penyakit kronis dan ketidakmampuan

f) Kesenian akibat pengasingan dari lingkungan sosial sehingga timbul depresi

g) Gangguan syaraf panca indera

h) Rangkaian dari kehilangan yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga

4) Perubahan Spiritual

a) Agama dan kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya

b) Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat pada pola pikir dan tindakan sehari-hari.

g. Kelainan Multipatologik dan Penanganan Multidisiplin

Seorang lansia mengalami sejumlah perubahan antara lain perubahan bentuk tubuh dan fungsi dari berbagai organ/sistem organ sehingga menyebabkan perubahan fisik. Faktor risiko penyakit degeneratif seringkali bersamaan sehingga memungkinkan terjadinya banyak penyakit pada satu penderita (multi-patologi). Selain permasalahan fisik lansia juga mengalami permasalahan psikologis, sosial dan ekonomi. Lansia sering ditemukan dalam kondisi menderita berbagai macam penyakit yang lebih dari satu yang disebut dengan kondisi multipatologi. Pasien geriatri adalah pasien lanjut usia dengan multi penyakit dan gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan

Multidisiplin yang bekerja secara Interdisiplin. Multidisiplin adalah berbagai disiplin atau bidang ilmu yang secara bersama-sama menangani penderita dengan berorientasi pada ilmunya masing-masing. Interdisiplin adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh berbagai disiplin/bidang ilmu yang saling terkait dan bekerja sama dalam penanganan pasien yang berorientasi pada kepentingan pasien (Kane et al., 2004; Darmojo, 2015)

h. Pelayanan kesehatan pada lanjut usia

Terdapat dua prinsip utama yang harus dipenuhi guna melaksanakan pelayanan kesehatan pada lansia, yaitu pendekatan holistik dan tatalaksana secara tim (Martono, 1996).

1) Prinsip holistik pada pelayanan kesehatan lanjut usia sangat unik karena menyangkut berbagai aspek, yaitu:

a) Seorang penderita lansia harus dipandang sebagai manusia seutuhnya, meliputi unsur fisik, kejiwaan (psikologik) dan sosial ekonomi.

b) Sifat holistik mengandung artian baik secara vertikal atau horisontal. Secara vertikal dalam arti pemberian pelayanan harus dimulai dari pelayanan di masyarakat sampai ke pelayanan rujukan tertinggi yaitu rumah sakit yang mempunyai pelayanan subspesialis geriatri. Holistik secara horisontal berarti bahwa pelayanan kesehatan harus merupakan bagian dari bagian dari pelayanan kesejahteraan lansia secara menyeluruh. Oleh karenanya pelayanan kesehatan harus bekerja secara lintas sektoral dengan dinas atau lembaga yang terkait dengan bidang kesejahteraan, misalnya agama, pendidikan dan kebudayaan, dinas sosial.

c) Pelayanan holistik juga berarti bahwa pelayanan harus mencakup aspek pencegahan (preventif), promotif, penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif).

2) Prinsip yang kedua yaitu tatakerja atau tatalaksana secara tim. Tim geriatri merupakan bentuk kerjasama multidisipliner yang bekerja secara interdisipliner. Yang dimaksud dengan istilah multidisiplin ialah berbagai disiplin ilmu kesehatan yang secara bersama-sama melakukan penanganan pada seorang penderita lanjut

usia. Komponennya berbeda dengan berbagai tim yang kita kenal pada populasi usia lain. Pada tim geriatri komponen utama terdiri dari dokter, pekerja sosio medik, dan perawat. Tergantung dari kompleksitas dan jenis layanan yang diberikan, anggota tim dapat ditambah dengan tenaga rehabilitasi medik (dokter, fisioterapis, terapi okupasi, terapi wicara, dan lain-lain), psikolog dan atau psikiater, farmasis, ahli gizi, dan tenaga lain yang bekerja dalam layanan tersebut. Istilah interdisiplin diartikan sebagai suatu tatakerja dimana masing-masing anggotanya saling tergantung (*interdependent*) satu sama lain. Berbeda dengan tim multi-disiplin yang bekerja secara multidisiplin pula (seperti banyak tim kesehatan yang lain) dimana tujuan dibagi secara kaku berdasarkan disiplin masing-masing anggota. Pada tim interdisiplin, tujuan merupakan tujuan bersama. Masing-masing anggota mengerjakan tugas sesuai disiplinnya sendiri-sendiri akan tetapi tidak secara kaku. Disiplin lain dapat memberi saran demi tercapainya tujuan bersama. Dengan kata lain, pada tim multidisiplin kerjasama terutama pada pembuatan dan penyerasian konsep. Pada tim interdisiplin kerjasama meliputi pembuatan dan penyerasian konsep serta penyerasian tindakan (Darmojo, 2015).

