

Biopsychosocial Determinants of Quality of Life in the Elderly at Tresna Werdha Social Nursing Home, Yogyakarta

Sobma Swastika¹⁾, Setyo Sri Rahardjo²⁾, RB Soemanto³⁾

¹⁾Masters Program in Public Health, Sebelas Maret University

²⁾Faculty of Medicine, Sebelas Maret University

³⁾Faculty of Social and Political Science, Sebelas Maret University

ABSTRACT

Background: Aging process is a multidimensional natural process with implicating problem involving various aspects, i.e. biological, psychological, and social aspects. Efforts are needed to prolong life expectancy and to improve the quality of life of the elderly. This study aimed to analyze biopsychosocial determinants of quality of life in the elderly at Tresna Werdha Social Nursing Home, Yogyakarta.

Subjects and Method: This study was analytic observational study with cross-sectional design. It was conducted at Abiyoso and Budi Luhur units, Tresna Werdha Social Nursing Home, Yogyakarta, in April 2017. A sample of 100 elderly were selected for this study by purposive sampling and simple random sampling. The independent variables were health status, level of independence, intellectual function, depression, and social activities. The dependent variable was quality of life. The data were collected by a set of pre-tested questionnaire and analyzed by logistic regression.

Results: Biopsychosocial determinants of quality of life in the elderly included health status (OR= 11.66; 95% CI = 2.18 to 62.14; p= 0.004), level of independence (OR= 4.12; 95% CI = 1.08 to 15.60; p= 0.037), intellectual function (OR= 9.75; 95% CI = 1.09 to 87.08; p= 0.036), depression (OR = 3.38; 95% CI = 1.01 to 11.24; p= 0.047), and social activities (OR= 6.02; 95% CI = 1.12 to 32.25; p = 0.047).

Conclusion: Health status, level of independence, intellectual function, depression, and social activities, are biopsychosocial determinants of quality of life in the elderly

Keywords: biopsychosocial, determinant, quality of life, elderly

Correspondence:

Sobma Swastika. Masters Program in Public Health, Sebelas Maret University. Jl. Ir. Sutami 36 A, Surakarta, Central Java. Email: sobmaswastika@gmail.com. Mobile: +628113239862.

LATAR BELAKANG

Penuaan penduduk merupakan salah satu isu krusial yang dihadapi oleh banyak negara di dunia. Komposisi penduduk tua bertambah dengan pesat baik di negara maju maupun di negara berkembang, hal ini disebabkan oleh penurunan angka kelahiran, penurunan angka kematian, dan peningkatan umur harapan hidup yang mengubah struktur penduduk secara keseluruhan (Nugroho, 2008).

Umur harapan hidup di dunia pada tahun 2015 adalah 70.5 tahun (dengan jumlah penduduk lanjut usia sebanyak

903,985,056 jiwa atau 12.3%), angka ini diperkirakan akan terus meningkat menjadi 77.1 tahun pada tahun 2050 (dengan jumlah penduduk lanjut usia sebanyak 2,090,906,820 jiwa atau 21.5%) dan menjadi 83.2 tahun pada tahun 2100 (dengan jumlah penduduk lanjut usia sebanyak 3,173,368,710 jiwa atau 28.3%) (UN, 2015). Indonesia sebagai negara keempat dengan jumlah penduduk terbanyak di dunia setelah Cina, India, dan Amerika Serikat, serta sebagai negara dengan jumlah penduduk terbanyak di Asia Tenggara dari 10 negara yang tergabung dalam ASEAN

(*Association of Southeast Asian Nations*), sudah selayaknya Indonesia sebagai panutan bagi negara tetangganya, terutama dalam penanganan penduduk, khususnya penduduk lanjut usia (BPS, 2016).

Pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat yang adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945 telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang semakin baik dan umur harapan hidup yang semakin meningkat, sehingga jumlah penduduk lanjut usia semakin bertambah (BPS, 2011).

Jumlah penduduk lanjut usia di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 21,120,248 jiwa atau 8.2%, hal ini menunjukkan bahwa Indonesia mulai masuk dalam kelompok negara berstruktur tua karena persentase penduduk lanjut usianya melebihi 7%. Kondisi ini diperkirakan akan terus meningkat sejalan dengan umur harapan hidup yang juga semakin meningkat (Kemenkes RI, 2016).

