



# HOSPITALITY AND INCLUSION

*Udar  
Gagasan  
Interdisipliner*

**B**uku ini berisi knowledge sharing dan sekaligus knowledge management dari beberapa dosen di beberapa prodi yang berbeda di Kampus UKDW terkhusus dalam tema keramahmatan dan inklusi. Berdasarkan bidang keahlian masing-masing penulis, kita bisa melihat multiparadigma dari para peneliti dan sekaligus dapat mencandra pemikiran serta sensitifitas mereka mengenai praktik-praktik inklusi dalam sebuah institusi. Harapannya, prinsip keramahmatan serta inklusi di UKDW akan semakin baik dan semakin berdampak nyata bagi perguruan tinggi, mahasiswa, pemerintah, masyarakat/komunitas, atau dunia industri.

Kiranya tulisan-tulisan ini dapat menjadi forum diskusi akademik yang positif, kreatif dan inklusif. Umpan balik yang didapatkan dari forum diskusi akan memantik daya analitis dan menajamkan proses kreatif-logis bagi civitas akademika UKDW dan bagi masyarakat luas untuk terus mengolah diri, menjadi berkat bagi dunia sebagaimana yang dikemukakan dalam kalimat himne UKDW, bahwa "Duta Wacana melayani dunia".

**Rossalina Christiani, Indah Panggabean, & Daniel K. Listijabudi**  
*Tim Buku Riset Diskusi Panel 2022*



YAYASAN  
TAMAN PUSTAKA KRISTEN  
INDONESIA



UNIVERSITAS KRISTEN  
DUTA WACANA

ISBN 978-623-8276-14-1



9 786238 276141



Dies Natalis  
Duta Wacana  
1962-2022



# HOSPITALITY AND INCLUSION

*Udar Gagasan Interdisipliner*

**Fransisca Endang Lestariningsih**

**Dhira Satwika**

**The Maria Meiwati Widagdo**

**Restyandito**

**Winta Adhitha Guspara**

**Purnawan Hardiyanto**

**Rossalina Christanti**



# HOSPITALITY AND INCLUSION

*Udar Gagasan Interdisipliner*

**Fransisca Endang Lestariningsih**

**Dhira Satwika**

**The Maria Meiwati Widagdo**

**Restyandito**

**Winta Adhitia Guspara**

**Purnawan Hardiyanto**

**Rossalina Christanti**



YAYASAN  
TAMAN PUSTAKA KRISTEN  
INDONESIA



UNIVERSITAS KRISTEN  
DUTA WACANA

**HOSPITALITY AND INCLUSION**  
**Udar Gagasan Interdisipliner**

Hak Cipta © 2023, Universitas Kristen Duta Wacana

*Diterbitkan oleh:*

**YAYASAN TAMAN PUSTAKA KRISTEN INDONESIA**

(Anggota IKAPI)

Jl. dr. Wahidin Sudirohusodo No. 38A Yogyakarta 55222

Telp./Fax.: (0274) 51244-9; HP/WA: 0877-891-51244

E-mail: [tamanpustakakristen@gmail.com](mailto:tamanpustakakristen@gmail.com)

Website: <https://tamanpustakakristen.com/>

*bekerja sama dengan*

**UNIVERSITAS KRISTEN DUTA WACANA**

Jl. dr. Wahidin Sudirohusodo No. 5-25 Yogyakarta 55224

Telp. (0274) 563929; Faks. (0274) 513235

Penulis : Fransisca Endang Lestariningsih  
Dhira Satwika  
The Maria Meiwati Widagdo  
Restyandito  
Winta Adhitia Guspara  
Purnawan Hardiyanto  
Rossalina Christanti

Layout isi : Aris Wijayanto

Desain sampul : Krisdianto Nugroho A.

Cetakan pertama : 2023

ISBN 978-623-8276-14-1

## KATA PENGANTAR

Pada acara Dies Natalis ke-60 Duta Wacana, komunitas civitas akademika Universitas Kristen Duta Wacana (UKDW) hendak membagikan *concern* dan proses penelitian akademis secara populer terkait dengan tema terpilih, yaitu *Hospitality and Inclusion*. Puncak dari hal ini adalah pidato *professorship* Pdt. Prof. Tabita Kartika Christiani, Ph.D. yang dilaksanakan pada 31 Oktober 2022. Pendekatan yang akan tersampaikan dalam pidato itu tentu dalam domain teologi. Dalam rangka udar gagasan interdisipliner terkait *concern* tersebut maka bidang-bidang lain non-teologi ingin ambil bagian dalam gerak bersama, baik dalam ranah diskursus maupun pelayanan yang riil kepada dunia.

Adapun arah pembahasan *concern* ini adalah: *Pertama*, memberikan perspektif gagasan interdisipliner kepada publik terkait tema *Hospitality and Inclusion* di berbagai bidang kehidupan. *Kedua*, menggarisbawahi signifikansi dari karya interdisipliner dalam mengelola realitas kehidupan dengan nilai-nilai keramahan dan keterbukaan. *Ketiga*, mengajukan perspektif kepada publik agar nilai keramahan dan keterbukaan menjadi *common shared value* bagi semua *stakeholder* di semua aras.

Tema *Hospitality and Inclusion* diangkat sebagai penanda arah kepedulian yang berteman dengan *sang liyan*. Dalam dunia yang progresif dan berkembang dengan sangat cepat, prinsip *hospitality* dan inklusi sangat diperlukan agar nilai-nilai baik yang dihidupi tetap bisa sejalan dengan tujuan besar yang hendak dicapai. Selain itu, inklusi terhadap sesama yang rentan diproyeksi menjadi salah satu kekuatan yang memberikan dampak terhadap komunitas di sekitarnya.

Yogyakarta, 1 September 2023

Tim Penulis

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar .....	iii
Daftar Isi .....	iv
1. <i>Peer-Mentoring</i> untuk Membantu Mahasiswa dengan Gangguan Spektrum Autisme .....	1
<i>Fransisca Endang Lestariningsih</i>	
2. Inklusivitas sebagai Potensi pada Bidang Biologi dan Bioteknologi dalam Society 5.0 .....	13
<i>Dhira Satwika</i>	
3. Inklusi Lanjut Usia dalam Layanan Kesehatan .....	21
<i>The Maria Meiwati Widagdo</i>	
4. Peningkatan Kualitas Hidup Lansia Melalui Desain Antarmuka yang Inklusif .....	70
<i>Restyandito</i>	
5. Memikirkan Kembali Peran Desain: Merakit Kehidupan dalam Era Posthuman .....	91
<i>Winta Adhithia Guspara</i>	
6. <i>Reshaping University Strategy: Duta Wacana Menghadapi Tantangan Masa Depan</i> .....	106
<i>Purnawan Hardiyanto &amp; Rossalina Christanti</i>	

# INKLUSI LANJUT USIA DALAM LAYANAN KESEHATAN

*The Maria Meiwati Widagdo<sup>1</sup>*

## PENDAHULUAN

Jumlah penduduk lanjut usia di Indonesia terus meningkat baik jumlah absolut maupun proporsi terhadap populasi. Persentase penduduk lanjut usia pada tahun 1970 sebesar 5,3 juta jiwa atau 4,5% populasi, meningkat menjadi 28,8 juta jiwa atau 10,7% populasi pada tahun 2020 dan diperkirakan akan mencapai 19,9% pada tahun 2045 (Badan Pusat Statistik, 2020).

Kenaikan jumlah penduduk lanjut usia merupakan salah satu bukti keberhasilan pembangunan bidang kesehatan. Angka harapan hidup Indonesia terus meningkat dari 64,5 tahun pada tahun 2000, 68 tahun pada tahun 2010, dan 71,52 tahun pada tahun 2020 (Badan Pusat Statistik, 2022). Peningkatan angka harapan hidup memungkinkan penduduk mempunyai kesempatan untuk hidup lebih panjang. Hal ini merupakan kesempatan dan sekaligus tantangan baru yang belum pernah ada sebelumnya.

Kaum lanjut usia sering dianggap tidak berdaya, sakit-sakitan, tidak produktif, sehingga kehidupan lanjut usia menjadi kurang

---

<sup>1</sup> Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana; maria\_widagdo@staff.ukdw.ac.id

bermakna, maka sering dijumpai lanjut usia tampak lesu, tidak bergairah, merasa tidak dihargai dalam kehidupannya. Tidak jarang lanjut usia sering dianggap sebagai beban keluarga, masyarakat, hingga negara.

Sesungguhnya lanjut usia dapat dikatakan usia emas, karena tidak semua orang dapat mencapai usia tersebut, maka orang yang berusia lanjut memerlukan dukungan dari banyak pihak seperti keluarga, masyarakat, negara, dan klinisi agar ia dapat menikmati masa usia lanjutnya yang berguna dan bahagia. Lanjut usia yang sehat berkualitas mengacu pada konsep *active ageing* WHO, yaitu proses penuaan yang tetap sehat secara fisik, sosial, dan mental, sehingga dapat tetap sejahtera sepanjang hidup dan tetap berpartisipasi dalam rangka meningkatkan kualitas hidup sebagai anggota masyarakat.

Peningkatan jumlah lanjut usia merupakan kesempatan bagi Indonesia. Lanjut usia mempunyai banyak pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman hidup yang bisa dibagikan kepada yang lebih muda sebagai pembelajaran. Apabila dikaruniai kesehatan, lanjut usia mempunyai tenaga dan pemikiran, sehingga bisa berkontribusi secara aktif dan produktif. Di samping itu adanya kebutuhan-kebutuhan khusus dari lanjut usia bisa menciptakan peluang ekonomi, bahkan ada istilah khusus yaitu "*silver economy*" (ekonomi perak mengacu pada rambut lanjut usia yang memutih).

Lanjut usia mempunyai hak kesehatan, yang berarti inklusi lanjut usia dalam layanan kesehatan merupakan kewajiban yang harus diupayakan. Tulisan ini memaparkan perubahan pada lanjut usia, khususnya perubahan pada kesehatan dan pengalaman Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana (FK UKDW) dalam upaya mendukung inklusi lanjut usia dalam layanan kesehatan Indonesia melalui tridharma perguruan tinggi yang meliputi kegiatan pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

## TINJAUAN PUSTAKA

Menurut Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, definisi lanjut usia adalah seseorang yang berusia 60 tahun ke atas (Indonesian President and Parliament, 1998.). Lanjut usia merupakan tingkat kematangan perkembangan manusia. Ada banyak perubahan terjadi ketika seseorang mencapai usia lanjut, termasuk perubahan kesehatan, psikologis, sosial, ekonomi, dan sebagainya.

### **1. Perubahan Fisik pada Lanjut usia**

Perubahan fisik yang terjadi pada lanjut usia meliputi berbagai sistem yaitu sistem pernafasan, sistem genito urinaria, sistem neurologis/saraf, sistem indera, sistem pencernaan, sistem kulit dan jaringan ikat, sistem muskuloskeletal, sistem reproduksi dan kegiatan seksual (Fillit dkk., 2010; Bowker, 2012).

Ketika seseorang menua dan memasuki usia lanjut, terjadi perubahan anatomis pada paru-paru yang berpengaruh terhadap fungsinya (Sharma dan Goodwin, 2006). Perubahan anatomis yang terjadi berupa penurunan komplians paru dan dinding dada yang ikut berperan dalam peningkatan kerja pernapasan sekitar 20% pada usia 60 tahun. Otot-otot pernapasan menjadi atrofi dan kekuatannya menurun, sehingga terjadi penurunan konsumsi oksigen maksimum. Perubahan pada interstisium parenkim dan penurunan pada daerah permukaan alveolar menyebabkan penurunan difusi oksigen. penurunan saturasi oksigen dan peningkatan volume karena penurunan kapasitas vital, penurunan tekanan oksigen dalam pembuluh darah residu. Selain itu juga terjadi kesulitan bernafas saat aktivitas akibat dari pengerasan bronkus dan peningkatan resistensi.

Pada sistem genitourinaria, terjadi perubahan pada ginjal yaitu terjadi penebalan pada membrana basalis kapsula bowman, adanya sklerosis pada area fokal, penurunan pada total permukaan glomerulus,



panjang dan volume tubulus proksimal menurun, serta penurunan pada aliran darah renal. Penurunan tersebut menyebabkan filtrasi menjadi kurang efisien, dimana secara normal glomerulus dapat menyaring 20% darah dengan kecepatan 125mL/menit, sedangkan jika terjadi penurunan atau pada lanjut usia akan menurun hingga 97 mL/menit (Mitchell dan Waetjen, 2018).

Pada proses penuaan terjadi kehilangan 100.000 sel saraf per tahun. Pada saat kelahiran berat otak  $\leq$  350 gram dan pada usia 20 tahun meningkat menjadi 1,375 gram. Otak mengandung 100 miliar sel diantaranya terdapat sel neuron yang berfungsi menyalurkan implus listrik dari susunan saraf. Jika terjadi penebalan atrofi cerebral berat otak akan menurun 10%, hal ini biasanya terjadi pada usia 30-70 tahun. Perubahan degeneratif pun sering terjadi pada lanjut usia yang menyebabkan gangguan pada persepsi, gangguan dalam melakukan analisis, gangguan dalam integritas, gangguan pada sensorik dan motorik (NT Contributor, 2017).

