

Research article**Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Lansia**Nugrahadi Dwipasca Budiono¹, Adbur Rivai²¹ Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Gresik, Indonesia³ Program Studi D3 Farmasi, Universitas Muhammadiyah Gresik, Indonesia**Article Info****Abstract****Article History:**

Received

2021-06-31

Accepted

2021-08-31

Published

2021-12-31

Key words:

Lansia;

Kualitas Hidup;

Kuesioner HRQoL;

Pendahuluan; kesehatan lansia yang semakin menurun seiring bertambahnya usia akan mempengaruhi kualitas hidup lansia. Bertambahnya usia akan disertai dengan penurunan fungsi tubuh, timbulnya berbagai penyakit, keseimbangan tubuh dan risiko jatuh. Tujuan; mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia dengan menerapkan kuesioner HRQoL. Metode; penelitian survei deskriptif, dan berdasarkan model Andersen. Populasi semua lansia sebanyak 94 lansia. Data dikumpulkan dari total 94 peserta, dan tanggapan dari 86 peserta digunakan untuk analisis data akhir setelah mengecualikan mereka yang memiliki tanggapan tidak valid. Menggunakan analisis regresi berganda tingkat signifikansi (α) diatur menjadi 0,05. Hasil; menunjukkan bahwa faktor kebutuhan yaitu status kesehatan paling signifikan mempengaruhi kualitas hidup lansia. Kesimpulan; bahwa faktor yang mempengaruhi HRQoL lansia adalah faktor predisposisi usia dan tingkat pendidikan, faktor pendukung pendapatan dan ADL, dan faktor kebutuhan.

Introduction; The health of the elderly which decreases with age will affect the quality of life of the elderly. Increasing age will be accompanied by a decrease in body function, the emergence of various diseases, body balance, and the risk of falling. Aim; determine the factors that affect the quality of life of the elderly by applying the HRQoL questionnaire. Method; descriptive survey research, and based on the Andersen model. The population of all elderly is as many as 94 elderly. Data were collected from a total of 94 participants, and responses from 86 participants were used for the final data analysis after excluding those with invalid responses. Using multiple regression analysis the significance level (α) was set to 0.05. Results; show that the need factor, namely health status, most significantly affects the quality of life of the elderly. Conclusion; that the factors that influence the HRQoL of the elderly are predisposing factors of age and education level, factors that support income and ADL, and factors of needs.

Corresponding author

: Nugrahadi Dwipasca Budiono

Email: nugrahadi@umg.ac.id

Pendahuluan

Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia atau dikenal dengan lansia merupakan salah satu indikasi keberhasilan pembangunan bidang kesehatan (Beard et al., 2016); (Prince et al., 2015); (Tangcharoensathien et al., 2018). Lanjut usia atau lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia enam puluh tahun ke atas (Prince et al., 2015). Peningkatan penduduk lansia



*This work is licensed under a Creative Commons Attribution
4.0 International License*

seiring dengan semakin tingginya angka harapan hidup penduduknya. Dari proyeksi penduduk, diketahui penduduk lansia di Jawa Timur pada Tahun 2019 telah mencapai 13,06 persen yang menandakan bahwa struktur penduduk Jawa Timur tergolong penduduk tua (BPS, 2019).

Penurunan status kesehatan lansia terutama dalam status kesehatan fisik (Chatterji et al., 2015); (Liu et al., 2015). Status kesehatan lansia yang menurun seiring dengan bertambahnya usia akan memengaruhi kualitas hidup lansia (Kojima et al., 2016); (Sivertsen et al., 2015); (Trombetti et al., 2016). Bertambahnya umur akan diiringi dengan penurunan fungsi tubuh, timbulnya berbagai penyakit, keseimbangan tubuh dan risiko jatuh. Status kesehatan lansia yang semakin menurun seiring bertambahnya umur ini berlawanan dengan keinginan para lansia itu sendiri agar tetap sehat (Courtin & Knapp, 2017), mandiri dan dapat beraktivitas seperti biasa misalnya mandi, berpakaian, berpindah secara mandiri (Elder & Johnson, 2018); (Geiger et al., 2016). Ketidakesuaian kondisi lansia dengan harapan mereka serta pandangan miring dari masyarakat dapat menyebabkan lansia mengalami tekanan dan bisa mengakibatkan depresi (Geiger et al., 2016). Berdasarkan data (BPS, 2019) Lansia di Indonesia pada tahun 2019 sebesar 25,64 juta orang atau mencapai 9,60 persen dari penduduk Indonesia. Angka ini menunjukkan suatu kondisi bahwa Indonesia sedang menuju ke arah penuaan penduduk dikarenakan penduduk berusia di atas 60 tahun prosentase diatas 7 persen dari keseluruhan penduduk dan akan menjadi negara dengan struktur penduduk tua (*ageing population*) jika sudah berada lebih dari 10 persen. Semua ini adalah cerminan dari meningkatnya angka harapan hidup penduduk Indonesia. Diharapkan kelompok lanjut usia mempunyai kemampuan yang berkualitas, mandiri, serta tidak menjadi beban masyarakat, maka secara tidak langsung *ageing population* akan memberikan pengaruh positif terhadap pembangunan nasional (Wang et al., 2020); (Wu et al., 2018).