Umur harapan hidup di Indonesia pada tahun 2015 adalah 68.6 tahun (dengan jumlah penduduk lanjut usia sebanyak 21,120,248 jiwa atau 8.2%), angka ini diperkirakan akan terus meningkat menjadi 73.9 tahun pada tahun 2050 (dengan jumlah penduduk lanjut usia sebanyak 61,869,504 jiwa atau 19.2%) dan menjadi 81.2 tahun pada tahun 2100 (dengan jumlah penduduk lanjut usia sebanyak 90,957,920 jiwa atau 29%) (UN, 2015).

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan provinsi dengan umur harapan hidup tertinggi di Indonesia, angka ini menunjukkan kecenderungan yang semakin meningkat selama 3 tahun terakhir (BPS, 2016a). Umur harapan hidup di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2013 adalah 74.45 tahun, pada tahun 2014 menjadi 74.50 tahun, dan pada tahun 2015

menjadi 74.68 tahun (BPS Provinsi DI Yogyakarta, 2016).

Hasil sensus penduduk pada tahun 2010 menunjukkan bahwa secara umum jumlah penduduk lanjut usia di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta sebanyak 448,223 jiwa atau 12.96% dari keseluruhan penduduk, dengan jumlah penduduk lanjut usia perempuan (249,784 jiwa) lebih banyak dari jumlah penduduk lanjut usia laki-laki (198,439 jiwa), dan apabila dilihat menurut kelompok umur, jumlah penduduk lanjut usia di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta terbagi menjadi lanjut usia muda (60-69 tahun) sebanyak 230,497 jiwa, lanjut usia menengah (70-79 tahun) sebanyak 155,740 jiwa, dan lanjut usia tua (80 tahun ke atas) sebanyak 61,986 jiwa (BPS, 2011).

Proses menua pada lanjut usia menyebabkan terjadinya penurunan fungsi tubuh akibat berbagai perubahan yang terjadi, oleh karena itu diperlukan perhatian dan penanganan yang baik. Perhatian terhadap lanjut usia diberikan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa dengan menjadikan tanggal 1 Oktober sebagai Hari Lanjut Usia Internasional yang tertuang dalam resolusi PBB No. 45/106 tanggal 14 Desember 1990 dan pemerintah Indonesia menindaklanjuti resolusi Perserikatan Bangsa-Bangsa tersebut dengan menjadikan tanggal 29 Mei sebagai Hari Lanjut Usia Nasional, diharapkan dengan memperingati hari lanjut usia tersebut, pemerintah dan masyarakat lebih peduli terhadap kesejahteraan sosial lanjut usia, karena bagaimanapun pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab atas terwujudnya kesejahteraan sosial lanjut usia (Tamher & Noorkasiani, 2009).

Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia diarahkan agar lanjut usia tetap dapat diberdayakan sehingga berperan dalam kegiatan pembangunan dengan memperhatikan fungsi, usia, keari-

fan, keahlian, pengalaman, keterampilan, pengetahuan, dan kondisi fisiknya, serta terselenggaranya pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial lanjut usia, hal ini bertujuan untuk memperpanjang umur harapan hidup dan meningkatkan kualitas hidup lanjut usia (Sunaryo *et al.*, 2015).

Aspek biopsikososial merupakan salah satu determinan kesehatan dalam faktor lingkungan, lingkungan yang dibuat oleh manusia dapat berpengaruh terhadap kesehatan, termasuk pada lanjut usia (Swarjana, 2016). Apabila sebelumnya model kesehatan hanya mengenal model biomedis kesehatan yang sepenuhnya memusatkan perhatian pada aspek biologis, maka pada tahun 1977 dunia mulai mengenal model biopsikososial kesehatan yang memusatkan perhatian pada aspek biologis, aspek psikologis, dan aspek sosial (Murti, 2016).

UWO-HAMS (2007), Molton dan Jensen (2010), dan Jabin (2013) mengemukakan bahwa penuaan pada manusia merupakan proses alami yang multidimensi dengan berbagai masalah pada berbagai aspek, yaitu aspek biologis, aspek psikologis, dan aspek sosial.