Sistem indera mempengaruhi kemampuan seseorang dalam hal menjalani hubungan dengan orang lain, merespon ketika dalam keadaan bahaya, serta menginterpretasikan masukan sensoris dalam kegiatan sehari-hari. Pada lanjut usia terjadi penurunan persepsi sensoris, yang meliputi kelima indera (Cavazzana dkk., 2018: 1-15). Beberapa indera yang dimiliki lanjut usia berupa pendengaran, penciuman, penglihatan, perabaan, dan pengecapan merupakan kesatuan integrasi dari persepsi sensori. Pada sistem pendengaran, terjadi penurunan sehingga dapat menyebabkan ketulian pada lanjut usia. Pada sistem penciuman terjadi penurunan sehingga lanjut usia kehilangan sensasi penciuman. Pada sistem penglihatan terjadi penurunan dalam melakukan akomodasi dan kontraksi pada otot mata, sehingga dapat menyebabkan penglihatan kabur bahkan sampai kebutaan. Pada sistem pengecapan terjadi penurunan jumlah serta kerusakan pada papila atau kuncup perasa lidah.

Pada sistem pencernaan terjadi perubahan morfologik degeneratif yang terjadi pada gigi sampai pada anus berupa perubahan rahang yang menjadi atrofi dan pada gigi yang menjadi lebih mudah lepas (Soenen dkk., 2016: 12-18). Selain itu pada mukosa, kelenjar, serta otot-otot pencernaan juga terjadi atrofi. Perubahan morfologik tersebut menyebabkan gangguan fungsional pada sistem gastrointestinal berupa gigi yang lebih mudah lepas membuat lanjut usia sulit untuk mengunyah. Kemudian atrofi yang terjadi pada sel mukosa lambung dapat menyebabkan kegagalan dalam mensekresi asam.

Pada lanjut usia, terjadi penipisan pada lapisan epidermis kulit yang paling jelas terlihat di atas tonjolan-tonjolan tulang, telapak tangan, kaki bawah, dan permukaan dorsalis tangan dan kaki (Farage dkk., 2013: 5-10). Penipisan ini menyebabkan vena tampak lebih menonjol. Selain itu penampilan lansia terlihat lebih keriput karena kolagen yang terbentuk sedikit serta adanya penurunan pada jaringan elastik. Pada lanjut usia terjadi penurunan kelenjar eksokrin dan kelenjar sebacea sehingga menyebabkan kulit menjadi kering.

Aktivitas pada lanjut usia sering berkurang sehingga penggunaan otot pun menjadi berkurang dan menyebabkan otot mengalami atrofi (Siparsky dkk., 2014 :36-40). Regenerasi jaringan pada otot melambat seiring dengan penambahan usia dan jaringan atrofi digantikan oleh jaringan fibrosa. Kontraksi dan relaksasi otot menjadi lebih memanjang pada lanjut usia. Selain itu pada lanjut usia terjadi penurunan tinggi badan secara progresif yang membuat poster tubuh menjadi lebih bungkuk, hal tersebut karena adanya penyempitan duktus intervertebral dan penekanan pada kolumna vertebralis. Pada lanjut usia juga terjadi perusakan tulang dan pembentukan tulang yang lambat (McCormick dan Vasilaki, 2018: 519-536). Hal tersebut disebabkan karena penurunan vitamin D, hormon estrogen pada wanita, dan hormon lainnya. Lanjut usia sering mengeluhkan adanya

nyeri pada daerah persendian, penurunan mobilitas pada sendi, dan deformitas. Hal tersebut terjadi karena adanya perubahan pada sendi berupa pecahnya komponen kapsul sendi dan kolagen. Selain itu terjadi juga kekakuan ligamen dan sendir yang menyebabkan peningkatan risiko cedera pada lanjut usia.

## **2. Kesehatan Lanjut usia**

Status kesehatan lanjut usia mengalami penurunan pada fungsi fisiologis seiring dengan bertambahnya umur yang terjadi karena proses degeneratif atau penuaan, sebagaimana dijelaskan di atas. Hal ini menyebabkan banyaknya penyakit tidak menular yang muncul pada usia lanjut di antaranya hipertensi, stroke, diabetes mellitus dan radang sendi atau rematik. Selain penurunan fungsi fisiologis, daya tahan tubuh lanjut usia juga menurun sehingga rentan terinfeksi penyakit menular seperti tuberkulosis, diare, pneumonia dan hepatitis.

Definisi sehat menurut WHO adalah “keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/disabilitas”. Definisi ini menunjukkan bahwa sehat bersifat holistik tidak terbatas pada kondisi fisik, tetapi juga fungsi kognitif, psikologis/mental, kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari dan sosial.

## **3. Fungsi Kognitif**

Fungsi kognitif merupakan aktivitas mental secara sadar seperti berpikir, mengingat, belajar dan menggunakan bahasa. Berdasarkan Kolegium Neurologi Indonesia (2008), fungsi kognitif terdiri dari:

- 1) Fungsi Atensi: kemampuan untuk bereaksi atau memperhatikan satu stimulus tertentu atau spesifik dengan mampu mengabaikan stimulus lain baik internal maupun eksternal

- yang tidak dibutuhkan. Konsentrasi merupakan kemampuan untuk mempertahankan atensi untuk periode yang lebih lama
- 2) Fungsi Bahasa: perangkat dasar komunikasi atau modalitas dasar yang membangun kemampuan fungsi kognitif. Apabila terdapat gangguan bahasa, pemeriksaan kognitif seperti memori verbal, fungsi eksekutif akan mengalami kesulitan atau tidak dapat dilakukan.
  - 3) Fungsi Memori: proses bertingkat dimana informasi pertama kali harus dicatat dalam area korteks sensorik kemudian diproses melalui sistem limbik untuk terjadinya suatu pembelajaran baru. Secara klinik memori dibagi menjadi tiga tipe dasar yaitu, sebagai berikut:
    - a. *Immediate memory*, merupakan kemampuan untuk *merecall* stimulus dalam interval waktu beberapa detik.
    - b. *Recent memory*, merupakan kemampuan untuk *merecall* stimulus dalam interval waktu beberapa menit, jam, hari, dan bulan.
    - c. *Remote memory*, merupakan kemampuan untuk *merecall* stimulus dalam interval bertahun-tahun.
  - 4) Fungsi Visuospasial: kemampuan konstruksional seperti menggambar atau meniru berbagai macam gambar dan menyusun balok-balok.
  - 5) Fungsi Eksekutif: kemampuan kognitif tinggi yang terdiri dari cara berpikir dan kemampuan pemecahan masalah.

Gangguan fungsi kognitif yang paling sering dikeluhkan seseorang yang berusia lanjut adalah gangguan memori, khususnya *short term memory*. Bila berlanjut gangguan memori ini menyebabkan demensia, atau yang disebut kepikunan. Demensia merupakan penurunan dari kemampuan kognitif secara progresif sehingga

mengganggu seseorang dalam beraktivitas mandiri. Individu dengan demensia biasanya akan mengalami perubahan kognitif, fungsi, dan bahkan perilaku. Perubahan kognitif yang terjadi akan menyebabkan gejala berupa hilangnya ingatan, gangguan dalam berkomunikasi, kesulitan untuk mengenali benda (agnosia), ketidakmampuan untuk melakukan gerakan yang pernah dipelajari sebelumnya (apraksia), dan gangguan penalaran (Duong dkk., 2017: 118).

#### 4. Fungsi Psikologis/Mental

Perubahan dari segi psikologis pada lanjut usia meliputi keadaan, perasaan frustrasi, rasa kesepian, perasaan takut kehilangan kebebasan, perasaan takut akan kematian, mengalami perubahan keinginan, depresi, serta kecemasan.

Depresi merupakan gangguan psikologis yang sering dijumpai pada lanjut usia. Depresi lanjut usia ini bisa disebabkan oleh 3 faktor, yaitu faktor psikososial, biologis, dan sosiokultural (Carson dkk., 1988):

1. Faktor Biologis mempengaruhi terjadinya depresi meliputi faktor neurofisiologis, pengaruh keturunan, dan faktor biokimia. Seseorang yang memiliki riwayat gangguan afektif memiliki kemungkinan lebih besar mengalami depresi dari yang tidak ada faktor keturunan. Depresi dapat juga terjadi karena adanya gangguan pada keseimbangan fungsi *biogenic amines*, dimana ia berfungsi sebagai modulator yang mengatur pergerakan impuls saraf di otak manusia.
2. Faktor Psikososial yang berpotensi menyebabkan depresi, yaitu:
  - a. Stress sebagai faktor pencetus, meliputi:
    - Situasi yang berpotensi untuk menurunkan harga diri.

- Tujuan yang tak tercapai atau dilema yang tak dapat terselesaikan.
  - Penyakit fisik atau keadaan abnormalitas yang menimbulkan pemikiran tentang kematian.
  - Stressor yang datang secara terus-menerus.
  - Stressor tersembunyi yang tidak diketahui.
- b. Predisposisi karakteristik pribadi pada orang yang memiliki set kognisi negatif. Set kognisi negatif terdiri dari pandangan negatif mengenai diri sendiri, masa depan, dan dunia.
  - c. Perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan berhubungan dengan depresi, dimana menggambarkan orang yang tidak bisa keluar dari masalah yang dialami dan menanakibatkan stress. Ia kemudian berhenti berusaha dan kemudian menyerah.
  - d. Pertahanan yang ekstrim melawan stress seperti mengakui kesalahan ataupun menyerah, atau bahkan mencari pelampiasan. Cara yang dilakukan itu hanya akan membuat kesenangan yang sesaat karena ia tetap tidak bisa lari dari stress yang dialami.
  - e. Pengaruh interpersonal dari gangguan afektif berhubungan dengan kebutuhan lanjut usia akan perhatian lebih dari orang yang lebih muda. Namun bila perhatian itu kurang, maka terjadilah perasaan negatif yang berakhir dengan penolakan pada orang terdekat yang biasa memberi perhatian/simpati.
3. Faktor Sosiokultural sebagaimana temuan dari penelitian bahwa depresi lebih sering terjadi pada kelompok masyarakat non industrialis karena kehidupan mereka cenderung lebih sederhana.

## 5. Kemandirian dalam Kegiatan Hidup Sehari-hari

Kemandirian merupakan kebebasan bagi individu untuk bertindak, tidak tergantung dengan orang lain, tidak terpengaruh dengan orang lain dan memiliki kebebasan untuk mengatur diri sendiri. Mandiri dapat pula dikatakan sebagai kemampuan seseorang untuk merawat diri dan melakukan aktivitas tanpa ada paksaan dari orang lain.

Aktivitas sehari-hari merupakan kebutuhan fisiologis yang mendasar bagi manusia. Lanjut usia dapat dikatakan mandiri dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari apabila dapat melakukan aktivitas dan fungsi kehidupan yang dijalankan semua orang dengan rutin.

Penurunan fungsi fisik, kognitif dan psikologis dapat berpengaruh pada kemandirian lanjut usia dalam kegiatan hidup sehari-hari. Aktivitas hidup sehari-hari sering diukur dengan *Activities of Daily Living* (ADL). Aktivitas rutin yang dinilai dalam ADL yaitu mandi, naik turun tangga, berpakaian, mobilitas/ berjalan, berpindah tempat dari tidur ke duduk, makan, penggunaan toilet, membersihkan diri dan mengontrol BAB dan BAK.

Aktivitas sehari-hari menggunakan peralatan tertentu diukur dengan *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL). Instrumen ini terdiri dari 8 aspek yang dinilai yaitu menyampaikan pesan/ menggunakan telepon, berbelanja kebutuhan, menyiapkan makanan, mengurus rumah, mencuci pakaian, menggunakan alat transportasi, menyiapkan obat sendiri, dan mengatur keuangan.

## 6. Fungsi Sosial

Fungsi sosial meliputi interaksi dan dukungan sosial. Interaksi sosial merupakan hubungan yang dinamis, berupa hubungan antara individu dengan individu, kelompok dengan kelompok, dan kelompok dengan individu. Interaksi sosial memegang peranan yang sangat penting dalam kehidupan lanjut usia. Terdapat studi yang menemukan bahwa

dengan menjadi bagian dari jaringan sosial akan memberi dampak pada lamanya masa hidup. Seseorang yang menjaga hubungan sosial tetap berjalan akan memiliki tingkat kematian yang lebih rendah dibandingkan dengan seseorang yang kurang dalam bersosialisasi atau seseorang yang tidak lagi terlibat secara aktif. Berkurangnya frekuensi berinteraksi sosial pada lanjut usia dapat menyebabkan perasaan terisolir dan perasaan tidak berguna sehingga lanjut usia akan menyendiri atau mengalami isolasi sosial. Adanya perasaan seperti ini dapat berakibat tidak baik bagi kesehatan lanjut usia (Reno, 2010).