Dengan prinsip pelayanan geriatri seperti yang telah diijelaskan, konsep pelayanan kesehatan pada populasi lanjut usia direncanakan dan dilaksanakan. Untuk mengupayakan prinsip holistik dan berkesinambungan, secara garis besar pelayanan kesehatan pada lansia dapat dibagi sebagai berikut (Martono, 1996; Darmojo 2015) :

1) Pelayanan kesehatan lanjut usia di masyarakat (*Community Based Geriatric Service*)

Pada upaya pelayanan kesehatan ini, semua upaya kesehatan yang berhubungan dan dilaksanakan oleh masyarakat harus diupayakan berperan serta dalam menangani kesehatan para lanjut usia. Puskesmas dan dokter praktek swasta merupakan tulang punggung layanan di tingkat ini. Puskesmas berperan dalam membentuk kelompok/klub lanjut usia. Dokter praktek swasta terutama menangani para lansia yang memerlukan tindakan kuratif insidental. Semua pelayanan kesehatan harus diintegrasikan dengan layanan kesejahteraan yang lain dari dinas sosial, agama, pendidikan dan kebudayaan, dan lain-lain. Peran serta

Lembaga Swadaya Masyarakat untuk membentuk layanan sukarela misalnya dalam pendirian badan yang memberikan layanan bantu perawatan (*home nursing*), kebersihan rumah atau pemberian makanan bagi para lansia (*meals on wheels*) juga perlu didorong.

2) Pelayanan kesehatan lanjut usia di masyarakat berbasis rumah sakit (*Hospital Based Community Geriatric Service*)

Pada layanan tingkat ini, rumah sakit setempat yang telah melakukan layanan geriatri bertugas membina lansia yang berada di wilayahnya, baik secara langsung atau tidak langsung melalui pembinaan pada puskesmas yang berada di wilayah kerjanya. “*Transfer of Knowledge*” berupa lokakarya, simposium, ceramah-ceramah baik kepada tenaga kesehatan ataupun bagi masyarakat awam perlu dilaksanakan. Di lain pihak, rumah sakit harus selalu bersedia bertindak sebagai tempat rujukan dari layanan kesehatan yang ada di masyarakat.

3) Layanan kesehatan lanjut usia berbasis rumah sakit (*Hospital Based Geriatric Service*)

Pada layanan ini rumah sakit, tergantung dari jenis layanan yang ada, menyediakan berbagai layanan bagi para lanjut usia. Mulai dari layanan sederhana berupa poliklinik lansia, sampai pada layanan yang lebih maju, misalnya bangsal akut, klinik siang terpadu (*day-hospital*), bangsal kronis dan atau panti rawat wredha (*nursing homes*). Disamping itu, rumah sakit jiwa juga menyediakan layanan kesehatan jiwa bagi lansia dengan pola yang sama. Pada tingkat ini sebaiknya dilaksanakan suatu layanan terkait (*conjoint care*) antara unit geriatri rumah sakit umum dengan unit psikogeriatri suatu rumah sakit jiwa, terutama untuk menangani penderita penyakit fisik dengan komponen gangguan psikis berat atau sebaliknya.

3. Model Integratif Biopsikososial Dalam Kesehatan

Model biopsikososial kesehatan/penyakit diperkenalkan pertama kali oleh psikiater Amerika bernama George Engel pada tahun 1977 (Engel 1980; Healthier Chessire, 2016). Mula-mula model tersebut diremehkan dan dicemooh oleh banyak pakar, karena bertentangan dengan model kesehatan yang banyak dianut

pada waktu itu. Pada zaman itu model kesehatan yang dianut banyak orang adalah model biomedis. Pendekatan biomedis tentang kesehatan sepenuhnya memusatkan perhatian kepada aspek fisik, mengabaikan aspek psikologis dan sosial. Tetapi model biopsikososial akhirnya menjadi populer sebagai bagian dari pengobatan yang perlu diberikan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.

Aspek psikologis dari model biopsikososial mengemukakan, keadaan jiwa yang melatari seorang pemberi kontribusi bagi kesehatan maupun manifestasi penyakit orang tersebut. Karena itu tenaga medis yang memberikan pengobatan dengan model biopsikososial harus mengidentifikasi masalah psikologis tersebut yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien secara langsung atau tidak langsung, misalnya depresi, adiksi (kecanduan), rasa rendah diri (*low self-esteem*). Pikiran negatif (*negatif thinking*), dan sebagainya. Sebagai contohnya, depresi atau rasa rendah diri mungkin tidak terlihat memiliki pengaruh langsung bagi manifestasi hepatitis. Tetapi seorang yang menderita depresi akan cenderung banyak minum minuman beralkohol daripada jika tidak depresi, selanjutnya minuman beralkohol tersebut akan meningkatkan risiko terjadinya masalah hati yang terkait dengan alkohol, misalnya "*fatty liver*" (Murti, 2016a).

Aspek sosial dari model biopsikososial merujuk kepada pengaruh lingkungan sosil-budaya-ekonomi-politik yang mengelilingi seseorang. Aspek sosial menganalisis penyakit dari sudut pandang sosiologis, mempelajari sejauh mana faktor-faktor eksternal mempengaruhi manifestasi penyakit pasien. Faktor eksternal itu bisa datang dari apa saja, mulai dari keyakinan agama, latar belakang ekonomi, hubungannya dengan anggota masyarakat lainnya, lingkungan budaya, teman sebaya, media massa, dan sebagainya. Sebagai contoh, media massa mungkin tidak bisa secara langsung disalahkan sebagai penyebab anoreksia. Anoreksia merupakan suatu gangguan perilaku yang sengaja membuang makanan yang dikonsumsi dengan tujuan untuk menurunkan berat badan secara ekstrim. Tetapi peran media yang dengan konsisten mendukung-dengungkan dan menayangkan citra bahwa hanya perempuan yang "langsing" saja yang bisa dikatakan "cantik" dapat mempengaruhi remaja putri untuk berperilaku anoreksia (Murti, 2016a).