Masa lanjut usia dapat dikatakan sebagai usia emas, karena tidak semua orang dapat mencapai usia tersebut, oleh karena itu lanjut usia juga memerlukan upaya kesehatan yang bersifat promotif dan preventif agar lanjut usia dapat menikmati masa emas serta menjadi lanjut usia yang berguna, bahagia, dan sejahtera (Maryam *et al.*, 2008).

Dalam rangka mewujudkan kesejahteraan sosial lanjut usia, pemerintah wajib memfasilitasi lanjut usia, baik pada lanjut usia yang potensial maupun yang tidak potensial dan baik bagi lanjut usia yang memiliki keluarga maupun yang tidak memiliki keluarga, salah satunya melalui adanya Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha,

yaitu balai pelayanan sosial yang bertugas memberikan bimbingan dan pelayanan bagi lanjut usia agar dapat hidup secara baik dan terawat dalam kehidupan bermasyarakat. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta memiliki 2 unit Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha, yaitu Unit Abiyoso dan Unit Budi Luhur. Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan penulis pada bulan Januari 2017 didapatkan hasil bahwa Unit Abiyoso memiliki 13 wisma yang dihuni oleh 126 lanjut usia dan Unit Budi Luhur memiliki 9 wisma yang dihuni oleh 88 lanjut usia, dan dari 214 lanjut usia yang menghuni Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha tersebut masing-masing memiliki kondisi yang berbeda-beda yang sangat mempengaruhi kualitas hidup lanjut usia.

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk menganalisis determinan faktor biologis, psikologis, dan sosial kualitas hidup lanjut usia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta.

SUBJEK DAN METODE

1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian dilakukan di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta, yaitu di Unit Abiyoso dan di Unit Budi Luhur pada bulan April 2017.

2. Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah seluruh lanjut usia yang bertempat tinggal di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta, yaitu 126 lanjut usia di Unit Abiyoso dan 88 lanjut usia di Unit Budi Luhur, dengan total populasi sebanyak 214 lanjut usia. Subjek penelitian sebanyak 100 lanjut usia dipilih dengan menggunakan metode *purposive sampling* dan *simple random sampling* dan dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi

meliputi lanjut usia yang bertempat tinggal di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta, yaitu di Unit Abiyoso dan di Unit Budi Luhur, lanjut usia yang berusia ≥ 60 tahun, dan lanjut usia yang bersedia berpartisipasi menjadi subjek penelitian dan menandatangani *informed consent*, sedangkan kriteria eksklusi meliputi lanjut usia yang tidak bisa berkomunikasi verbal dengan baik dan lanjut usia yang dirawat di ruang perawatan khusus.

3. Variabel Penelitian

Variabel independen dalam penelitian ini adalah status kesehatan, tingkat kemandirian, fungsi intelektual, status depresi, dan aktivitas sosial, sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah kualitas hidup lanjut usia.

4. Definisi Operasional

Status kesehatan didefinisikan sebagai kondisi kesehatan lanjut usia saat ini yang diukur dengan menggunakan kuesioner *Vulnerable Elders Survey*. Skala pengukuran kategorikal dengan parameter 0= buruk dan 1= baik.

Tingkat kemandirian didefinisikan sebagai kemampuan lanjut usia dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang berhubungan dengan fungsi fisik yang diukur dengan menggunakan kuesioner *Katz Index of Activities of Daily Living*. Skala pengukuran kategorikal dengan parameter 0 = ketergantungan dan 1 = mandiri.

Fungsi intelektual didefinisikan sebagai penilaian orientasi, pengetahuan, memori jangka pendek, memori jangka panjang, dan keterampilan dasar matematika pada lanjut usia yang diukur dengan menggunakan kuesioner *Short Portable Mental Status Questionnaire*. Skala pengukuran kategorikal dengan parameter 0 = menurun dan 1 = utuh.

Status depresi didefinisikan sebagai suatu kondisi terganggunya suasana hati pada lanjut usia secara berkepanjangan yang pada umumnya muncul karena kehilangan harapan atau perasaan tidak berdaya yang diukur dengan menggunakan kuesioner *Geriatric Depression Scale*. Skala pengukuran kategorikal dengan parameter 0= depresi dan 1= tidak depresi.