Dukungan sosial adalah suatu bentuk informasi dan umpan balik yang berasal dari orang lain yang menunjukkan bahwa seseorang dicintai, diperhatikan, dihargai, dihormati, dan dilibatkan dalam jaringan komunikasi dan kewajiban yang bersifat timbal balik. Beberapa teori mengemukakan bahwa dukungan sosial dapat berupa dukungan pada seseorang dalam menghadapi masalah seperti memberikan nasihat, kasih sayang, perhatian, petunjuk, dan dapat juga berupa pemberian barang atau jasa oleh keluarga maupun teman. Semakin banyak dukungan sosial yang diterima maka akan semakin sehat kehidupan seseorang. Sarason dkk. (1990) mengemukakan bahwa dukungan sosial meliputi lima aspek:

- 1) Dukungan emosional: menggambarkan adanya dukungan atau nasehat yang dapat menimbulkan rasa nyaman dan aman, sehingga menyebabkan individu merasa diperhatikan dan diterima oleh orang lain
- 2) Dukungan jaringan: menunjukkan adanya perasaan dirinya menjadi bagian dari sebuah kelompok yang para anggotanya memiliki perhatian dan minat yang sama
- 3) Dukungan penghargaan: menggambarkan dukungan yang diberikan oleh individu lain terhadap perasaan atau harga diri seorang individu, termasuk pemberian umpan balik yang bersifat positif pada individu tersebut



- 4) Dukungan instrumental: menggambarkan terdapatnya bantuan yang nyata berupa tindakan atau bantuan fisik dalam menyelesaikan masalah
- 5) Dukungan informatif: berupa pemberian nasehat, saran, atau bimbingan yang berhubungan dengan kemungkinan pemecahan masalah

Setiap aspek dari dukungan sosial tersebut dapat memberikan pengaruh atau manfaat bagi individu yang menerimanya terutama bagi lanjut usia. Contohnya dukungan emosional; dukungan ini memberi pengaruh terhadap penerimaan diri individu, dimana pemberian dukungan emosional dari keluarga dapat membuat individu bekerja lebih baik dan hidupnya menjadi lebih bahagia. Dengan memiliki sistem dukungan sosial yang sedemikian rupa, lanjut usia akan merasa memiliki tempat untuk berbagi dan berkeluh kesah sehingga tidak ada beban secara psikologis yang ditanggung dalam dirinya dan kualitas hidupnya menjadi lebih baik.

## **7. Kualitas Hidup**

Menurut WHO, kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai keberfungsian dirinya di dalam kehidupan, atau penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, serta apa yang menjadi perhatian individu tersebut (WHO, 1997). Kualitas hidup seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu (Nofitri, 2009):

### **1) Gender/Jenis Kelamin**

Sebuah penelitian kualitas hidup yang melibatkan 33.019 subyek berusia 50 tahun ke atas di lima negara menemukan bahwa kualitas hidup laki-laki lebih tinggi daripada perempuan (Lee dkk., 2020: 1-10).

## 2) Usia

Penelitian pada responden berusia lanjut menunjukkan adanya pengaruh dari faktor usia terhadap kualitas hidup subjektif individu (Campos dkk., 2014: 1-11). Lanjut usia cenderung mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah daripada dewasa muda. Namun kualitas hidup lanjut usia dapat dicegah tidak menurun bila mereka bisa menjaga kesehatan, mempunyai sumber finansial dan dukungan sosial yang baik (Netuveli dkk., 2006: 357-363).

## 3) Pendidikan

Pendidikan ditemukan berkontribusi pada kualitas hidup, orang dengan pendidikan lebih tinggi mempunyai kualitas hidup yang lebih tinggi, terdapat pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif seseorang (Land, 2012: 1-593).

## 4) Status Pernikahan

Penelitian empiris menunjukkan bahwa secara umum individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibanding individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun menjanda/duda akibat pasangan yang meninggal (Han dkk. 2014: 1-10).

## 5) Penghasilan

Penghasilan ditemukan mempunyai hubungan yang positif dengan kualitas hidup. Penghasilan dapat meningkatkan kualitas hidup (Zhang dan Xiang, 2019: 1-10). Keamanan finansial memberi rasa tenang dan dampak positif pada kualitas hidup.

## 6) Dukungan Sosial

Persepsi adanya dukungan sosial bagi lanjut usis mempunyai pengaruh yang positif terhadap kualitas hidup lanjut usia (Şahin

dkk., 2019: 69-77). Lanjut usia yang merasa mendapatkan dukungan sosial baik dari keluarga atau kerabat mempunyai kualitas hidup yang lebih baik.

Dalam penelitian ini kualitas hidup pada lanjut usia akan dinilai menggunakan kuesioner WHOQOL-OLD. Kuesioner ini terdiri dari 6 domain, berikut penjabarannya (WHO, 2006):

- 1) Kemampuan sensori (*sensory abilities*): meliputi kemunduran fungsi panca indera, penilaian terhadap fungsi sensoris, kemampuan melakukan aktivitas, dan kemampuan dalam berinteraksi
- 2) Otonomi (*autonomy*): meliputi kebebasan dalam mengambil keputusan, menentukan masa depan, melakukan hal-hal yang dikehendaki, dan dihargai kebebasannya
- 3) Aktivitas pada masa lampau, kini, dan yang akan datang (*past, present, and future activities*): meliputi hal-hal yang diharapkan, pencapaian keberhasilan, penghargaan yang diterima, dan pencapaian dalam kehidupan
- 4) Partisipasi sosial (*social participation*): meliputi penggunaan waktu, tingkat aktivitas, kegiatan sehari-hari, dan partisipasi dalam kegiatan masyarakat
- 5) Kematian dan keadaan terminal (*death and dying*): meliputi jalannya atau cara meninggal, mengontrol akhir hidup, takut akan akhir hidup, dan merasakan sakit pada akhir hidup
- 6) Persahabatan dan cinta kasih (*intimacy*): meliputi persahabatan dalam kehidupan, cinta dalam kehidupan, kesempatan untuk mencintai, dan kesempatan untuk dicintai

Dari ke-enam domain tersebut akan terbentuk 30 pernyataan yang dijawab berdasarkan seberapa setuju responden terhadap pernyataan tersebut. Terdapat lima jawaban yang tersedia, yaitu:

sangat setuju (setuju), setuju (sering), cukup setuju (kadang), tidak setuju (hampir tidak pernah), dan sangat tidak setuju (tidak pernah) (Power, 2005).

## ***BEST PRACTICE OF HOSPITALITY AND INCLUSION AT FK UKDW***

Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana mempunyai mandat untuk melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Upaya inklusi lanjut usia mewarnai pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang dilaksanakan FK UKDW.

### **1. Pendidikan**

Pendidikan di fakultas kedokteran menerapkan kurikulum berbasis kompetensi dan pembelajaran berbasis masalah (*Problem based learning*). Pendidikan tentang kelanjutusiaan diberikan dalam bentuk kuliah terkait kesehatan lanjut usia (geriatri) yang terdapat dalam Kurikulum 2009, 2014, 2019 dan kurikulum 2024 yang sedang dalam proses penyelesaian. Kuliah yang diberikan mulai dari pengantar geriatri, perubahan biologis terkait usia, penyakit degeneratif pada lanjut usia, sindroma geriatri, penatalaksanaan masalah kesehatan lanjut usia, rehabilitasi medik dan gizi pada lanjut usia.

Di samping kuliah, ada mata kuliah atau blok yang dikembangkan dengan kombinasi kuliah dan praktek lapangan mengingat pendidikan dokter menerapkan strategi pendekatan SPICES, menekankan pentingnya strategi (S)tudent centered, (P)roblem based learning, (I)ntegrated curriculum, (C)ommunity oriented, (E)lective & Early exposure, dan (S)elected subject.

## 2. Blok ECCE

Salah satu blok yang dikembangkan dalam kurikulum FK UKDW adalah *Early Clinical and Community Exposure* (ECCE = Pemajanan Dini Klinik dan Komunitas). Blok ECCE menerapkan strategi *early exposure* terhadap masalah-masalah kedokteran klinis maupun komunitas, bahkan juga masalah humaniora dalam format yang terstruktur sehingga memudahkan evaluasi kurikulumnya, sekaligus mendukung keseluruhan dari pendekatan SPICES.

Blok ECCE mempunyai 3 tujuan:

- 1) Membangun pengalaman otentik/nyata baik secara perorangan/individu maupun kelompok/team melalui perjumpaan dan keterlibatan dalam proses pelayanan yang bersifat kepedulian manusiawi untuk mengenali masalah-masalah humaniora, biomedik, kedokteran klinis, ataupun kedokteran komunitas.
- 2) Menyiapkan dasar-dasar pembelajaran berbasis pengalaman (*experience based learning*) dengan cara melakukan **pencatatan, penalaran masalah, dan refleksi**, secara bertahap dalam membangun kemampuan melakukan **diskusi dan pengelolaan kasus** (*case discussion & management*) baik kedokteran klinis maupun komunitas sesuai dengan tingkat pencapaian blok yang sudah diikuti.
- 3) Sejak dini **membangun perilaku profesional** dan karakter yang memiliki integritas kasih.

Dalam Blok ECCE, mahasiswa melaksanakan pembelajaran berbasis pengalaman (*experience based learning*), sekaligus pembelajaran berbasis masalah dan pembelajaran aktif yang mempertanyakan (*problem based learning, active & inquiry learning*). Mahasiswa harus berperan aktif mencari dan mempelajari pengalaman.

Dalam pelaksanaan Blok ECCE, mahasiswa mendapatkan kuliah pengantar survei asesmen kebutuhan kesehatan (*health needs assessment*), inklusi kelompok masyarakat terpinggirkan/ marjinal dan overview tentang lembaga mitra. Mahasiswa dibagi ke dalam 6 kelompok sesuai jumlah mitra lembaga sosial, termasuk dua diakonia gereja yang mengelola panti werda: Panti Werda Prandan Padudan yang dikelola GKJ Sawokembar dan Panti Werda Hana yang dikelola GKI. Kemudian mahasiswa akan mulai mengunjungi lembaga mitra, melakukan asesmen kebutuhan kesehatan dan menganalisis hasil asesmen. Hasil asesmen menjadi dasar untuk mengembangkan program yang dapat membantu menyelesaikan masalah kesehatan mitra.

ECCE menerapkan prinsip *Service-Learning*. *Service-Learning* merupakan suatu metode pembelajaran dimana mahasiswa tidak hanya mendalami apa yang dipelajari, tetapi juga menerapkannya dalam bentuk kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Mahasiswa belajar menerapkan ilmu yang sudah dipelajari untuk membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi masyarakat. *Service-Learning* juga mengasah kepedulian sosial dan jiwa melayani mahasiswa. Beberapa program yang sudah dibuat mahasiswa di panti werda meliputi edukasi kesehatan tentang senam yang bisa dilakukan sambil duduk atau bahkan untuk lanjut usia yang berbaring di tempat tidur, edukasi tentang demensia, edukasi tentang gizi, rekreasi untuk kesehatan mental, dll.

Blok ECCE memberi kesempatan mahasiswa untuk berinteraksi langsung dengan lanjut usia, belajar berkomunikasi, mengidentifikasi masalah kesehatan lanjut usia dan membuat program untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapi lanjut usia.

### **3. Penelitian**

Penelitian tentang kelanjutusiaan merupakan salah satu topik penelitian yang banyak dilakukan di FK UKDW baik oleh dosen

maupun mahasiswa (skripsi). Geriatri merupakan salah satu topik penelitian unggulan dan FK UKDW mempunyai Pusat Studi dan Layanan Gerontologi (PSLG).

PSLG melakukan penelitian untuk mendapatkan profil lanjut usia Kota Yogyakarta pada tahun 2018. Aspek yang diteliti meliputi fungsi fisik (diukur dengan handgrip, *Timed Up and Go Test*, skala Borg dan skala Keseimbangan Berg), fungsi psikologis (menggunakan *Geriatric Depression Scale*, *Life satisfaction Index A* dan *Attitude to Aging*), fungsi kognitif (asesmen dengan *Mini Mental State Examination* dan *Hopkins Verbal Learning Test*), kemandirian dalam kegiatan sehari-hari (tes dengan *Activities of Daily Living* dan *Instrumental Activities of Daily Living*), fungsi sosial (diperiksa dengan *Social Disengagement Index*) dan kualitas hidup (diukur dengan World Health Organization Quality of Life [WHOQOL]-OLD)(Podsiadlo dan Richardson, 1991: 142-148; Gunnar, 1982: 377-381; Berg dkk., 1989: 304-311; Yesavage dkk., 1983: 37-49; Barrett dan Murk, 2006; Folstein dkk., 1975: 189-198; Brandt, 1991: 125-142; Katz, 1963: 914-919; Lawton dan Brody, 1969: 179-186; Bassuk dkk., 1999: 165-173; Kosulwit, 2012; Power dkk., 2005: 2197-2214).