4. Peran Dukungan Keluarga Lanjut Usia

Peranan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan setiap anggota keluarga serta dalam menjamin keberhasilan pelayanan keluarga amat penting sekali, karena keluarga memang mempunyai arti dan kedudukan tersendiri dalam masalah kesehatan (Azwar, 2007). Hal tersebut didukung pula oleh penelitian yang dilakukan Herawati dan Adenan (2013) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia.

Pada tataran *home care*, peran keluarga sangat penting. *Home care* pada dasarnya adalah bagaimana peranan keluarga dalam melakukan perawatan dan pendampingan terhadap lansia. Indonesia sebagai Negara dengan budaya timur yang kental memberikan perhatian dan penghargaan lebih kepada orang tua yang sudah lanjut usia, dengan tetap mengajak mereka tinggal di rumah keluarga sehingga dalam pemikiran timur bangsa kita, sebenarnya anak merupakan bentuk asuransi non formal dari orang tua. Dengan melakukan '*investasi*' berupa pengasuhan dan pendidikan, orang tua berharap akan bisa mendapat imbal balik '*pengasuhan*' ketika sudah memasuki usia tua. Bahkan sekarang ini masyarakat Eropa justru ingin mencontoh Indonesia yang sangat memperhatikan para orangtuanya, sehingga pola panti sudah mulai ditinggalkan dan membiarkan orangtuanya tinggal di rumah sang anak. *Home care* ini mempunyai kelebihan dari sisi psikis di mana orang tua akan merasa lebih nyaman dan enak tinggal dalam rumah yang ditunggui oleh anak cucunya.

Penelitian oleh Sri Gati Setiti (2006) mengenai peran kerabat dalam pelayanan lansia, memperoleh salah satu kesimpulan, yaitu Pelayanan Lanjut Usia oleh kekerabatan memiliki nilai budaya sebagai berikut:

- a) Lanjut usia sebaiknya dirawat oleh anaknya/keluarga/kerabat, hal ini pula yang ada dalam berbagai agama yaitu *Birrul Walidain* (Berbakti pada orang tua), karena pada dasarnya apa yang kita lakukan pada orang tua kita, maka itulah yang akan kita terima dari anak-anak kita.
- b) Lanjut Usia yang tidak punya anak, sebaiknya dirawat oleh kerabat: adik kandung/sepupu, keponakan, cucu, dan lain lain.
- c) Bilamana tidak memiliki kerabat, sebaiknya dirawat tetangga.

d) Bilamana tetangga tidak ada yang merawatnya, alternatif terakhir dirawat di Panti Sosial Lanjut Usia

Hasil penelitian tersebut menunjukkan memang pelayanan terbaik yang diberikan kepada lansia adalah dari keluarga dan kerabatnya. Namun yang menjadi masalah/kendala utama di sini adalah apabila anak/keluarga lansia tersebut termasuk dalam keluarga kurang mampu, yang bahkan untuk menghidupi dirinya sendiri saja tidak sanggup. Pada tataran ini maka diperlukan adanya jaminan sosial bagi lansia.

5. Peran Dukungan Kelompok Teman Sebaya Lanjut Usia (*peer group*)

Tuntutan agama dan nilai luhur menempatkan lansia dihormati, dihargai dan dibahagiakan dalam kehidupan keluarga. Dalam berbagai budaya yang kita miliki, penanganan lanjut usia juga masalah lainnya, diatur dalam tradisi masyarakat. Penanganan masalah sosial merupakan bagian dari dan berakar pada nilai tolong menolong yang dikenal hampir semua suku bangsa di Indonesia. Peran kerabat dalam masyarakat di seluruh Indonesia mempunyai keterikatan yang sangat kuat, sekaligus merupakan potensi masyarakat yang luar biasa, sebagai sumber kesetiakawanan sosial yang mampu memecahkan permasalahan sosial yang ada di daerahnya. Hal inilah yang perlu diangkat dan dikembangkan.

Beberapa penelitian mengemukakan bahwa dukungan teman sebaya sangat diperlukan oleh lansia. Li et al (2014) menemukan bahwa dukungan teman sebaya dapat meningkatkan *emotional well being* pada lansia. Penelitian yang dilakukan oleh Ma et al (2015) dengan desain studi kontrol-kasus pada lansia dengan osteoporosis menemukan bahwa dukungan sosial dan kualitas hidup berkorelasi positif.

6. Lembaga Komunitas bagi Lanjut Usia

Di Indonesia, ada lembaga yang melayani pemantauan kesehatan lansia dengan ruang lingkup sampai tingkat rukun warga/dukuh. Lembaga ini bernama Pos Pelayanan Terpadu atau posyandu lansia. Lembaga ini merupakan salah satu Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang dibina oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas). Proses pembentukan dan pelaksanaan

posyandu lansia dilakukan oleh masyarakat bersama dengan lembaga swadaya masyarakat (LSM), lintas sektor pemerintah dan non pemerintah, swasta, organisasi sosial dan lain-lain, dengan menitikberatkan pelayanan kesehatan pada upaya promotif dan preventif. Di samping pelayanan kesehatan, posyandu lansia juga memberikan pelayanan sosial, agama, pendidikan, keterampilan, olah raga, seni budaya, dan pelayanan lain yang dibutuhkan para lansia dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup melalui peningkatan kesehatan dan kesejahteraan. Selain itu posyandu lansia membantu memacu lansia agar dapat beraktifitas dan mengembangkan potensi diri.