Aktivitas sosial didefinisikan sebagai keikutsertaan lanjut usia dalam aktivitas sosial yang diselenggarakan oleh Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Skala pengukuran kategorikal dengan parameter 0= tidak berpartisipasi dan 1= berpartisipasi.

Kualitas hidup lanjut usia didefinisikan sebagai persepsi lanjut usia tentang kemampuannya dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan kondisi kesehatannya yang diukur dengan menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life-BREF*). Skala pengukuran kategorikal dengan parameter 0= buruk dan 1= baik.

5. Analisis Data

Model analisis yang digunakan adalah regresi logistik ganda dengan menggunakan program SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versi 22.

HASIL

A. Analisis Univariat

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 100 subjek penelitian mayoritas berusia 60-74 tahun sebanyak 54 orang (54%), berjenis kelamin perempuan sebanyak 61 orang (61%), beragama Islam sebanyak 74 orang (74%), status perkawinan berupa kawin sebanyak 47 orang (47%), dan berpendidikan rendah sebanyak 84 orang (84%).

Tabel 1. Karakteristik sosiodemografi subjek penelitian

Variabel	n	%
Usia		
60-74 tahun	54	54
75-90 tahun	42	42
≥ 90 tahun	4	4
Jenis kelamin		
Laki-laki	39	39
Perempuan	61	61
Agama		
Islam	74	74
Katolik	13	13
Kristen	13	13
Status perkawinan		
Belum kawin	17	17
Kawin	47	47
Cerai hidup	10	10
Cerai mati	26	26
Pendidikan		
Rendah	84	84
Tinggi	16	16

Karakteristik variabel penelitian berupa status kesehatan, tingkat kemandirian, fungsi intelektual, status depresi, aktivitas sosial, dan kualitas hidup ditunjukkan pada Tabel 2.

Hasil penelitian tentang determinan biopsikososial kualitas hidup lanjut usia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta menunjukkan bahwa mayoritas

lansia memiliki status kesehatan yang baik sebanyak 65 orang (65%), memiliki tingkat kemandirian yang mandiri sebanyak 54 orang (54%), mengalami depresi sebanyak 62 orang (62%), berpartisipasi dalam aktivitas sosial sebanyak 67 orang (67%), dan memiliki kualitas hidup yang buruk sebanyak 76 orang (76%).

Tabel 2. Karakteristik sampel tentang variabel utama penelitian

Variabel		n	%
Status kesehatan	Buruk	35	35
	Baik	65	65
Tingkat kemandirian	Ketergantungan	46	46
	Mandiri	54	54
Fungsi intelektual	Menurun	24	24
	Utuh	76	76
Status depresi	Depresi	62	62
	Tidak depresi	38	38
Aktivitas sosial	Tidak berpartisipasi	33	33
	Berpartisipasi	67	67
Kualitas hidup lanjut usia	Buruk	76	76
	Baik	24	24

B. Analisis Bivariat

Hasil uji *Chi Square* dalam menganalisis pengaruh antara masing-masing variabel independen (status kesehatan, tingkat ke-

mandirian, fungsi intelektual, status depresi, dan aktivitas sosial) terhadap variabel dependen (kualitas hidup lanjut usia) dapat dilihat pada Tabel 3. Lansia yang memiliki

status kesehatan baik (OR=8.44; p=0.002), mandiri (OR=4.45; p=0.005), fungsi intelektual utuh (OR=9.98; p=0.009), tidak mengalami depresi (OR=3.84; p=0.005),

dan aktif berpartisipasi dalam kegiatan sosial (OR=7.57; p=0.003), berpeluang memiliki status kesehatan yang baik. Hasil tersebut secara statistik signifikan.