Keseluruhan ada 430 lanjut usia yang menjadi responden penelitian ini, 379 orang tinggal di rumah atau komunitas dan 51 orang tinggal di panti wreda. Data dikumpulkan dari bulan November 2017-April 2018. Data karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, bidang pekerjaan terdahulu, kepemilikan asuransi kesehatan dan tinggal dengan siapa disajikan pada Tabel 1.

**Tabel 1. Karakteristik Dasar Sampel**

	<b>Lanjut Usia Total (n=430)</b>	<b>Lanjut Usia Tinggal di Komunitas (n=379)</b>	<b>Lanjut Usia Tinggal di Panti Wreda (n=51)</b>
Usia (rerata ± SD)	70,08 ± 7,131	70,09 ± 7,157	69,96 ± 7,004
60 – 64 tahun	113 (26,3%)	100 (26,4%)	13 (25,5%)
65 – 69 tahun	110 (25,6%)	100 (26,4%)	10 (19,6%)
70 – 74 tahun	84 (19,5%)	72 (19,0%)	12 (23,5%)
75 – 79 tahun	72 (16,7%)	59 (15,6%)	13 (25,5%)
80 tahun ke atas	51 (11,9%)	48 (12,7%)	3 ( 5,9%)
Jenis kelamin			
Laki-laki (n(%))	139 (32,3%)	121 (31,9%)	18 (34,6%)
Perempuan (n(%))	292 (67,7%)	258 (68,1%)	34 (65,4%)
Tingkat pendidikan terakhir (n(%))			
Tidak sekolah	59 (13,7%)	34 ( 9,0%)	25 (48,1%)
SD/ sederajat	106 (24,6%)	96 (25,3%)	10 (19,2%)
SMP/ sederajat	78 (18,1%)	66 (17,4%)	12 (23,1%)
SMA/ sederajat	125 (29,0%)	120 (31,7%)	5 ( 9,6%)
D1/D2/D3	27 ( 6,3%)	27 ( 7,1%)	0 ( 0,0%)
S1/D4	32 ( 7,4%)	32 ( 8,4%)	0 ( 0,0%)
S2/S3	4 ( 0,9%)	4 ( 1,1%)	0 ( 0,0%)
Bidang pekerjaan terdahulu			
Perdagangan	73 (16,9%)	67 (17,7%)	6 (11,5%)
Jasa Pendidikan	33 ( 7,7%)	33 ( 8,7%)	0 ( 0,0%)
Jasa Kemasyarakatan, Perorangan	115 (26,7%)	105 (27,7%)	10 (19,2%)
Industri Pengolahan	22 ( 5,1%)	19 ( 5,0%)	3 ( 5,8%)
Buruh	10 ( 2,3%)	2 ( 0,5%)	8 (15,4%)
Lainnya	99 (23,2%)	83 (22,2%)	16 (31,8%)
Tidak bekerja	78 (18,1%)	69 (18,2%)	9 (17,3%)
Kepemilikan asuransi			
KIS/JAMKESMAS	193 (44,8%)	182 (48,0%)	11 (21,2%)
BPJS Mandiri	107 (24,8%)	103 (27,2%)	4 ( 7,7%)
JAMSOSTEK/BPJS NAKER	40 ( 9,3%)	38 (10,0%)	2 ( 3,8%)
Asuransi lain	44 (10,2%)	43 (11,3%)	1 ( 1,9%)
Tidak Memiliki Asuransi	81 (18,8%)	40 (10,6%)	41 (78,8%)



	Lanjut Usia Total (n=430)	Lanjut Usia Tinggal di Komunitas (n=379)	Lanjut Usia Tinggal di Panti Wreda (n=51)
Orang tinggal serumah			
Sendiri		32 ( 8,4%)	
Suami/Istri		198 (52,2%)	
Anak		245 (64,6%)	
Menantu		37 ( 9,8%)	
Cucu		80 (21,1%)	
Lainnya		39 (10,3%)	

Usia responden termuda adalah 60 tahun dan tertua adalah 95 tahun dengan rerata dan simpang baku usia  $70,08 \pm 7,131$  tahun. Persentase lanjut usia menurut kelompok usia menurun seiring bertambahnya usia. Rerata usia responden yang tinggal di komunitas tidak berbeda signifikan dengan rerata usia responden yang tinggal di panti wreda, tetapi persentase responden yang berusia di bawah 80 tahun lebih tinggi yang tinggal di komunitas daripada yang tinggal di panti wreda.

Responden perempuan lebih banyak daripada responden laki-laki dengan perbandingan kira-kira 2:1 baik lanjut usia yang tinggal di komunitas maupun di panti wreda.

Berdasarkan tingkat pendidikan persentase lanjut usia mulai dari yang tertinggi adalah yang berpendidikan SMA (29%), SD (24,6%), SMP (18,1%), tidak sekolah (13,7%), S1/D4 (7,4%), D1/D2/D3 (6,3%) dan yang terendah adalah yang berpendidikan S2/S3 (0,9%). Tabel 1 menunjukkan bahwa lanjut usia yang tinggal di panti wreda cenderung berpendidikan lebih rendah: 48,1% diantaranya tidak sekolah, 19,2% berpendidikan SD, 23,1% berpendidikan SMP dan 9,4% berpendidikan SMA, tak ada yang belajar sampai perguruan tinggi.

Bidang pekerjaan dahulu dari para responden yang tertinggi adalah jasa kemasyarakatan (26,7%), lalu perdagangan (16,9%).

Tidak tampak perbedaan yang signifikan antara bidang pekerjaan dahulu antara lanjut usia yang tinggal di komunitas dengan yang tinggal di panti wreda.

Secara keseluruhan, 81,8% lanjut usia memiliki asuransi kesehatan: 44,8% merupakan penerima bantuan iuran BPJS Kesehatan, 24,8% merupakan peserta mandiri BPJS Kesehatan, 9,3% merupakan peserta Jamsostek/BPJS Ketenagakerjaan, dan 10,2% mempunyai asuransi kesehatan lain. Jadi sebagian besar lanjut usia sudah memiliki asuransi kesehatan, hanya 11,2% yang tidak memiliki. Tabel 1 menunjukkan bahwa 78,8% responden yang tinggal di panti wreda tidak memiliki asuransi kesehatan. Ada beberapa kemungkinan mengapa mereka tidak mempunyai asuransi kesehatan: tidak mempunyai dana, tidak mempunyai KTP, tidak merasa perlu, dll. Walaupun tidak memiliki asuransi kesehatan, para lanjut usia yang tinggal di panti wreda tidak perlu khawatir karena Dinas Sosial akan menanggung biaya kesehatan mereka bila jatuh sakit.

Sebagian besar lanjut usia yang tinggal di komunitas, tinggal dengan sanak keluarga: anak (64,6%), suami/istri (52,2%), cucu (21,1%), menantu (9,8%) atau lainnya (10,3%). Ada 32 (8,4%) lanjut usia yang tinggal sendiri di komunitas.

## FUNGSI FISIK

### 1. *Self-Reported Diagnosis*

Fungsi fisik responden penelitian diukur dengan *self-reported diagnosis*, antropometri dan tekanan darah, kekuatan *handgrip* dan *Timed Get Up and Go Test (TUG)*. Data *self-reported diagnostic* disajikan pada Tabel 2.

**Tabel 2. Data Self-Reported Diagnosis**

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
<i>Self-reported diagnoses</i>			
Hipertensi	156 (36,2%)	134 (35,4%)	22 (42,3%)
Penyakit jantung	23 ( 5,3%)	22 ( 5,8%)	1 ( 1,9%)
Stroke	22 ( 5,1%)	11 ( 2,9%)	11 (21,2%)
Transient Ischemic Attack	7 ( 1,6%)	5 ( 1,3%)	2 ( 3,8%)
Diabetes Melitus	76 (17,6%)	62 (16,4%)	14 (26,9%)
Parkinson	9 ( 2,1%)	9 ( 2,4%)	0 ( 0,0%)
Kanker	9 ( 2,1%)	9 ( 2,4%)	0 ( 0,0%)
Lainnya	153 (35,5%)	130 (34,3%)	23 (44,2%)
Status Pengobatan			
Berobat	247 (57,3%)	205 (54,1%)	42 (80,8%)
Tidak berobat	184 (42,7%)	174 (45,9%)	10 (19,2%)

Seiring bertambahnya usia, makin banyak penyakit yang dapat diderita oleh seseorang. Dari data yang diperoleh berdasarkan laporan individu lanjut usia yang tinggal di komunitas dan di panti wreda, penyakit yang dominan diderita oleh lanjut usia adalah hipertensi dan diabetes melitus. Di komunitas responden yang mengaku menderita hipertensi ada 35,4% sedangkan di panti wreda lebih banyak yaitu 42,3%. Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan hasil Riskesdas (2013) yang melaporkan angka hipertensi berdasarkan wawancara pada responden usia 15 tahun ke atas yaitu 7,6% (Kementerian Kesehatan, 2013). Kemungkinan disparitas hasil ini dikarenakan perbedaan usia responden yang diteliti. Riskesdas mewawancarai responden usia 15 tahun ke atas yang kemungkinan ada cukup banyak responden yang merasa tidak menderita hipertensi. Penelitian ini mewawancarai responden usia 60 tahun yang kemungkinan besar sudah pernah melakukan pemeriksaan tekanan darah. Untuk kasus diabetes melitus, terdapat 16,4% responden yang tinggal di komunitas dan 26,9% yang tinggal di panti wreda. Persentase kasus stroke pada lanjut usia yang tinggal

di komunitas adalah 2,9%, sedangkan di panti wreda jauh lebih tinggi yaitu 21,2%. Prevalensi stroke pada lanjut usia yang tinggal di panti wreda lebih tinggi daripada laporan Riskesdas (2013) yaitu 8,3% pada responden usia 15 tahun ke atas yang tinggal di komunitas (Kementerian Kesehatan, 2013). Mungkin stroke yang bisa menyebabkan seseorang menjadi tidak mandiri merupakan salah satu sebab utama mengapa lanjut usia tinggal di panti wreda.

Dari semua data tentang penyakit yang diderita oleh lanjut usia baik hipertensi, penyakit jantung, stroke, *transient ischemic attack*, diabetes mellitus, Parkinson, kanker dan lain-lain ternyata persentase lanjut usia yang tinggal di panti wreda yang mendapatkan pengobatan jauh lebih tinggi yaitu 80,8%, dibandingkan lanjut usia yang tinggal di komunitas yang mengakui mendapatkan pengobatan hanya 54,1%. Lanjut usia yang tinggal di panti wreda lebih banyak yang mendapatkan pengobatan karena panti wreda menyelenggarakan program pemeriksaan kesehatan secara reguler. Data ini menunjukkan kebutuhan untuk meningkatkan partisipasi lanjut usia di komunitas, peran klinik, puskesmas dan posyandu untuk mendorong lanjut usia dan keluarganya untuk mencari pengobatan di pusat kesehatan terdekat di lingkungannya.

## **2. Antropometri dan Tekanan Darah**

Pemeriksaan berat badan, tinggi badan, indeks massa tubuh, lingkaran pinggang, lingkaran panggul, rasio lingkaran pinggang panggul dan tekanan darah juga dilakukan pada penelitian ini. Hasil pemeriksaan antropometri dan tekanan darah disajikan pada Tabel 3.