Dengan adanya posyandu lansia di suatu wilayah maka diharapkan kondisi kesehatan para lansia di wilayah kerja posyandu tersebut dapat termonitor dengan baik. Dengan adanya kegiatan posyandu satu bulan sekali juga memungkinkan para lansia dapat bertemu dan bertukar pikiran dengan temannya serta melakukan kegiatan menyenangkan secara bersama yaitu senam lansia. Dalam kegiatan Posyandu lansia dibagi menjadi 10 tahap pelayanan, yaitu:

1. Pemeriksaan aktifitas kegiatan sehari-hari/*activity of daily living*, meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan, seperti makan/minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur dan buang air.
2. Pemeriksaan status mental. Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional, dengan menggunakan pedoman metode 2 menit.
3. Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan dicatat pada grafik indeks massa tubuh.
4. Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
5. Pemeriksaan hemoglobin.
6. Pemeriksaan adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit gula.
7. Pemeriksaan adanya zat putih telur/protein dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal.
8. Pelaksanaan rujukan ke puskesmas bila mana ada keluhan dan atau ditemukan kelainan pada pemeriksaan pada nomor 1 hingga 7.

9. Penyuluhan bisa dilakukan didalam atau diluar kelompok dalam rangka kunjungan rumah dan konseling kesehatan dan gizi sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu dan atau kelompok usia lanjut.
10. Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas bagi kelompok usia lanjut yang tidak datang, dalam rangka kegiatan perawatan kesehatan masyarakat.

Kader kesehatan mempunyai peranan yang besar dalam penyelenggaraan lembaga komunitas posyandu ini. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Setyoadi et al (2013) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara peran kader dengan kualitas hidup lansia.

7. Lokasi Kendali

a. Pengertian lokasi kendali

Pengertian lokasi kendali atau *locus of control* Menurut Rotter (1966) adalah keyakinan individu mengenai sumber penentu perilaku. *Locus of control* terdiri dari dua bagian yaitu *internal locus of control* dan *external locus of control*. *Internal locus of control* adalah cara individu yakin kontrol terhadap peristiwa berasal dari kemampuannya, sedangkan *external locus of control* adalah cara dimana individu yakin kontrol terhadap peristiwa berasal dari luar kemampuannya.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi lokasi kendali.

Robinson dan Shaver (1974) mengelompokkan faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan lokasi kendali menjadi dua, yaitu:

1) *Episodic antecedent*

Episodic antecedent adalah kejadian-kejadian yang mempengaruhi perkembangan lokasi kendali seperti kecelakaan atau kematian seseorang.

2) *Accumulation antecedent*

Accumulation antecedent adalah kejadian-kejadian yang mempengaruhi perkembangan lokasi kendali diskriminasi sosial, perasaan tidak berdaya, dan pola asuh orang tua.

c. Aspek-aspek lokasi kendali

Rotter (dalam Phares, 1992) menyatakan ada dua aspek dalam lokasi kendali, yaitu aspek internal dan eksternal:

1) Aspek internal

Seseorang yang memiliki aspek internal percaya bahwa hasil dan perilaku mereka disebabkan faktor dari dalam dirinya. Mereka selalu menghubungkan suatu peristiwa dengan faktor dalam dirinya. Faktor-faktor dalam aspek internal adalah kemampuan, minat dan usaha.

a) Kemampuan

Individu yang mempunyai lokasi kendali internal percaya pada kemampuan yang mereka miliki. Kesuksesan dan kegagalan sangat dipengaruhi oleh kemampuan mereka.

b) Minat

Individu yang mempunyai lokasi kendali internal memiliki minat yang lebih besar terhadap kontrol perilaku, peristiwa dan tindakan mereka.

c) Usaha

Individu yang mempunyai lokasi kendali internal memiliki sikap pantang menyerah dan akan berusaha semaksimal mungkin untuk mengontrol perilaku mereka.

2) Aspek eksternal

Seseorang yang memiliki aspek eksternal percaya bahwa hasil dan perilaku mereka disebabkan faktor dari luar dirinya. Faktor-faktor dalam aspek eksternal adalah nasib, keberuntungan, sosial ekonomi, dan pengaruh orang lain.

a) Nasib

Individu yang memiliki lokasi kendali eksternal percaya akan firasat baik dan buruk. Mereka menganggap kesuksesan dan kegagalan yang mereka peroleh sudah ditakdirkan dan mereka tidak dapat merubah kembali peristiwa yang telah terjadi.

b) Keberuntungan

Individu yang memiliki lokasi kendali eksternal menganggap setiap orang memiliki keberuntungan dan mereka sangat mempercayai adanya keberuntungan.

c) Sosial Ekonomi

Individu yang memiliki lokasi kendali eksternal bersifat materialistik dan menilai orang lain berdasarkan tingkat kesejahteraan.

d) Pengaruh orang lain

Individu yang memiliki lokasi kendali eksternal sangat mengharapkan bantuan orang lain dan menganggap bahwa orang yang memiliki kekuasaan yang lebih tinggi dari mereka akan mempengaruhi perilakunya.

Berdasarkan aspek-aspek lokasi kendali dapat disimpulkan bahwa ada dua aspek lokasi kendali yaitu aspek internal berupa minat, usaha, dan kemampuan serta aspek eksternal yaitu nasib, keberuntungan, sosial ekonomi, serta pengaruh dari orang lain.