Tabel 3. Hasil analisis bivariat dengan uji *Chi Square* determinan biopsikosial kualitas hidup lanjut usia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta

Variabel	Kualitas Hidup				Total		OR	p
	Buruk		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Status kesehatan								
Buruk	33	94.30	2	5.70	35	100	8.44	0.002
Baik	43	66.20	22	94.30	65	100		
Tingkat kemandirian								
Ketergantungan	41	89.10	5	10.90	46	46	4.45	0.005
Mandiri	35	64.80	19	35.20	54	54		
Fungsi intelektual								
Menurun	23	95.80	1	4.20	24	24	9.98	0.009
Utuh	53	69.70	23	30.30	76	76		
Status depresi								
Depresi	53	85.50	9	14.50	62	62	3.84	0.005
Tidak depresi	23	60.50	15	39.50	38	38		
Aktivitas sosial								
Tidak berpartisipasi	31	93.9	2	6.10	33	33	7.57	0.003
Berpartisipasi	45	67.20	22	32.80	67	67		

C. Analisis Multivariat

Hasil uji regresi logistik ganda dalam menganalisis pengaruh status kesehatan, tingkat kemandirian, fungsi intelektual, status depresi, dan aktivitas sosial terhadap kualitas hidup lanjut usia dapat dilihat pada Tabel 4.

Nilai *Odds Ratio* variabel status kesehatan sebesar 11.66, yang artinya ada hubungan antara status kesehatan dengan kualitas hidup lanjut usia dan secara statistik signifikan, lanjut usia dengan status kesehatan yang baik memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 11.66 kali lebih besar daripada lanjut usia dengan status kesehatan yang buruk (OR= 11.66; CI 95% = 2.18 hingga 62.14; p = 0.004).

Nilai *Odds Ratio* variabel tingkat kemandirian sebesar 4.12, yang artinya ada

hubungan antara tingkat kemandirian dengan kualitas hidup lanjut usia dan secara statistik signifikan, lanjut usia yang mandiri memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 4.12 kali lebih besar daripada lanjut usia yang ketergantungan (OR= 4.12; CI 95%= 1.08 hingga 15.60; p = 0.037).

Nilai *Odds Ratio* variabel fungsi intelektual sebesar 9.75, yang artinya ada hubungan antara fungsi intelektual dengan kualitas hidup lanjut usia dan secara statistik signifikan, lanjut usia dengan fungsi intelektual yang utuh memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 9.75 kali lebih besar daripada lanjut usia dengan fungsi intelektual yang menurun (OR= 9.75; CI 95%= 1.09 hingga 87.08; p= 0.036).

Tabel 4. Hasil analisis regresi logistik ganda tentang determinan biopsikosial kualitas hidup lanjut usia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta

Variabel	OR	CI 95%		P
		Batas Bawah	Batas Atas	
Status kesehatan (baik)	11.66	2.18	62.14	0.004
Tingkat kemandirian (mandiri)	4.12	1.08	15.60	0.037
Fungsi intelektual (utuh)	9.75	1.09	87.08	0.041
Status depresi (tidak depresi)	3.38	1.01	11.24	0.047
Aktivitas sosial (berpartisipasi)	6.02	1.12	32.25	0.036
n observasi = 100	<i>-2 log likelihood</i> = 69.26			
<i>Nagelkerke R Square</i> = 50.30%				

Nilai *Odds Ratio* variabel status depresi sebesar 3.38, yang artinya ada hubungan antara status depresi dengan kualitas hidup lanjut usia dan secara statistik signifikan, lanjut usia yang tidak depresi memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 3.38 kali lebih besar daripada lanjut usia yang depresi (OR= 3.38; CI 95%= 1.01 hingga 11.24; p= 0.047).

Nilai *Odds Ratio* variabel aktivitas sosial sebesar 6.02, yang artinya ada hubungan antara aktivitas sosial dengan kualitas hidup lanjut usia dan secara statistik signifikan, lanjut usia yang berpartisipasi dalam aktivitas sosial memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 6.02 kali lebih besar daripada lanjut usia yang tidak berpartisipasi dalam aktivitas sosial (OR= 6.02; CI95%= 1.12 hingga 32.25; p= 0.047).