**Tabel 3. Data Antropometri dan Tekanan Darah**

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
Berat Badan (kg)	(tak ada data 5)	(tak ada data 1)	(tak ada data 4)
Rerata ± SD	56,05 ± 11,156	56,26 ± 11,610	54,38 ± 6,261
Median (Q1-Q3)	55,0 (48,0 – 63,0)	56,0 (47,88 – 83,0)	53,0 (50,0 – 58,0)
Tinggi Badan (cm)	(tak ada data 1)	(tak ada data 1)	
Rerata ± SD	153,70 ± 8,451	153,74 ± 8,708	153,33 ± 6,285
Median (Q1-Q3)	153,0 (148,0 – 160,0)	153,0 (148,0 – 160,0)	152,0 (150,0 – 158,0)
IMT (kgm <sup>-2</sup> )	(tak ada data 5)	(tak ada data 1)	(tak ada data 4)
Rerata ± SD	23,68 ± 4,185	23,76 ± 4,337	23,05 ± 2,614
Median (Q1-Q3)	23,31 (21,02 – 26,08)	23,40 (20,85 – 26,35)	22,83 (21,33 – 24,44)
IMT kategori	(tak ada data 5)	(tak ada data 1)	(tak ada data 4)
Gizi kurang (<18,5)	38 (8,9%)	37 (9,8%)	1 (2,1%)
Normal (18,5 – 22,9)	161 (37,9%)	135 (35,7%)	26 (55,3%)
Gizi lebih (23 – 24,9)	80 (18,8%)	70 (18,5%)	10 (21,3%)
Obes (≥ 25)	146 (34,4%)	136 (36,0%)	10 (21,3%)
Lingkar Pinggang (cm)	(tak ada data 6)	(tak ada data 2)	(tak ada data 4)
Rerata ± SD	86,45 ± 10,858	87,06 ± 11,099	81,59 ± 7,076
Median (Q1-Q3)	86 (79 – 93)	87 (80 – 94)	82 (75 – 87)
Lingkar Panggul (cm)	(tak ada data 6)	(tak ada data 2)	(tak ada data 4)
Rerata ± SD	94,19 ± 12,930	94,94 ± 13,241	88,13 ± 7,878
Median (Q1-Q3)	94 (87 – 101)	94 (88 – 102)	87 (82 – 93)
Rasio lingkar Panggul/ Pinggang	(tak ada data 7)	(tak ada data 3)	(tak ada data 4)
Rerata ± SD	0,94 ± 0,366	0,94 ± 0,388	0,93 ± 0,021
Median (Q1-Q3)	0,92 (0,88 – 0,95)	0,92 (0,88 – 0,96)	0,92 (0,91 – 0,94)
TD Sistolik (mmHg)	(tak ada data 2)	(tak ada data 2)	
Rerata ± SD	134,78 ± 17,802	135,67 ± 18,210	128,24 ± 12,760
Median (Q1-Q3)	130 (120 – 140)	130 (130 – 140)	120 (120 – 140)
TD Diastolik (mmHg)	(tak ada data 1)	(tak ada data 1)	
Rerata ± SD	82,55 ± 10,379	83,03 ± 10,420	79,02 ± 9,435
Median (Q1-Q3)	80 (80 – 90)	80 (80 – 90)	80 (70 – 90)

Rerata berat badan lanjut usia yang tinggal di komunitas ( $56,26 \pm 11,610$  kg) lebih tinggi daripada lanjut usia yang tinggal di panti wreda ( $54,38 \pm 6,261$  kg). Tinggi badan lanjut usia yang tinggal di komunitas reratanya lebih tinggi ( $153,74 \pm 8,708$  cm) daripada lanjut usia yang tinggal di panti wreda ( $153,33 \pm 6,285$  cm). Rerata indeks massa tubuh (IMT) lanjut usia yang tinggal di komunitas lebih tinggi ( $23,76 \pm 4,337$ ) dibanding lanjut usia yang tinggal di panti wreda ( $23,05 \pm 2,614$ ). Persentase obesitas lanjut usia yang tinggal di komunitas lebih tinggi (36,0%) daripada lanjut usia yang tinggal di panti wreda (21,3%). Rerata berat badan yang rendah ditemukan lebih banyak pada lanjut usia yang tinggal di komunitas (9,8%) daripada lanjut usia yang tinggal di panti wreda (2,1%). Lanjut usia yang tinggal di komunitas dan di panti wreda memiliki rerata rasio lingk pinggang/ lingk panggul hampir sama yaitu  $0,94 \pm 0,366$  dan  $0,93 \pm 0,021$ . Ada berbagai fakto resiko yang dapat menyebabkan penurunan status gizi kelompok lanjut usia diantaranya asupan zat gizi yang tidak cukup, kemiskinan, gangguan fungsional seperti anoreksia atau tidak memiliki berselera makan, menurunnya kemampuan mengunyah makanan, depresi, terasing dari lingkungan sosial dan sebagainya. Lanjut usia yang tinggal di panti wreda lebih sedikit yang mengalami berat badan kurang kemungkinan disebabkan pengaturan porsi dan jadwal lebih teratur di panti.

Tekanan darah sistolik dan diastolik lanjut usia yang tinggal di komunitas lebih tinggi dari lanjut usia yang tinggal di panti wreda  $135,67 \pm 18,210$  mmHg dan  $83,03 \pm 10,420$  dibandingkan dengan  $128,24 \pm 12,760$  mmHg dan  $79,02 \pm 9,435$  mmHg. Hal ini mungkin disebabkan adanya pemeriksaan kesehatan secara teratur di panti wreda.

### 3. Handgrip Strength

Pemeriksaan *handgrip strength* dilakukan sebagai salah satu indikator fungsi fisik khususnya pada responden yang *bedridden*. Hasil pemeriksaan *handgrip strength* dapat dilihat pada Tabel 4.

**Tabel 4. Data Handgrip Strength**

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
Nilai handgrip (rerata ± SD)			
Tangan kiri	15,92 ± 6,626	16,62 ± 6,469	10,39 ± 5,107
Tangan kanan	17,49 ± 7,075	18,38 ± 6,789	10,88 ± 5,513
Nilai <i>handgrip</i> berdasarkan usia			
Tangan kiri			
60 – 64 tahun			
65 – 69 tahun	16,63 ± 5,862		
70 – 74 tahun	17,63 ± 7,916		
75 – 79 tahun	15,47 ± 6,496		
80 tahun ke atas	14,23 ± 5,715		
Tangan kanan	13,93 ± 5,541		
60 – 64 tahun			
65 – 69 tahun	18,72 ± 6,463		
70 – 74 tahun	19,42 ± 8,240		
75 – 79 tahun	16,95 ± 6,482		
80 tahun ke atas	15,45 ± 6,081		
	15,11 ± 6,109		
Low grip strength (T-score)			
Tangan Kanan	383 (89,5%)	333 (88,1%)	50 (100,0%)
Tangan Kiri	401 (94,8%)	354 (94,1%)	47 (100,0%)

Sarkopenia adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan massa dan fungsi otot karena proses penuaan. Salah satu cara untuk mengukur kekuatan otot pada lanjut usia adalah dengan mengukur kekuatan menggenggam. Kekuatan genggam dapat digunakan untuk menilai kemampuan dan kekuatan otot secara keseluruhan. Kekuatan menggenggam (*handgrip strength*) secara umum didominasi oleh

kekuatan tangan kanan baik lanjut usia yang tinggal di komunitas dan lanjut usia di panti wreda. Lanjut usia yang tinggal di komunitas memiliki rerata lebih tinggi ( $18,38 \pm 6,789$ ) dibandingkan lanjut usia yang tinggal di panti wreda ( $10,88 \pm 5,513$ ). Kelompok umur dimana kekuatan menggenggam paling tinggi ditemukan pada usia 65-69 tahun ( $19,42 \pm 8,240$ ). Hubungan antara kekuatan menggenggam dan kemampuan fungsional adalah sebagai gambaran kemampuan lanjut usia untuk melakukan aktivitas dasar sehari-hari secara mandiri tanpa bantuan. Dari data tersebut dapat memberi gambaran bahwa lanjut usia yang tinggal di panti wreda akan lebih rentan mengalami gangguan dalam aktivitas sehari-hari di kemudian hari bila tidak dibarengi dengan kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan kemampuan otot.

#### 4. TUG

Responden melakukan *Timed Up and Go Test* (TUG) untuk mengetahui fungsi keseimbangan. Hasil pemeriksaan disajikan pada Tabel 5.

**Tabel 5. Data TUG**

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
Rerata TUG	$13,672 \pm 6,041$	$13,15 \pm 4,812$	$17,35 \pm 10,825$
TUG	Tak ada data 29	Tak ada data 20	Tak ada data 9
< 14 detik	238	233	5
14-20 detik	109	91	18
>20 detik	54	35	19

Proses penuaan menyebabkan lanjut usia rentan jatuh. Fungsi keseimbangan yang baik pada lanjut usia akan mengurangi lanjut usia terhadap risiko jatu. *Time Up and Go Test* (TUG) adalah tes yang dapat dilakukan untuk menilai keseimbangan pada lanjut usia. Data penelitian menunjukkan bahwa lanjut usia yang tinggal di komunitas



memiliki keseimbangan yang lebih baik dibandingkan dengan lanjut usia yang tinggal di panti wreda yakni lanjut usia yang tinggal di komunitas memiliki rerata lebih singkat ( $13,15 \pm 4,812$  detik) untuk menyelesaikan tes TUG dibandingkan dengan lanjut usia yang tinggal di panti wreda ( $17,35 \pm 10,825$  detik). Untuk meningkatkan fungsi keseimbangan pada kedua kelompok lanjut usia dapat dilakukan dengan menggiatkan senam lanjut usia.

Beberapa penelitian melaporkan bahwa lanjut usia yang membutuhkan waktu  $>13,5$  detik untuk menyelesaikan TUG mempunyai risiko jatuh, dan  $>20$  detik ditemukan pada lanjut usia yang tidak mandiri (Podsiadlo dan Richardson, 1991: 142-148; Shumway-Cook dkk., 2000: 896-903)  $SD=6$ ,  $range=65-85$ . Data menunjukkan bahwa 221 (58,3%) lanjut usia yang tinggal di komunitas dapat menyelesaikan TUG dalam waktu  $<13,5$  detik, 108 (28,5%) membutuhkan waktu 13,6-20 detik dan 35 (9,2%) menyelesaikan TUG dalam waktu  $>20$  detik. Sementara data lanjut usia yang tinggal di panti wreda menunjukkan 5 (9,8%) dapat menyelesaikan TUG dalam waktu  $<13,5$  detik, 18 (35,3%) antara 14-20 detik dan 19 (37,3%) membutuhkan waktu  $>20$  detik. Persentase lanjut usia yang tinggal di panti wreda yang mempunyai risiko jatuh sedang dan tinggi lebih tinggi daripada yang tinggal di komunitas. Hal ini mungkin disebabkan karena kurangnya aktivitas dari lanjut usia yang tinggal di panti karena mereka tidak perlu memasak, tidak melakukan kegiatan sosialisasi di lingkungan, di samping status kesehatan lanjut usia yang tinggal di panti wreda mungkin lebih rendah.

Sebuah penelitian mendapatkan perbedaan yang bermakna rata-rata keseimbangan tubuh lanjut usia yang melakukan latihan keseimbangan tubuh dibandingkan dengan yang tidak melakukan latihan keseimbangan (Nurhayati dan Arwani, 2013: 1-7). Senam lanjut usia atau kegiatan lain yang dapat menjaga atau meningkatkan fungsi keseimbangan tubuh lanjut usia perlu dilakukan secara teratur.

## FUNGSI KOGNITIF

Skrining fungsi kognitif responden dilakukan dengan menggunakan MMSE. Hasil skrining fungsi kognitif disajikan pada Tabel 6.

**Tabel 6. Data Deskriptif Fungsi Kognitif  
(Mini-Mental State Examination)**

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
MMSE $\leq$ 24	25,96 $\pm$ 4,043 111 (26,0%)	26,52 $\pm$ 3,293 80 (21,2%)	21,80 $\pm$ 6,237 31 (62,0%)

Fungsi kognitif pada lanjut usia diukur dengan kuesioner Mini Mental State Examination (MMSE). Kuesioner ini cukup luas dipergunakan oleh petugas kesehatan untuk menilai kemampuan kognitif pada lanjut usia, terutama untuk proses penapisan bagi mereka yang berisiko atau sudah menunjukkan gejala kepikunan/demensia. Hasil yang didapat dari penelitian oleh Pusat Studi Layanan Gerontologi FK UKDW menunjukkan bahwa 80 (21,2%) lanjut usia yang tinggal di komunitas terindikasi mengalami demensia. Persentase tersebut hampir tiga kali lebih rendah dibandingkan dengan 62% lanjut usia yang tinggal di panti yang terindikasi mengalami demensia.

Salah satu kesimpulan yang dapat diambil dari data diatas adalah persentase lanjut usia yang mengalami demensia ringan di masyarakat jauh lebih rendah dibanding dengan persentase lanjut usia yang mengalami demensia ringan di panti wreda. Hal ini mengindikasikan bahwa lanjut usia yang tinggal di masyarakat memiliki fungsi kognitif yang lebih baik dibanding dengan lanjut usia yang tinggal di Panti Wreda. Fungsi kognitif di usia lanjut adalah penting untuk tetap dijaga dalam batas normal, karena lanjut usia dengan kemampuan kognitif yang baik akan bisa hidup mandiri dan sehat, serta tetap berkontribusi dalam kehidupan keluarga bahkan

sampai kehidupan bernegara. Lanjut usia yang terindikasi mengalami demensia perlu mendapatkan pelayanan berupa stimulasi kognitif dan/atau obat untuk mencegah penurunan fungsi kegnitif yang cepat, yang dapat mengarah ke demensia yang lebih berat. Stimulasi kognitif ini dapat diberikan dalam program seperti Posyandu lanjut usia, atau Senam lanjut usia, ataupun Bina Keluarga Lanjut usia.

## KEMANDIRIAN DALAM AKTIVITAS HIDUP SEHARI-HARI

Kemandirian lanjut usia dalam aktivitas sehari-hari diukur dengan ADL (Activities of Daily Living) dan IADL (Instrumental Activities of Daily Living), 2 instrumen yang sudah banyak digunakan secara global untuk mengukur kemandirian seseorang, tidak hanya terbatas pada lanjut usia.

### 1. ADL

ADL mengukur kemandirian seseorang dalam kegiatan sehari-hari yang meliputi makan, mandi, merapikan diri, memakai baju, buang air besar (BAB), buang air kecil (BAK), menggunakan kamar kecil, pindah posisi (dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya), mobilitas dan naik turun tangga. Tingkat kemandirian lanjut usia yang tinggal di komunitas dan di panti wreda dapat dilihat pada Tabel 7.