8. Kualitas Hidup Lanjut Usia

a. Pengertian

Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada yang terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian. Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan. Pada umumnya lansia menghadapi kelemahan, keterbatasan dan ketidakmampuan, sehingga kualitas hidup pada lansia menjadi menurun. Karena keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat, maka keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam perawatan lansia untuk meningkatkan kualitas hidupnya (Yuliati, *et al*, 2014). Kualitas hidup adalah memberikan kesempatan untuk hidup nyaman, mempertahankan keadaan fisiologis yang harus seimbang dengan keadaan psikologis dalam kehidupan sehari-hari (Ratmini dan Arifin, 2011). Kualitas hidup adalah pemahaman individu tentang kondisi kehidupannya yang berhubungan dengan nilai-nilai kehidupan, konteks budaya serta dalam pemahamannya dalam tujuan dan harapan hidupnya. Konsep kualitas hidup secara luas mencakup bagaimana seseorang menilai dan mengukur dari berbagai aspek kehidupan mereka, yaitu mencakup bagaimana seseorang menilai dan mengukur dari berbagai aspek kehidupan.

b. Dimensi Kualitas Hidup Lansia

Active Ageing adalah proses optimalisasi peluang kesehatan, partisipasi dan keamanan untuk meningkatkan kualitas hidup di masa tua. Jika seseorang sehat dan aman, maka kesempatan berpartisipasi bertambah besar. Masa tua bahagia dan berdayaguna tidak hanya fisik tetapi meliputi emosi, intelektual, sosial, vokasional, dan spiritual yang dikenal dengan dimensi *wellness*. *Wellness* merupakan suatu pendekatan yang utuh untuk mencapai menua secara aktif. Konsep keenam dimensi *wellness* secara utuh mencakup beberapa hal sebagai berikut (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010), yaitu:

1) Fisik

Lansia mampu menjaga kesehatan fisik, melalui kebiasaan makan yang baik, olahraga teratur, perawatan kesehatan serta menggunakan pelayanan kesehatan yang sesuai.

2) Emosional

Lansia mampu mengekspresikan perasaannya dan dapat menerima perasaan orang lain, serta memandang hidup secara positif, kemampuan untuk membentk hubungan dengan orang lain didasrkn pada komitmen bersama, kepercayaan, dan rasa hormat adalah bagian penting dari kesehatan emosional.

3) Intelektual

Lansia mampu mempertahankan kemampuan intelektualnya melalui pendidikan formal maupun informal, serta kegiatan kognitif lainnya, misalnya membaca, menulis, dan melukis; berbagi pengetahuan dan *skill* dengan orang lain.

4) Sosial

Lansia berkontribusi terhadap lingkungan dan masyarakat, saling ketergantungan dengan orang lain dan alam, mampu hidup berdampingan secara harmonis dengan sesama dalam kehidupan sosial.

5) Vokasional

Lansia mampu memberdayakan diri dalam berbagai aktivitas, baik sebagai relawan maupun pekerjaan yang membuahkan penghasilan sehingga memperoleh kepuasan.

6) Spiritual

Lansia mampu menghargai dan mensyukuri hidup dan kehidupan.

c. Pengukuran Kualitas Hidup

Pada tahun 1991 Bagian Kesehatan Mental WHO memulai proyek organisasi kualitas hidup di dunia (WHOQOL). Tujuan dari proyek ini adalah untuk mengembangkan suatu instrumen penilaian kualitas hidup yang dapat dipakai secara nasional dan secara antar budaya. WHOQOL-BREF ini telah ditinjau ulang tahun 2012, namun butir-butir pertanyaannya masih sama dengan yang lama (WHOQOL-BREF (Rev), 2012). Instrumen ini terdiri dari 26 item pertanyaan dan empat domain. Keempat domain tersebut adalah:

1) Kesehatan Fisik

Kesehatan fisik lansia meliputi penyakit, kegelisahan tidur dan beristirahat, energi dan kelelahan, mobilitas, aktifitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis, kapasitas pekerjaan.

2) Psikologis

Kesehatan psikologis meliputi perasaan positif, berpikir, belajar, mengingat dan konsentrasi, *self esteem*, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, dan kepercayaan individu.

3) Hubungan sosial

Hubungan sosial meliputi hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.

4) Lingkungan, meliputi:

Kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh ketrampilan dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berekreasi, aktivitas di lingkungan, transportasi (WHO, 2012).

Instrumen WHOQOL-BREF ini merupakan suatu instrumen yang sesuai untuk mengukur kualitas hidup dari segi kesehatan terhadap lansia dengan jumlah responden yang kecil, mendekati distribusi normal, dan mudah untuk penggunaannya (Hwang, 2003). Kuesioner kualitas hidup dari WHOQOL-BREF