Nilai *Nagelkerke R Square* sebesar 0.503, yang artinya variabel independen (status kesehatan, tingkat kemandirian, fungsi intelektual, status depresi, dan aktivitas sosial) mempengaruhi variabel dependen (kualitas hidup) sebesar 50.30%, sedangkan 49.70% dipengaruhi oleh variabel independen lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

PEMBAHASAN

A. Pengaruh Status Kesehatan terhadap Kualitas Hidup Lanjut Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status kesehatan memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup lanjut usia dan secara sta-

tistik signifikan, lanjut usia dengan status kesehatan yang baik memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 11.66 kali lebih besar daripada lanjut usia dengan status kesehatan yang buruk. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pereira, Nogueira, & Silva (2015) tentang “*Quality of Life and The Health Status of Elderly Persons: A Population-Based Study in The Central Sertao of Ceara*”, yang dilakukan pada lanjut usia yang tinggal di Caninde, Ceara, Brazil. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara status kesehatan dengan kualitas hidup lanjut usia di Caninde, Ceara, Brazil, khususnya pada domain psikologis.

Status kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor lingkungan, faktor perilaku, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor genetik. Usia merupakan salah satu faktor lingkungan biologis yang dapat mempengaruhi status kesehatan, semakin tua usia seseorang maka kondisi kesehatannya akan semakin rentan (Sulaeman, 2016).

Proses penuaan secara biologis merupakan perubahan fisik yang menyebabkan menurunnya efisiensi sistem organ tubuh sehingga menimbulkan beberapa perubahan, salah satunya berupa penurunan status kesehatan (Molton & Jensen, 2010), hal ini penting untuk dipahami oleh lanjut usia, karena memang lanjut usia lebih rentan terhadap penurunan status kesehatan,

yang kemudian akan berdampak pada kualitas hidup lanjut usia, kesadaran lebih dini akan hal ini dapat membantu lanjut usia untuk meminimalkan terjadinya penurunan status kesehatan, meminimalkan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, dan memperbaiki kualitas hidup (Lima & Portela, 2010).

B. Pengaruh Tingkat Kemandirian Terhadap Kualitas Hidup Lanjut Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kemandirian memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup lanjut usia dan secara statistik signifikan, lanjut usia yang mandiri memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 4.12 kali lebih besar daripada lanjut usia yang ketergantungan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hongthong, Somrongthong, dan Ward (2015) tentang “*Factors Influencing the Quality of Life (QoL) Among Thai Older People in a Rural Area of Thailand*”, yang dilakukan pada lanjut usia yang tinggal di Phayao, Thailand. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kemandirian, penghasilan, kebiasaan minum alkohol, dan penyakit yang diderita memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup lanjut usia di Phayao, Thailand.

Tingkat kemandirian adalah kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang berhubungan dengan fungsi fisik, seperti mandi, berpakaian, berhias, berpindah, buang air besar/ buang air kecil, dan makan. Seiring bertambahnya usia maka kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari tersebut juga akan menurun (Jabin, 2013).

Tingkat kemandirian merupakan salah satu faktor prediktif pada kualitas hidup lanjut usia, ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari menjadi faktor yang signifikan secara statistik yang mempengaruhi kualitas hidup lanjut usia (Somrongthong *et al.*, 2013).

C. Pengaruh Fungsi Intelektual Terhadap Kualitas Hidup Lanjut Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa fungsi intelektual memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup lanjut usia dan secara statistik signifikan, lanjut usia dengan fungsi intelektual yang utuh memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 9.75 kali lebih besar daripada lanjut usia dengan fungsi intelektual yang menurun. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Syurandari (2014) tentang “*Analisis Kualitas Hidup Lansia di Kabupaten Mojokerto*”, yang dilakukan pada lanjut usia yang tinggal di Panti Werdha Mojopahit, Mojokerto dan di Kedungmaling, Sooko, Mojokerto. Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia, jenis kelamin, tingkat kemandirian, status perkawinan, pendidikan, status hidup, kesehatan fisik (tekanan darah, gula darah, dan BMI (*Body Mass Index*)), kemampuan mental, kemampuan fungsional, kemampuan emosional, fungsi intelektual, perilaku sehat, dan dukungan keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kualitas hidup lanjut usia, baik yang tinggal di Panti Werdha Mojopahit, Mojokerto maupun di Kedungmaling, Sooko, Mojokerto.