**Table 7. Data ADL**

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
ADL			
Mandiri	321 (74,7%)	287 (75,7%)	34 (66,7%)
Tergantung ringan	100 (23,3%)	83 (21,9%)	17 (33,3%)

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
Tergantung sedang	2 (0,5%)	2 (0,5%)	0 (0,0%)
Tergantung berat	3 (0,7%)	3 (0,8%)	0 (0,0%)
Tergantung total	4 (0,9%)	4 (1,1%)	0 (0,0%)

Tabel 7 menunjukkan bahwa 287 (75,73%) lanjut usia yang tinggal di komunitas masih mandiri, dan 92 (24,27%) lanjut usia yang membutuhkan bantuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Dari 92 lanjut usia yang mempunyai ketergantungan, 83 (21,90%) mempunyai ketergantungan ringan, 2 (0,53%) ketergantungan sedang, 3 (0,79%) ketergantungan berat dan 4 (1,06%) ketergantungan total.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan no.67 tahun 2015, lanjut usia dengan ketergantungan ringan dapat memperoleh layanan yang diberikan di puskesmas, sedangkan lanjut usia dengan ketergantungan sedang, berat atau total berhak mendapatkan layanan perawatan di rumah (*home care service*) dengan melibatkan pendamping (*caregiver*) atau bila perlu dirujuk ke RS. Jadi ada 21,90% lanjut usia yang membutuhkan layanan yang tidak harus mendapat layanan perawatan di rumah. Dari 83 orang yang mempunyai ketergantungan ringan, 7 orang tinggal sendiri dan 76 tinggal bersama keluarga. Program berbasis masyarakat atau puskesmas dibutuhkan agar lanjut usia yang mempunyai ketergantungan ringan dan tinggal sendiri bisa memiliki hidup yang layak dan bermartabat. Bagi lanjut usia yang tinggal bersama keluarga, mereka membutuhkan dukungan dari lingkungan sekitar agar mereka tetap bisa melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri (*self care support*) dan mendapatkan bantuan untuk kegiatan yang tidak bisa dilakukan secara mandiri. Pelatihan bagi lanjut usia dan keluarga dapat membantu agar keluarga memberikan bantuan yang sesuai agar lanjut usia tetap bisa mempertahankan kemandiriannya sedapat dan selama mungkin.

Keseluruhan terdapat 9 (2,38%) lanjut usia yang tinggal di komunitas dengan ketergantungan sedang, berat dan total, diantaranya satu orang dengan ketergantungan berat tinggal sendiri di rumah. Mereka membutuhkan layanan *home care* terutama untuk mengontrol buang air kecil, membersihkan diri (mengelap muka, sisir rambut, sikat gigi), menggunakan toilet yaitu pergi ke dan dari WC (melepas, memakai celana, menyeka, menyiram), makan, berpindah tempat dari tidur ke duduk, berpakaian, naik tangga dan mandi. Perhatian khusus bisa diberikan kepada 1 orang lanjut usia yang tinggal sendiri. Di samping *home care*, *respite care* seperti kesempatan untuk menitipkan lanjut usia di panti selama beberapa hari tiap tahun atau pada saat keluarga amat sibuk (misalnya keluarga punya hajatan menikahkan anak, dll) dapat mengurangi beban keluarga atau memberi 'liburan' untuk menjaga kesehatan mental keluarga yang merawat lanjut usia dengan ketergantungan sedang, berat atau total.

Diantara lanjut usia yang tinggal di panti wreda, 33,3% tidak mandiri dalam kegiatan sehari-hari, jadi mereka membutuhkan bantuan dari staf yang ada dalam panti wreda. Mereka memiliki ketergantungan ringan, jadi staf panti wreda perlu memberikan bantuan dengan tepat untuk kegiatan yang tidak bisa dilakukan secara mandiri, tetapi lanjut usia bisa mempertahankan kemandirian semaksimal mungkin. Di dalam panti wreda, terdapat lanjut usia dengan ketergantungan total yang ditempatkan dalam bangsal khusus, tetapi mereka tidak menjadi responden penelitian karena kesulitan berkomunikasi yang menyebabkan pengambilan data tidak mungkin dilakukan. Mereka mendapat layanan khusus dari staf panti wreda.

## **2. IADL**

IADL mengukur kemandirian dalam kegiatan-kegiatan menyampaikan pesan, berbelanja, menyiapkan makanan, mengurus rumah, mencuci pakaian, menggunakan alat transportasi, menyiapkan obat sendiri,

dan mengatur keuangan. Tingkat kemandirian lanjut usia dalam IADL tersaji pada Tabel 8.

**Tabel 8. Data IADL**

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
IADL			
Mandiri	369 (85,8%)	351 (92,6%)	18 (34,6%)
Membutuhkan bantuan	56 (13,0%)	23 (6,1%)	33 (65,4%)
Tergantung total	5 (1,2%)	5 (1,3%)	0 (0,0%)

Data pada Tabel 8 menunjukkan bahwa 351 (92,61%) lanjut usia yang tinggal di komunitas masih tergolong mandiri, sementara 28 tergolong membutuhkan bantuan, 1 diantaranya tinggal sendiri sementara 27 masih tinggal dengan pasangan, anak, cucu atau sanak keluarga lain. Sebenarnya hanya 41 lanjut usia komunitas yang benar-benar bisa melakukan sendiri ke-8 kegiatan tanpa bantuan orang lain (skor IADL=16). Hampir semua lanjut usia membutuhkan bantuan dalam berbagai kegiatan, tetapi kegiatan ini relatif bukan merupakan kebutuhan mendasar dibandingkan ADL. Persentase lanjut usia tinggal di panti yang tergolong mandiri jauh lebih rendah yaitu 34,62%. Fakta ini bisa disebabkan mereka tinggal di panti dan tidak perlu melakukan kegiatan-kegiatan tersebut sendiri. Perhatian khusus perlu diberikan kepada satu orang lanjut usia yang tidak mandiri dan tinggal sendiri.

## FUNGSI PSIKOLOGIS

### 1. *Geriatric Depression Scale*

Fungsi psikologis responden lanjut usia diukur dengan menggunakan instrumen *Geriatric Depression Scale* (GDS = Skala Depresi Geriatri).

dan Sikap Terhadap Penuaan (STP = *Attitudes to Aging Questionnaire*). Data GDS dapat dilihat pada Tabel 9.

**Tabel 9. Data Deskriptif Domain Psikologis**

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
GDS			
Rerata $\pm$ SD	5,37 $\pm$ 4,248	5,12 $\pm$ 4,148	7,25 $\pm$ 4,635
Median (IQR)	4,00 (5,00)	4,00 (5,00)	6,00 (7,00)
Kategori GDS			
Normal	362 (84,2%)	325 (85,8%)	37 (72,5%)
Mild Depression	63 (14,7%)	50 (13,2%)	13 (25,5%)
Severe Depression	5 (1,2%)	4 (1,1%)	1 (2,0%)

GDS adalah alat skrining depresi yang mempunyai sensitivitas dan spesivitas tinggi. Sebagian besar (84.2%) lanjut usia di penelitian ini tergolong tidak depresi menurut GDS namun 14.7% tergolong depresi ringan dan 1.2% depresi berat. Lebih banyak lanjut usia yang tinggal di panti wreda tergolong mengalami depresi ringan dan berat (25% ringan, 2% berat) daripada lanjut usia yang tinggal di komunitas (13% ringan, 1% berat). Penelitian ini tidak memeriksa apakah 15.9% responden yang terindikasi menderita depresi sudah mempunyai diagnosis depresi sebelumnya. Sangat mungkin sebagian dari lanjut usia tersebut menderita depresi yang belum terdiagnosis dan membutuhkan tindak lanjut. Jika tidak diobati depresi bisa menyebabkan gangguan fisik, kognitif, fungsi dan sosial. Pada lanjut usia ada hubungan signifikan antara tingkat depresi dan kualitas hidup yang rendah (Sivertsen dkk., 2015: 311-339). Secara khusus nilai GDS di atas 9 bisa memprediksi kualitas hidup yang rendah dan menurut Laudisio (2017) pengobatan depresi untuk lanjut usia adalah cara hemat biaya untuk meningkatkan kualitas hidup (Laudisio dkk., 2018: 58-64).

Menurut WHO depresi sudah menjadi penyebab disabilitas utama di dunia. Persentase depresi di penelitian ini bahkan lebih tinggi

daripada data WHO untuk seluruh dunia yang mengatakan prevalensi depresi di lanjut usia di antara 4-8% (WHO, 2017). Berdasarkan data dari Riskesdas (2013) prevalensi semua gangguan mental emosional di lanjut usia Indonesia tidak mencapai 10% (Kementerian Kesehatan, 2013). Oleh karena itu tingkat depresi di kelompok lanjut usia di Yogyakarta memerlukan penelitian lanjut.

## 2. Sikap Terhadap Penuaan

Tabel 10 menyajikan data responden terkait sikap terhadap penuaan.

**Tabel 10. Data Sikap Terhadap Penuaan**

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
Sikap Terhadap Penuaan			
Rerata $\pm$ SD	87,39 $\pm$ 10,295	88,06 $\pm$ 10,112	82,45 $\pm$ 10,395
Median (IQR)	88,0 (80,0 – 95,0)	89,0 (81,0 – 95,0)	81,0 (76,0 – 89,0)
Domain			
<i>Psychosocial loss</i>			
Rerata $\pm$ SD	28,61 $\pm$ 6,649	28,56 $\pm$ 6,887	29,00 $\pm$ 4,539
Median (IQR)	31,0 (26,0 – 33,0)	31,0 (25,8 – 34,0)	30,0 (27,0 – 31,0)
<i>Physical change</i>			
Rerata $\pm$ SD	27,55 $\pm$ 4,452	27,97 $\pm$ 4,267	24,47 $\pm$ 4,632
Median (IQR)	28,0 (25,0 – 31,0)	28,0 (25,0 – 31,0)	23,0 (21,0 – 27,0)
<i>Psychological growth</i>			
Rerata $\pm$ SD	31,23 $\pm$ 3,857	31,53 $\pm$ 3,532	28,98 $\pm$ 5,232
Median (IQR)	32,0 (29,0 – 34,0)	32,0 (29,0 – 34,0)	29,0 (24,0 – 33,0)

STP menilai sikap terhadap penuaan dalam tiga dimensi yaitu berkurangnya aspek psikososial (*psychosocial loss*), perubahan fisik (*physical change*) dan perkembangan psikologis (*psychological growth*). Hasil penelitian ini menunjukkan lanjut usia di Yogyakarta



mempunyai sikap positif terhadap penuaan. Lebih spesifik lagi lanjut usia yang tinggal di komunitas mempunyai sikap yang lebih positif (88/120) daripada lanjut usia yang tinggal di panti wreda (82/120). Sikap yang paling positif ditemukan di lanjut usia komunitas terhadap perkembangan psikologis (31/40) sementara sikap yang paling rendah ditemukan di lanjut usia panti wreda terhadap perubahan fisik (24/40). Fungsi psikologis lanjut usia yang tinggal di panti wreda mungkin bisa ditingkatkan dengan intervensi berhubungan dengan kondisi fisik mereka.

Sebuah penelitian yang besar dengan 4.593 subyek penelitian melaporkan bahwa sikap positif terhadap penuaan menjadi mediator antara pendapat subyektif terhadap kesehatan dan kualitas hidup lanjut usia di 20 negara (Low dkk., 2013: 1-10). Lanjut usia yang mempunyai sikap positif terhadap proses penuaan mempunyai pendapat subyektif yang lebih positif terhadap kesehatan mereka dan kualitas hidup yang lebih tinggi.

## **FUNGSI SOSIAL**

Sebagai bagian dari komunitas, aktivitas sosial dan kemasyarakatan merupakan bagian penting dari kesejahteraan (*wellness*) dari para lanjut usia, terutama yang tinggal di rumah. Aktivitas sosial memiliki hubungan dua arah dengan kesehatan lanjut usia, dimana lanjut usia yang sakit memiliki kecenderungan aktivitas sosial lebih rendah. Sebaliknya, lanjut usia dengan aktivitas sosial yang tinggi, seringkali menunjukkan performa fisik yang prima dan jarang terkena penyakit.