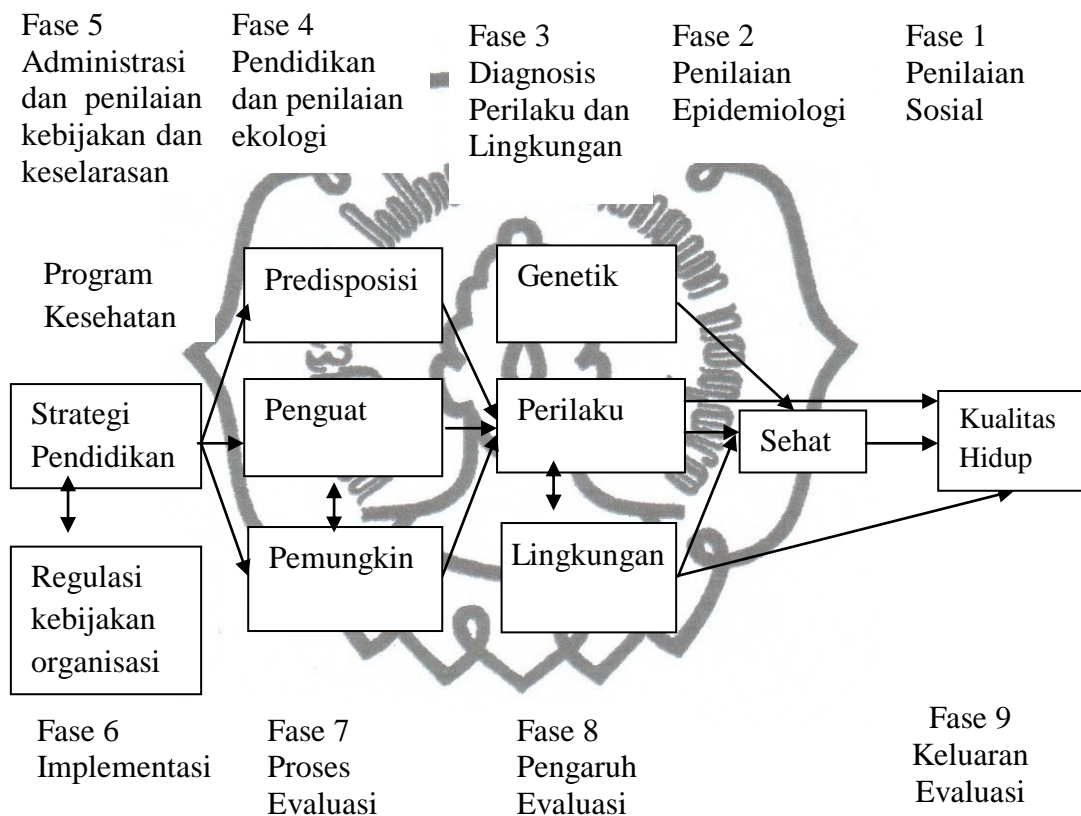
(Rev), 2012 merupakan pengukuran yang menggunakan 26 item pertanyaan. Alat ukur ini menggunakan empat dimensi yaitu fisik, psikologis, lingkungan dan sosial. Semua pertanyaan berdasarkan pada skala likert lima poin (1-5) dan empat macam pilihan jawaban. Untuk pertanyaan nomor 1 dan 2 tentang kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum, sedangkan untuk pertanyaan yang lainnya merupakan pertanyaan dari masing-masing domain (WHO, 2012).

9. Teori PRECEDE dan PROCEED

Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan, dan karena itu memiliki dua bagian yang berbeda. Pertama *PRECEDE* (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Educational/Ecological, Diagnosis, Evaluation*). Kedua *PROCEED* (*Policy, Regulatory, Organizational, Constructs in, Educational, Enviromental, Development*). Salah satu yang paling baik untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program promosi kesehatan adalah model *PRECEDE-PROCEED*. *PRECEDE* bagian dari fase (1-4) berfokus pada perencanaan program, dan bagian *PROCEED* fase (5-8) berfokus pada implementasi dan evaluasi. Delapan fase dari model panduan dalam menciptakan program promosi kesehatan, dimulai dengan hasil yang lebih umum dan pindah ke hasil yang lebih spesifik secara bertahap, proses mengarah ke penciptaan sebuah program, pemberian program, dan evaluasi program (Fertman, 2010).

Kerangka *PRECEDE-PROCEED* merupakan salah satu model perilaku yang dikembangkan oleh Lawrence Green pada tahun 1980. Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Model pendekatan yang dapat dipakai untuk membuat perencanaan dan evaluasi kesehatan yang mengarah pada perubahan perilaku disebut sebagai kerangka *PRECEDE* yang digunakan pada fase diagnosis masalah, penetapan prioritas masalah dan tujuan program; *PROCEED* dipergunakan untuk menetapkan sasaran dan kriteria kebijakan, serta implementasi dan evaluasi. Kerangka *PRECEDE* terdiri dari lima fase yaitu Fase 1. Diagnosis Sosial (*Social Need Assessment*), Fase 2. Diagnosis Epidemiologi (*Epidemiological Diagnosis*), Fase

3. Diagnosis Perilaku dan Lingkungan (*Behavioral and Environmental Diagnosis*), Fase 4. Diagnosis Pendidikan dan Organisasional (*Educational and Organizational Diagnosis*), Fase 5. Diagnosis Administratif dan Kebijakan. Kerangka *PROCEED* terdiri dari empat fase yaitu Fase 6. Implementasi, Fase 7. Proses Evaluasi, Fase 8. Dampak dari Evaluasi, Fase 9. Evaluasi *Outcome*



Gambar 2.1. Model *PRECEDE-PROCEED* dari Green, Lawrence & Marshall, Kreuter (2005)

Penjelasan:

1. Kualitas Hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan. Diharapkan semakin sejahtera maka kualitas hidup semakin tinggi.
2. Derajat Kesehatan: sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan. Yang terbesar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan adalah perilaku dan lingkungan.