Fungsi intelektual adalah penilaian orientasi, pengetahuan, memori jangka pendek, memori jangka panjang, dan keterampilan dasar matematika. Proses penuaan secara psikologis merupakan perubahan status mental yang salah satunya menyebabkan menurunnya fungsi intelektual. Penurunan fungsi intelektual dapat berupa kesulitan untuk mengingat dan berkurangnya kemampuan dalam mengambil keputusan, hal ini sangat berkaitan erat dengan kualitas hidup lanjut usia, karena penurunan fungsi intelektual akan berimplikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari pada lanjut usia (Maryam *et al.*, 2008).

D. Pengaruh Status Depresi Terhadap Kualitas Hidup Lanjut Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status depresi memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup lanjut usia dan secara statistik signifikan, lanjut usia yang tidak depresi memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 3.38 kali lebih besar daripada lanjut usia yang depresi. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kaur, M, Kaur, S, dan Kaur, R (2016) tentang “*Correlation of Depression and Quality of Life Among Rural Elderly*”, yang dilakukan pada lanjut usia yang tinggal di Chhapa Ram Singh, Amritsar, Punjab, India. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara depresi dengan kualitas hidup lanjut usia di Chhapa Ram Singh, Amritsar, Punjab, India, khususnya pada domain kesejahteraan lingkungan.

Status depresi adalah suatu kondisi terganggunya suasana hati secara berkepanjangan yang pada umumnya muncul karena kehilangan harapan atau perasaan tidak berdaya. Proses penuaan secara psikologis merupakan perubahan status mental yang salah satunya menyebabkan terjadinya depresi. Depresi pada lanjut usia juga dapat disebabkan karena rasa kesepian akibat ditinggalkan oleh anggota keluarga, kondisi ini sering dijumpai pada lanjut usia yang tinggal di panti jompo, akibatnya para lanjut usia lebih sering mengurung diri, sibuk meratapi nasib, dan enggan mengikuti berbagai kegiatan, yang pada akhirnya berujung pada kualitas hidup yang buruk (Mehue, Rantetampang, & Sandjaja, 2016).

E. Pengaruh Aktivitas Sosial Terhadap Kualitas Hidup Lanjut Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa aktivitas sosial memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup lanjut usia dan secara statistik signifikan, lanjut usia yang berpartisipasi dalam aktivitas sosial memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik

6.02 kali lebih besar daripada lanjut usia yang tidak berpartisipasi dalam aktivitas sosial.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Supraba (2015) tentang “Hubungan Aktivitas Sosial, Interaksi Sosial, dan Fungsi Keluarga dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Utara, Kota Denpasar”, yang dilakukan pada lanjut usia yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Utara, Kota Denpasar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara aktivitas sosial, interaksi sosial, dan fungsi keluarga dengan kualitas hidup lanjut usia, dengan fungsi keluarga menjadi faktor yang paling dominan dalam mempengaruhi kualitas hidup lanjut usia di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Utara, Kota Denpasar.

Teori aktivitas menyatakan bahwa lanjut usia yang selalu aktif dan mengikuti banyak kegiatan sosial adalah lanjut usia yang sukses. Aktivitas sosial pada lanjut usia dapat menurunkan kecemasan pada lanjut usia karena lanjut usia dapat berbagi dengan sesama lanjut usia lain melalui aktivitas yang dilakukan bersama dalam kehidupan bermasyarakat, sehingga dengan adanya aktivitas sosial dalam hidupnya maka dapat meningkatkan kualitas hidup lanjut usia (Yuli, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian tentang determinan biopsikososial kualitas hidup lanjut usia di Balai Pelayanan Tresna Werdha Yogyakarta dapat diambil kesimpulan bahwa determinan biopsikososial kualitas hidup lanjut usia meliputi status kesehatan, tingkat kemandirian, fungsi intelektual, status depresi, dan aktivitas sosial.