Penilaian aktivitas sosial pada lanjut usia tidaklah mudah, dan sudah banyak instrumen penelitian yang dipergunakan untuk menentukan tingkat partisipasi lanjut usia dalam kegiatan sosial di lingkup keluarga hingga masyarakat. Dalam konteks panti wreda,

aktivitas sosial menjadi semakin terbatas, yaitu hanya pada lingkup institusi. Salah satu instrumen yang dipergunakan adalah *index of social disengagement* (ISD) yang diperkenalkan oleh Bassuk (1999), dimana aktivitas sosial seseorang dinilai dalam 6 indikator, dan diberikan suatu tingkatan dari 'peran sosial paripurna' hingga 'tidak ada peran sosial sama sekali' (Bassuk dkk., 1999: 165-173). Indikator pertama adalah hidup dengan pasangan, dimana responden yang masih memiliki pasangan hidup serumah dianggap memiliki aktivitas sosial lebih baik. Indikator kedua adalah kontak visual dengan keluarga, kerabat dan teman dekat selain dari pasangan, yang diukur dengan jumlah pertemuan atau kunjungan; responden dengan jumlah pertemuan yang cukup sering dalam satu tahun terakhir dianggap memiliki peran sosial yang lebih baik. Indikator ketiga adalah kontak nonvisual yang dapat dicapai dengan tradisional (seperti menggunakan surat menyurat dll.) atau dengan teknologi canggih (seperti telepon, media sosial, pesan elektronik, dll.), dimana frekuensi kontak nonvisual yang rendah menunjukkan rendahnya peran sosial dari responden. Indikator keempat adalah kehadiran dalam kegiatan ibadah yang ditunjukkan dengan frekuensi perkunjungan ke tempat ibadah atau mengikuti kegiatan keagamaan rutin, dimana frekuensi yang tinggi menunjukkan peran sosial yang lebih tinggi. Indikator kelima adalah keterlibatan dalam kelompok/organisasi yang diukur dengan aktivitas-aktivitas sosial dalam kelompok, seperti kelompok lanjut usia di lingkungan kecamatan, dll. Indikator keenam adalah keterlibatan responden dalam aktivitas sosial dan rekreasional rutin yang direncanakan secara pribadi, seperti olahraga, mengerjakan hobi, atau menjadi sukarelawan. Responden yang memenuhi 3 hingga 4 indikator sosial digolongkan menjadi 'peran sosial memadai', 5 hingga 6 indikator sosial digolongkan menjadi 'peran sosial paripurna', 1 hingga 2 indikator sosial menjadi 'peran sosial minimal', dan 'tidak ada peran sosial' jika tidak memenuhi satupun indikator sosial dalam instrumen ini.

Pada Tabel 11, ditunjukkan gambaran peran sosial yang ditemukan pada penelitian ini, dengan jumlah lanjut usia tinggal dikomunitas sebanyak 379 dan 51 di panti wreda.

**Tabel 11. Gambaran *Disengagement* pada Sampel  
(N = 430, Komunitas = 379, Panti Wreda = 51)**

Variabel	Total N (%)	Komunitas N (%)	Panti Wreda N (%)
Hidup dengan pasangan <i>Engaged</i> <i>Disengaged</i>	231 (53,7%) 199 (46,3%)	231 (60,9%) 148 (39,1%)	0 (0%) 51 (100%)
Kontak visual dengan keluarga dan rekan <i>Engaged</i> <i>Disengaged</i>	354 (82,3%) 76 (17,7%)	346 (91,3%) 33 (8,7%)	8 (15,7%) 43 (84,3%)
Kontak nonvisual dengan keluarga dan rekan <i>Engaged</i> <i>Disengaged</i>	133 (30,9%) 297 (69,1%)	132 (34,8%) 247 (65,2%)	1 (2,0%) 50 (98,0%)
Kehadiran dalam kegiatan ibadah <i>Engaged</i> <i>Disengaged</i>	378 (87,9%) 52 (12,1%)	332 (87,6%) 47 (12,4%)	46 (90,2%) 5 (9,8%)
Keterlibatan dalam kelompok/organisasi <i>Engaged</i> <i>Disengaged</i>	350 (81,4%) 80 (18,6%)	348 (91,8%) 31 (8,2%)	2 (3,9%) 49 (96,1%)
Aktivitas social rutin <i>Engaged</i> <i>Disengaged</i>	47 (10,9%) 383 (89,1%)	47 (12,4%) 332 (88,6%)	0 (0%) 51 (100%)
Indeks <i>disengagement</i> 5 – 6 <i>engagement</i> 3 – 4 <i>engagement</i> 1 – 2 <i>engagement</i> <i>Fully disengaged</i>	104 (24,2%) 240 (55,8%) 78 (18,1%) 8 (1,9%)	104 (27,4%) 239 (63,1%) 32 (8,4%) 4 (1,1%)	0 (0,0%) 1 (2,0%) 46 (90,2%) 4 (7,8%)

Dari hasil penelitian ini, tampak bahwa sekitar 6 dari 10 responden di komunitas memiliki peran sosial yang memadai (63,1%),

sedangkan lanjut usia yang tinggal di panti wreda lebih banyak yang memiliki peran sosial minimal (90,2%). Indikator sosial yang tampak rendah pada lanjut usia yang tinggal di komunitas adalah hidup dengan pasangan (60,9%), kontak nonvisual (34,8%) dan rutinitas kegiatan sosial/kebersamaan (12,4%). Sedangkan, lanjut usia yang tinggal di panti wreda menunjukkan rendahnya keterlibatan sosial di hampir semua indikator, kecuali dalam kegiatan ibadah (96,1%).

Beberapa faktor dapat mempengaruhi rendahnya indikator sosial tertentu, misalnya rendahnya kontak nonvisual yang sangat mungkin dikaitkan dengan sedikitnya teknologi komunikasi yang ramah lanjut usia. Selain itu dalam konteks lingkungan urban, rendahnya kegiatan sosial rutin dapat dipengaruhi oleh ketersediaan dan aksesibilitas dari fasilitas umum ramah lanjut usia/difabel, fasilitas olahraga dan ruang terbuka. Rendahnya kesempatan kerja bagi lanjut usia juga dapat mengurangi aktivitas sosial rutin pada lanjut usia yang masih bugar dan produktif.

## KUALITAS HIDUP

WHOQOL OLD digunakan untuk mengukur kualitas hidup responden lanjut usia dalam penelitian ini. Data kualitas hidup dapat dilihat pada Tabel 12.

**Tabel 12. Data Deskriptif Kualitas Hidup**

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
<i>Sensory Abilities</i>			
Rerata ± SD	16,81 ± 3,203	17,11 ± 2,855	14,83 ± 4,545
Median (IQR)	18,00 (3,00)	18,00 (3,00)	16,00 (9,00)
Kategori			
≥ 60%	392 (91,2%)	356 (93,9%)	36 (70,6%)
< 60%	38 (8,8%)	23 (6,1%)	15 (29,4%)

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
<i>Autonomy</i>			
Rerata ± SD	16,10 ± 3,086	16,39 ± 2,881	14,04 ± 3,608
Median (IQR)	16,00 (3,00)	16,00 (4,00)	15,00 (6,00)
Kategori			
≥ 60%	393 (91,4%)	357 (94,2%)	36 (70,6%)
< 60%	37 (8,6%)	22 (5,8%)	15 (29,4%)
<i>Past, Present and Future Activities</i>			
Rerata ± SD	15,71 ± 2,044	15,79 ± 1,996	15,13 ± 2,385
Median (IQR)	16,00 (2,00)	16,00 (2,00)	16,00 (3,00)
Kategori			
≥ 60%	417 (97,0%)	368 (97,1%)	49 (96,1%)
< 60%	13 (3,0%)	11 (2,9%)	2 (3,9%)
<i>Social Participation</i>			
Rerata ± SD	15,43 ± 2,410	15,62 ± 2,296	14,08 ± 2,806
Median (IQR)	16,00 (16,00)	16,00 (2,00)	14,00 (4,00)
Kategori			
≥ 60%	398 (92,6%)	356 (93,9%)	42 (82,4%)
< 60%	32 (7,4%)	23 (6,1%)	9 (17,6%)
<i>Death and Dying</i>			
Rerata ± SD	18,30 ± 2,977	18,21 ± 2,998	19,00 ± 2,722
Median (IQR)	20,00 (3,00)	20,00 (3,00)	20,00 (0,00)
Kategori			
≥ 60%	414 (96,3%)	364 (96,0%)	50 (98%)
< 60%	16 (3,7%)	15 (4,0%)	1 (2,0%)
<i>Intimacy</i>			
Rerata ± SD	16,60 ± 2,893	16,64 ± 2,736	16,33 ± 3,869
Median (IQR)	16,00 (4,00)	16,00 (3,00)	17,50 (4,00)
Kategori			
≥ 60%	401 (93,3%)	357 (94,2%)	44 (86,3%)
< 60%	29 (6,7%)	22 (5,8%)	7 (13,7%)
QoL Total			
Rerata ± SD	98,94 ± 10,532	99,71 ± 10,02	93,29 ± 12,49
Median (IQR)	101,00 (4,00)	101,00 (3,00)	93,00 (4,00)

Variabel	Total	Komunitas	Panti Wreda
Kategori			
≥ 60%	429 (97,9%)	372 (98,2%)	49 (94,1%)
< 60%	9 (2,1%)	7 (1,8%)	2 (5,9%)

Menurut WHO kualitas hidup adalah cara pandang seseorang yang dikaitkan dengan posisi dirinya sebagai individu dalam kehidupan bermasyarakat sesuai dengan nilai, budaya, adat setempat serta berhubungan dengan dan harapan dan keinginannya ditinjau tidak terbatas hanya dari fisik melainkan juga dari aspek psikologis dengan cara pandang multidimensi. Kualitas hidup adalah kondisi fisik maupun psikologis seseorang yang mendukung kegiatan sehari-hari individu tersebut dalam kondisi sosio-budaya tertentu. Untuk mengukur kualitas hidup seseorang diperlukan suatu alat ukur multidimensional, yang mencakup penilaian dari berbagai aspek kehidupan pada individu tersebut.

Menilai kualitas hidup pada lanjut usia adalah penting untuk mengidentifikasi kepuasan dalam kehidupan sehingga dapat membantu untuk menentukan strategi kebijakan lokal. Kualitas hidup lanjut usia dapat diukur menggunakan instrument dari WHOQOL-OLD yang terdiri dari enam kategori yaitu fungsi sensorik, otonomi, aktivitas, partisipasi sosial, cinta dan kategori kematian (Power dkk., 2005: 2197-2214).

Pada kategori sensori yang menilai tentang ada tidaknya kemunduran fungsi indera, kemampuan sensori dan kemampuan berinteraksi lanjut usia didapatkan data lanjut usia hidup di komunitas memiliki rerata fungsi sensorik yang lebih tinggi (93.9%) dibandingkan dengan yang di panti wreda (70.6%).

Kategori kedua yang dinilai dalam kuisisioner adalah aspek otonomi yaitu menilai bagaimana individu tersebut memiliki kebebasan mengambil keputusan, menentukan masa depan, memilih

gaya dan cara hidup yang diinginkan dan penilaian apakah keputusan mereka dihargai. Pada penilaian aspek otonomi ini rerata pada lanjut usia yang tinggal di komunitas (94.2%) lebih tinggi daripada lanjut usia yang tinggal di panti wreda (70.6%).

Pada aspek yang ketiga, yakni aspek yang menilai aktivitas lanjut usia, ditemukan data nilai rerata yang hampir sama antara lanjut usia komunitas (97.1%) maupun lanjut usia yang tinggal di panti wreda (96.1%). Pada kategori ini dinilai tentang aktivitas masa lalu, saat ini dan yang akan datang.

Penilaian kualitas hidup kategori keempat menunjukkan bahwa partisipasi sosial lanjut usia yang tinggal di komunitas memiliki rerata yang lebih tinggi (93.9%) dibandingkan rerata lanjut usia yang tinggal di panti wreda (82.4%). Partisipasi sosial ini mencakup penilaian bagaimana individu dalam menghabiskan waktu sehari-hari, bagaimana tingkat aktivitas lanjut usia tersebut serta kegiatan tiap hari dan partisipasinya dalam kegiatan bermasyarakat. Untuk meningkatkan kualitas hidup di kategori ini pihak panti wreda dapat menggiatkan, memfasilitasi, mendorong dan memotivasi lanjut usia untuk melanjutkan hobi ataupun aktivitas berkumpul dan berkegiatan bersama.

Melalui data yang ada, pada kategori cinta dan persahabatan rerata kualitas hidup lanjut usia yang tinggal di komunitas lebih tinggi (94.2%) daripada rerata lanjut usia yang tinggal di panti wreda (86.3%). Pada kategori ini dinilai tentang perasaan cara pandang lanjut usia sebagai individu dalam hal cinta kasih (*intimacy*) dan persahabatan, bagaimana peran persahabatan dalam kehidupan mereka, serta cinta dalam kehidupan dan kesempatan mencintai dan dicintai. Hal menarik yang didapat dalam data ini adalah pada lanjut usia yang tinggal di panti wreda pada kategori ini memiliki rerata terendah dibandingkan keenam kategori lainnya.

Dalam memandang kematian, walaupun persentasinya tidak mencolok, namun dari data yang ada lanjut usia yang tinggal di panti

wreda memiliki rerata lebih tinggi kualitas hidup (98%) dibandingkan dengan lanjut usia yang tinggal di komunitas (96.0%). Dalam kategori ini menilai individu mengenai cara meninggal, bagaimana mengontrol akhir hidup, apakah takut akan menjelang kematian, merasakan sakit pada saat menjelang kematian.