3. Faktor Lingkungan: yaitu faktor fisik, biologis dan lingkungan sosial budaya yang secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi derajat kesehatan.
4. Faktor perilaku dan gaya hidup: Faktor perilaku terjadi bila ada stimulus, gaya hidup sebagai pola kebiasaan seseorang/sekelompok orang yang dilakukan karena mengikuti tren atau idolanya (misal idolanya tidak merokok, maka orang/sekelompok orang tersebut mengikuti untuk tidak merokok). Hal ini seringkali menjadi tidak stabil karena mungkin saja tokoh yang diidolakan tiba-tiba tertangkap kamera wartawan sedang merokok, sehingga orang yang mengidolakan menjadi bimbang untuk mengikuti/tidak.
5. Faktor penyebab seseorang melakukan perilaku: *predisposing, enabling, reinforcing factors*. *Predisposing factor* atau faktor pemudah yaitu faktor-faktor yang berasal dari dalam diri seseorang (faktor internal) yang dapat mempengaruhi derajat kesehatannya antara lain tingkat pendidikan dan usia seseorang. Faktor kedua yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan ialah *enabling factor* atau faktor pemungkin. Dalam hal ini contohnya adalah berupa adanya sarana dan prasarana pendukung. Faktor ketiga yang mempengaruhi derajat kesehatan ialah *reinforcing factor* yaitu faktor penguat atau pendorong. Dalam hal ini antara lain ialah dukungan keluarga, dukungan kelompok sebaya dan dukungan dari Lembaga yang ada di dalam komunitas, termasuk di dalamnya ialah dukungan dari tokoh masyarakat, tokoh kesehatan, tokoh agama.
6. Promosi Kesehatan lebih menekankan lingkungan untuk terjadinya perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2005).
7. Masalah-masalah administrasi dan organisasi yang harus diatasi sebelum pelaksanaan program. Ini termasuk penilaian sumber daya, pengembangan dan alokasi anggaran, memandang organisasi hambatan, dan koordinasi program dengan departemen lain, termasuk organisasi eksternal dan masyarakat.
8. Evaluasi proses digunakan untuk mengevaluasi proses dimana program ini diimplementasikan. Tahap ini menentukan apakah program ini

diimplementasikan berdasarkan protokol, dan menentukan apakah tujuan program terpenuhi. Hal ini juga membantu mengidentifikasi modifikasi yang mungkin diperlukan untuk meningkatkan kinerja program.

9. Evaluasi dampak digunakan untuk mengukur efektifitas dari program berkaitan dengan tujuan menengah serta perubahan dalam predisposisi, memungkinkan dan memperkuat faktor. Sering fase ini digunakan untuk mengevaluasi kinerja pendidik.
10. Evaluasi Hasil mengukur perubahan dalam hal tujuan secara keseluruhan serta perubahan dalam kesehatan dan manfaat sosial atau kualitas hidup. Yang menentukan efek dari program kesehatan dan kualitas hidup masyarakat.

Model PRECEDE PROCEED adalah model partisipatif untuk menciptakan promosi kesehatan masyarakat yang sukses dan intervensi kesehatan masyarakat lainnya. Hal ini didasarkan pada premis bahwa perubahan perilaku oleh dan besar sukarela, dan program-program kesehatan lebih cenderung menjadi efektif jika mereka direncanakan dan dievaluasi dengan partisipasi aktif dari orang-orang yang akan menerapkan mereka, dan mereka yang dipengaruhi oleh mereka. Dengan demikian, tampak di kesehatan dan masalah lain dalam konteks masyarakat. Intervensi yang dirancang untuk mengubah perilaku untuk mencegah cedera dan kekerasan (Green and Kreuter, 2005).

B. Kerangka Berpikir

Menjadi tua bukanlah suatu penyakit atau sakit, tetapi suatu proses perubahan menjadi bertambahnya kepekaan atau berkurangnya kemampuan beradaptasi. Proses menjadi tua (*aging*) merupakan suatu kondisi yang wajar dan tidak dapat dihindarkan sebagai suatu fase kehidupan manusia.

Seiring dengan pertambahan umur maka akan semakin turun kualitas kesehatan seseorang, apalagi pada lansia akan semakin rentan untuk mengalami gangguan kesehatan. Sesuai dengan definisi sehat dari WHO tahun 1948 menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan sehat adalah keadaan sejahtera dari

seseorang secara fisik, psikologis dan sosial-ekonomi dan tidak hanya terbebas dari penyakit, cacat atau kelemahan saja. Kondisi tersebut dalam Ilmu Kedokteran Keluarga dikenal dengan istilah sehat secara holistik. Seseorang yang kondisi fisik, psikologis serta sosial-ekonominya baik akan mempunyai kualitas hidup yang baik pula (WHO, 2011).