REFERENCE

BPS (2011). Statistik Penduduk Lanjut Usia Provinsi DI Yogyakarta 2010 : Hasil

- Sensus Penduduk 2010. https://www.bps.go.id/website/pdf_publicasi/Statistik-Penduduk-Lanjut-Usia-Provinsi-DI-Yogyakarta-2010.pdf diakses tanggal 19 Desember 2016.
- BPS (2016). Statistik Penduduk Lanjut Usia 2015. https://www.bps.go.id/website/pdf_publicasi/Statistik-Penduduk-Lanjut-Usia-2015-.pdf diakses tanggal 19 Desember 2016.
- BPS Provinsi DI Yogyakarta (2016). Indikator Kesejahteraan Rakyat Daerah Istimewa Yogyakarta 2015. http://yogyakarta.bps.go.id/website/pdf_publicasi/Indikator-Kesejahteraan-Rakyat-Daerah-Istimewa-Yogyakarta2015.pdf diakses tanggal 19 Desember 2016.
- Hongthong D, Somrongthong R, Ward P (2015). Factors Influencing the Quality of Life (QoL) Among Thai Older People in A Rural Area of Thailand. *Iranian Journal of Public Health* 44(4): 479-485.
- Jabin, D (2013). The Biopsychosocial Components of Natural Aging and Disease Related Aging. Diakses tanggal 20 Januari 2017.
- Kaur M, Kaur S, Kaur R (2016). Correlation of Depression and Quality of Life Among Rural Elderly. *International Journal of Advances in Nursing Management* 4(4): 323-326.
- Kemendes RI (2016). Situasi Lanjut Usia (Lansia) di Indonesia. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin%20lansia%202016.pdf> diakses tanggal 19 Desember 2016.
- Lima MJB, Portela MC (2010). Development and Reliability Evaluation of An Instrument to Measures Health-related Quality of Life in Independent Elderly. *Cadernos de Saude Publica*, 26(8): 1651-1662.
- Maryam S, Ekasari MF, Rosidawati, Jubaedi A, Batubara I (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mehue D, Rantetampang AL, Sandjaja B (2016). Factors Affecting Depression to Old Age at Reability Old Age and Home Family Registered Health Primary Sentani, Jayapura Regency, Papua Province. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research* 30(5) 263-279.
- Molton IR, Jensen, MP (2010). Aging and Disability: Biopsychosocial Perspectives. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 21(2): 253-265.
- Murti B (2016). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Surakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret.
- Nugroho W (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta : EGC.
- Pereira DS, Nogueira JAD., Silva CAB (2015). Quality of Life and The Health Status of Elderly Persons: A Population-based Study in The Central Sertao of Ceara. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 18 (4) : 893-908.
- Somrongthong R, Wongchalee S, Yodmai K, Kuhirunyaratn P, Sihapark S, Muireed S (2017). Quality of Life and Health Status Among Thai Elderly After Economic Crisis, Khon Kaen Province, Thailand. *European Journal of Scientific Research* 112(3): 314-324.
- Sulaeman ES (2016). *Promosi Kesehatan: Teori dan Implementasi di Indonesia*. Surakarta : UNS Press.
- Sunaryo, Wijayanti R, Kuhu MM, Sumedi T, Widayanti ED, Sukrillah UA, Riyadi S, Kuswati A (2015). *Asuhan*

- Keperawatan Gerontik. Yogyakarta : Andi.
- Supraba NP (2015). Hubungan Aktivitas Sosial, Interaksi Sosial, dan Fungsi Keluarga dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Utara Kota Denpasar. <http://www.pps.unud.ac.id>. diakses tanggal 4 Januari 2017.
- Swarjana IK (2016). Keperawatan Kesehatan Komunitas. Yogyakarta : Andi.
- Syurandari DH (2014). Analisis Kualitas Hidup Lansia di Kabupaten Mojokerto. <http://adln.lib.unair.ac.id/files/disk1/737/gdlhub-gdl-s3-2014-syurandari-36806-5.-abstr-t.pdf> diakses tanggal 27 Januari 2017.
- Tamher S, Noorkasiani (2009). Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- UN (2015) World Population Prospects The 2015 Revision : Key Findings and – Advance Tables. https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf diakses tanggal 19 Desember 2016.
- UWO-HAMS (2007). Biopsychosocial Assessments in Aging. <https://instruct.uwo.ca/kinesiology/9641/index.html> diakses tanggal 27 Januari 2017.
- Yuli R (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik. Jakarta: Trans Info Media.