Dari keenam aspek yang dinilai lanjut usia yang tinggal di komunitas memiliki rerata kualitas hidup yang lebih tinggi dinilai dari hampir di semua kategori yaitu, kategori sensorik, aktivitas, otonomi, partisipasi sosial dan cinta. Sedangkan pada kategori kematian lanjut usia yang tinggal di panti wreda memiliki rerata yang lebih tinggi dibandingkan lanjut usia di komunitas. Kesimpulan hasil penelitian lanjut usia yang tinggal di komunitas dan lanjut usia yang tinggal di panti wreda di DI Yogyakarta ini hampir serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri, dkk (2015) yaitu secara umum kualitas hidup lanjut usia yang tinggal di komunitas lebih tinggi dibandingkan dengan lanjut usia di panti wreda (Putri dkk., 2015: 1).

Hasil penelitian ini sudah diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kota Yogya sebagai masukan untuk pembuatan kebijakan dan juga didiseminasikan dalam seminar (Widagdo, 2018).

## **PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT**

Salah satu darma perguruan tinggi adalah pengabdian kepada masyarakat. FK UKDW telah melaksanakan berbagai kegiatan pengabdian kepada masyarakat, termasuk kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan status kesehatan lanjut usia. Kegiatan ini dilakukan oleh dosen dan mahasiswa.

Beberapa program pengabdian kepada masyarakat yang dilakukan adalah memberikan edukasi kesehatan kepada lanjut usia melalui kegiatan posyandu lansia di beberapa tempat, pelatihan kader



posyandu lansia agar dapat melakukan pemeriksaan tekanan darah, pengukuran lingkaran pinggang dan panggul. Pemeriksaan tekanan darah, gula darah, kolesterol dan asam urat lanjut usia juga pernah dilakukan oleh alumni.

Dosen FK UKDW juga menjadi anggota Tim Perumus Rancangan Peraturan Daerah Provinsi DIY tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, Tim Perumus Rancangan Peraturan Gubernur Provinsi DIY tentang Pedoman Penyelenggaraan Homecare. Rancangan Peraturan Daerah Provinsi DIY tentang Kesejahteraan Lanjut Usia telah disahkan menjadi Peraturan Daerah Provinsi DIY no.3 tahun 2021 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. Hal ini merupakan kontribusi dari FK UKDW dalam advokasi untuk kesejahteraan lanjut usia, khususnya yang tinggal di Daerah Istimewa Yogyakarta.

## **KESIMPULAN**

Lanjut usia mengalami perubahan fisik, psikologis, dan sosial terkait dengan proses penuaan yang dialami. Berbagai perubahan terkait usia dan penyakit yang menyertai dapat memberi dampak negatif terhadap status kesehatan lanjut usia. Lanjut usia mempunyai hak untuk mendapatkan kesehatan sebagaimana penduduk lainnya, namun lanjut usia mengalami kendala dalam upaya mengakses layanan kesehatan. Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana melakukan berbagai upaya untuk memperbaiki inklusi lanjut usia dalam layanan kesehatan dan meningkatkan status kesehatan lanjut usia melalui tridarma perguruan tinggi yang meliputi pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. 2020. *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2020* [Internet]. Available from: <https://www.bps.go.id/publication/2020/12/21/0fc023221965624a644c1111/statistik-penduduk-lanjut-usia-2020.html>
- \_\_\_\_\_. 2022. *Angka Harapan Hidup* [Internet]. Available from: <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/48>
- Barrett, A.J. dan P.J. Murk. 2006. "Life Satisfaction Index for the Third Age (LSITA): A Measurement of Successful Aging." Dalam *2006 Conference*. St. Louis, Missouri : University of Missouri-St Louis.
- Bassuk, S.; T. Glass; L. Berkman. 1999. "Social Disengagement and Incident Cognitive Decline in Community-Dwelling Elderly Persons." *Ann Intern Med*, 131 (3): 165-173.
- Berg, K.; S. Wood-Dauphinee; J.I. Williams; D. Gayton. 1989. "Measuring Balance in the Elderly: Preliminary Development of an Instrument." *Physiother Canada*, 41 (6): 304-311.
- Bowker, Lesley K. 2012. *Oxford Handbook of Geriatric Medicine*. Handb Geriatr Med.
- Brandt, J. 1991. "The Hopkins Verbal Learning Test: Development of a New Memory Test with Six Equivalent Forms." *Clin Neuropsychol*, 5: 125-142.
- Campos, A.C.V.; E.F. Ferreira; A.M.D. Vargas; C. Albala. 2014. "Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) Study: Factors Associated with Good Quality of Life in Older Brazilian Community-Dwelling Adults." *Health Qual Life Outcomes*, 12 (1): 1-11.
- Carson, R.C.; J.N. Butcher; J.C. Coleman. 1988. *Abnormal Psychology and Modern Life*. 8<sup>th</sup> edition. Scott, Foresman.

- Cavazzana, Annachiara; Anja Röhrborn; Susan Garthus-Niegel; Maria Larsson; Thomas Hummel; Ilona Croy. 2018. "Sensory-Specific Impairment among Older People: An Investigation Using both Sensory Thresholds and Subjective Measures Across the Five Senses." *PLoS One*, 13 (8): 1-15.
- Duong, S.; T. Patel; F. Chang. 2017. "Dementia: What Pharmacists Need to Know." *Can Pharm J CPJ*, 150 (2), Mar: 118.
- Farage, M.A.; K.W. Miller. P. Elsner; H.I. Maibach. 2013. "Characteristics of the Aging Skin." *Adv Wound Care*, 2 (1): 5-10.
- Fillit, Howard M.; Kenneth Rockwood; dan Kenneth Woodhouse. 2010. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, Seventh Edition: Expert Consult–Online and Print. 1160 p.
- Folstein, M.F.; S.E. Folstein; P.R. McHugh. 1975. "Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician." *J Psychiatr Res* [Internet], 12: 189-198. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1991946/>
- Gunnar, B.A.V. 1982. "Psychophysical Bases of Perceived Exertion." *Med Sci Sport Exerc*, 14 (5): 377-381.
- Han, K.T.; E.C. Park; J.H. Kim; S.J. Kim; S. Park. 2014. "Is Marital Status Associated with Quality of Life?" *Health Qual Life Outcomes*, 12 (1): 1-10.
- Indonesian President and Parliament. 1998. "Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia" [Internet]. *Keputusan Presiden 1998*. Available from: <http://bphn.go.id>
- Katz, S.; A. Ford; R. Moskowitz; B. Jackson M.W.J. 1963. "Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL (A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function)." *J Am Med Assoc*, 185 (12): 914-919.
- Kementerian Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*.

- Kosulwit, L. 2012. "Mental Health Status, Including Depression and Quality of Life Among Members of an Elderly Club in Suburban Bangkok." *J Med Assoc Thai*, 95 Suppl 1 (January).
- Land, K.C.; A.C. Michalos; M.J. Sirgy. 2012. *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research*. 1–593 p.
- Laudisio, A.; R. Antonelli Incalzi; A. Gemma; E. Marzetti; G. Pozzi; L. Padua; et al. 2018. "Definition of a Geriatric Depression Scale Cutoff Based Upon Quality of Life: A Population-Based Study." *Int J Geriatr Psychiatry*, 33 (1): 58-64.
- Lawton, M.P. dan E.M. Brody. 1969. "Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living." *Gerontologist*, 9 (3): 179-186.
- Lee, K.H.; H. Xu; B. Wu. 2020. "Gender Differences in Quality of Life Among Community-Dwelling Older Adults in Low and Middle-Income Countries: Results from the Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE)." *BMC Public Health*, 20 (1): 1-10.
- Low, G.; A.E. Molzahn; D. Schopflocher. 2013. "Attitudes to Aging Mediate the Relationship between Older Peoples' Subjective Health and Quality of Life in 20 Countries." *Health Qual Life Outcomes*, 11 (1): 1-10.
- McCormick, R. dan A. Vasilaki. 2018. "Age-Related Changes in Skeletal Muscle: Changes to Life-Style as a Therapy." *Biogerontology* [Internet], 19 (6): 519-536. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10522-018-9775-3>
- Mitchell, C.M. dan Waetjen, L.E. 2018. "Genitourinary Changes with Aging." *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet], 45 (4): 737–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.010>
- Netuveli, G.; R.D. Wiggins; Z. Hildon; S.M. Montgomery; D. Blane. 2006. "Quality of Life at Older Ages: Evidence from the

English Longitudinal Study of Aging (Wave 1)." *J Epidemiol Community Health*, 60 (4): 357-363.

Nofitri. 2009. *Gambaran Kualitas Hidup Penduduk Dewasa pada Lima Wilayah di Jakarta*.

NT Contributor. 2017. "Anatomy and Physiology of Ageing 5: The Nervous System." *Nursing Times* [Internet]. Available from: <https://www.nursingtimes.net/roles/older-people-nurses-roles/anatomy-and-physiology-of-ageing-5-the-nervous-system-30-05-2017/>

Nurhayati, E. dan Purnomo Arwani. 2013. *Perbedaan Keseimbangan Tubuh Lansia Berdasarkan Keikutsertaan Senam Lansia di Panti Werda Pelkris Pengayoman dan Elim Semarang*. STIKES Telogorejo Semarang: 1-7.

Podsiadlo, D. dan S. Richardson. 1991. "The Timed Up and Go: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons." *J Am Geriatr Soc* [Internet], 39 (2): 142-148. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1991946/>

Power, M.; K. Quinn; S. Schmidt. 2005. "Development of the WHOQOL-Old Module." *Qual Life Res*, 14 (10): 2197-2214.

Putri, S.T.; L.A. Fitriana, A. Ningrum. 2015. "Studi Komparatif: Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal Bersama Keluarga dan Panti." *J Pendidik Keperawatan Indones*, 1 (1): 1.

Reno, R.B. 2010. *Hubungan Status Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia di Panti Wredha Dharma Bhakti Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Şahin, D.S.; Ö. Özer; M.Z. Yanardağ. 2019. "Perceived Social Support, Quality of Life and Satisfaction with Life in Elderly People." *Educ Gerontol* [Internet], 45 (1): 69-77. Available from: <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065>

Sarason, I.G.; G.R. Pierce; B.R. Sarason. 1990. "Social Support and Interactional Processes: A Triadic Hypothesis." *J Soc Pers*

- Relat* [Internet], 7 (4): 495-506. Available from: <https://doi.org/10.1177/0265407590074006>
- Sharma, G. dan J. Goodwin. 2006. "Effect of Aging on Respiratory System Physiology and Immunology." *Clin Interv Aging*, 1 (3): 253-60.
- Shumway-Cook, A.; S. Brauer; M. Woollacott. 2000. "Predicting the Probability for Falls in Community-Dwelling Older Adults Using the Timed Up and Go Test." *Phys Ther*, 80 (9): 896-903.
- Siparsky, P.N.; D.T. Kirkendall; W.E. Garrett. 2014. "Muscle Changes in Aging: Understanding Sarcopenia." *Sports Health*, 6 (1): 36-40.
- Sivertsen, H.; G.H. Bjørkløf; K. Engedal; G. Selbæk; A.S. Helvik. 2015. "Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review." *Dement Geriatr Cogn Disord*, 40 (5-6): 311-339.
- Soenen, Stijn; Christopher K. Rayner; Karen L. Jones; Michael Horowitz. 2016. "The Ageing Gastrointestinal Tract." *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 19 (1): 12-18.
- WHO. 1997. "WHOQOL: Measuring Quality of Life." Dalam *Programme on Mental Health*.
- \_\_\_\_\_. 2017. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva.
- Widagdo, T.M.M. 2018. *Profil Lanjut Usia Kota Yogyakarta*. Yogyakarta.
- Yesavage, J.; T. Brink; T. Rose; O. Lum; V. Huang; M. Adey; et al. 1983. "Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report." *J Psychiatr Res*, 17: 37-49.
- Zhang, S. dan W. Xiang. 2019. "Income Gradient in Health-Related Quality of Life: The Role of Social Networking Time." *Int J Equity Health*, 18 (1): 1-10.

- Tight, M. 2018. "Higher Education Journals: Their Characteristics and Contribution." *Higher Education Research and Development*, 37 (3): 607-619. <https://doi.org/10.1080/07294360.2017.1389858>
- Voronin, D.M., V.G. Saienko, dan H.V. Tolchieva. 2020. *Digital Transformation of Pedagogical Education at the University*.
- Wernerfelt, B. 1984. "A Resource-based View of the Firm." *Strategic Management Journal*, 5 (2): 171-180. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/smj.4250050207>
- Wernerfelt, B. 1995. "The Resource-Based View of the Firm: Ten Years After." *Strategic Management Journal*, 16 (3): 171-174.
- Zawacki-Richter, O., V.I. Marín, M. Bond, dan F. Gouverneur. 2019. "Systematic Review of Research on Artificial Intelligence Applications in Higher Education—Where are the Educators?" *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, Vol. 16, Issue 1. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1186/s41239-019-0171-0>