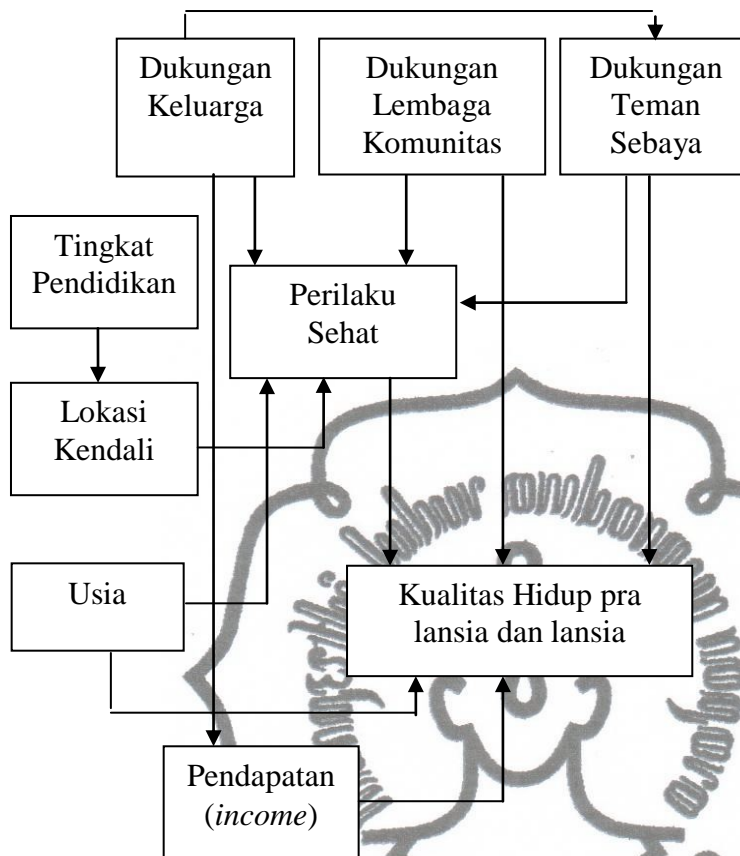
Dalam model promosi kesehatan PRECEED-PROCEED (Green, L dan Marshall, K, 2005) dikenal adanya tiga faktor yang dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang yaitu *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing factors*. Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang melalui perubahan perilaku yang terkait dengan kesehatan.

Faktor pertama yaitu *predisposing factor* atau faktor pemudah atau yang mempermudah ialah faktor-faktor yang berasal dari dalam diri seseorang (faktor internal) yang dapat mempengaruhi derajat kesehatannya. Yang dapat merupakan faktor-faktor pemudah antara lain tingkat pendidikan, lokasi kendali, status gizi, dan usia seseorang.

Faktor kedua yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan seseorang ialah *enabling factor* atau faktor pemungkin. Yang dapat merupakan faktor pemungkin antara lain adalah pendapatan atau *income*.

Faktor ketiga yang mempengaruhi derajat kesehatan ialah *reinforcing factor* yaitu faktor penguat atau pendorong. Yang dapat merupakan faktor-faktor penguat antara lain ialah dukungan keluarga, dukungan kelompok sebaya dan dukungan dari lembaga yang ada di dalam komunitas, contohnya ialah posyandu yang dapat berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam menjaga atau memelihara kesehatannya.

Kesehatan pra lansia dan lansia adalah kondisi sehat secara menyeluruh baik jasmani, rohani dan sosialnya. Kondisi kesehatan yang baik secara holistik akan menjadikan kualitas hidup seseorang menjadi baik pula. Atau dengan kata lain jika status kesehatan meningkat maka akan meningkatkan kualitas hidup



Gambar 2.2. Kerangka berpikir model integratif promosi kesehatan dengan peran dukungan keluarga, teman sebaya, dan lembaga komunitas untuk peningkatan kualitas hidup pra lansia dan lansia

C. Hipotesis

1. Ada pengaruh yang negatif antara usia dengan kualitas hidup pra lansia dan lansia. Pra lansia dan lansia dengan usia yang lebih muda mempunyai kemungkinan lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka yang berusia lebih tua.
2. Ada pengaruh yang positif antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pra lansia dan lansia. Pra lansia dan lansia dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka yang tingkat pendidikannya lebih rendah.
3. Ada pengaruh yang positif antara pendapatan/*income* dengan kualitas hidup pra lansia dan lansia. Pra lansia dan lansia dengan pendapatan yang tinggi

mempunyai kemungkinan lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka yang mempunyai pendapatan lebih rendah.

4. Ada pengaruh yang positif antara perilaku dengan kualitas hidup pra lansia dan lansia. Pra lansia dan lansia dengan perilaku sehat/perilaku positif yang lebih baik mempunyai kemungkinan lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka yang perilakunya kurang baik.
5. Ada pengaruh yang negatif antara lokasi kendali eksternal dengan kualitas hidup pra lansia dan lansia. Pra lansia dan lansia dengan lokasi kendali eksternal yang rendah mempunyai kemungkinan lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka yang lokasi kendali eksternalnya lebih tinggi.
6. Ada pengaruh yang positif antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pra lansia dan lansia. Pra lansia dan lansia dengan dukungan keluarga yang lebih tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka dengan dukungan keluarga yang rendah.
7. Ada pengaruh yang positif antara dukungan teman sebaya dengan kualitas hidup pra lansia dan lansia. Pra lansia dan lansia dengan dukungan teman sebaya yang lebih tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka dengan dukungan teman sebaya yang lebih rendah.
8. Ada pengaruh yang positif antara dukungan lembaga komunitas dengan kualitas hidup pra lansia dan lansia. Pra lansia dan lansia dengan dukungan lembaga komunitas yang lebih tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka dengan dukungan lembaga komunitas yang lebih rendah.
9. Ada pengaruh yang positif dari dukungan teman sebaya, perilaku positif, tingkat pendidikan, dan pendapatan serta pengaruh negatif dari usia dan lokasi kendali eksternal terhadap kualitas hidup pra lansia dan lansia.