Semakin bertambahnya usia seseorang, sistem kekebalan akan semakin berkurang (Akha, 2018). Hal ini mengakibatkan meningkatnya penyakit pada lansia, baik akut maupun kronik. Meningkatnya gangguan/penyakit pada lansia dapat menyebabkan perubahan pada kualitas hidup mereka. Yang dimaksud dengan kualitas hidup menurut *World Health Organization* (WHO) adalah persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup seseorang merupakan fenomena yang multidimensional. Betapa pentingnya berbagai dimensi tersebut tanpa melakukan evaluasi sulit menentukan dimensi mana yang penting dari kualitas hidup seseorang. Seseorang seringkali berpendapat semua aspek dari kualitas hidup sama pentingnya sebagaimana menurut (Stanhope & Lancaster, 2016) menjelaskan bahwa risiko biologi termasuk risiko terkait pada lansia yaitu terjadinya proses menua akibat penurunan fungsi biologi. Risiko sosial dan lingkungan pada lanjut usia yaitu adanya lingkungan sekitarnya yang memicu stress pada lanjut usia. Sisi ekonomi pada lansia yaitu penurunan pendapatan akibat pensiun. Risiko perilaku atau gaya hidup seperti pola kebiasaan kurangnya aktivitas fisik atau berolahraga dan konsumsi makanan yang tidak sehat dapat memicu terjadinya penyakit dan kematian pada lanjut usia (Fletcher et al., 2018); (Lavie et al., 2019); (Michishita et al., 2017).

Peneliti yang telah mengembangkan model kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mendefinisikan kesejahteraan subyektif sebagai kepuasan hidup individu secara keseluruhan (Wilson & Cleary, P., 1995). Penelitian tentang kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan telah dilakukan pada aspek fisik, emosional, dan sosial dari kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (Musalek & Kirchengast, 2017). Kesehatan telah menjadi masalah yang semakin penting dalam penuaan seseorang sehubungan dengan kualitas hidup, dan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (HRQoL) diyakini sebagai faktor penting. Sebagai indeks tingkat kesehatan individu atau populasi, HRQoL berguna untuk mengevaluasi fungsi fisik dan kesejahteraan lansia dan digunakan sebagai indeks untuk mengevaluasi kesehatan populasi (Kil et al., 2008); (Nam et al., 2000). Studi HRQoL lansia difokuskan pada berbagai faktor, seperti keadaan emosi, depresi, stres, keadaan keuangan,

tingkat fungsional sehari-hari, dan sebagainya, dan peserta studi ini hanya terbatas pada lansia yang tinggal sendiri, berpenghasilan rendah, menderita penyakit kronis, dll. (Park, 2013); (J. E. Ryu, 2010). Beberapa faktor telah dilaporkan untuk menentukan HRQoL, termasuk tekanan, kecemasan, stres, dan keadaan emosional lainnya. Dengan kata lain, keadaan keuangan lansia membantu memenuhi kebutuhan dasar mereka dalam mempertahankan mata pencaharian mereka, tingkat pendidikan, jabatan, dan karakteristik pribadi lainnya berpengaruh signifikan terhadap HRQoL mereka (J. . Kim, 2013); (Y. M. Ryu, 2009); (Yoon & Han, 2004). Meskipun HRQoL terkait dengan karakteristik pribadi, karakteristik lingkungan sosial, dan interaksi timbal balik antara faktor-faktor ini, hanya beberapa studi tentang HRQoL keseluruhan lansia yang didasarkan pada landasan teoretis yang mencakup variabel-variabel yang komprehensif dan beragam ini. Bahwa ada hubungan antara olahraga dan stres dengan kejadian hipertensi pada lansia (Ladyani et al., 2021).

Model Andersen awalnya diusulkan untuk menjelaskan penggunaan layanan kesehatan, telah diperluas ke model yang memprediksi hasil dari perilaku kesehatan individu (Babitsch et al., 2012). Model Andersen menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan individu dan hasil kesehatan berdasarkan tiga kategori yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor kebutuhan. Menurut model Andersen ini, faktor utama yang menentukan dan mempengaruhi perilaku kesehatan dan hasil kesehatan adalah karakteristik sosiodemografi, sistem perawatan kesehatan, dan lingkungan eksternal; perilaku kesehatan ini mempengaruhi kesehatan atau kepuasan konsumen dan hasil kesehatan lainnya. Studi yang telah menggunakan model Andersen di Korea meliputi kemampuan lansia untuk menjalani kehidupan sehari-hari, pemanfaatan layanan medis, dan HRQoL (J. Y. Kim et al., 2015); (Park, 2013); (Yoon & Han, 2004). Dalam tinjauan sistematis yang menerapkan model Andersen yang direvisi pada penggunaan layanan kesehatan antara tahun 1998 dan 2011, disimpulkan bahwa faktor-faktor predisposisi meliputi usia, status perkawinan, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan etnis; faktor pendukung termasuk pendapatan, status keuangan, asuransi kesehatan, dan sumber daya yang tersedia; dan faktor kebutuhan termasuk penyakit yang beragam selain kesehatan dan kesehatan subjektif (Babitsch et al., 2012). Mengeksplorasi bagaimana individu dan keluarga dalam lingkungan sosial dan struktural menggunakan layanan, seperti perawatan kesehatan, kesehatan dan kesejahteraan, dan kepuasan kesehatan. Model ini mengklasifikasikan perilaku kesehatan sebagai karakteristik kontekstual dan individu menjadi tiga jenis (faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor kebutuhan) (Andersen et al., 2013). Karakteristik *Kontekstual* terdiri dari sistem perawatan kesehatan dan lingkungan eksternal dan karakteristik individu terdiri dari faktor demografi dan faktor personal yang berhubungan dengan kesehatan (Andersen et al., 2013). Karakteristik yang menentukan akses ke perawatan kesehatan meliputi: (a) kondisi yang ada yang mempengaruhi orang untuk menggunakan atau tidak menggunakan layanan meskipun kondisi ini mungkin tidak secara langsung bertanggung jawab atas penggunaan, (b) memungkinkan kondisi yang memfasilitasi atau menghalangi penggunaan layanan, dan (c) kebutuhan atau kondisi yang diakui orang awam atau penyedia layanan kesehatan yang memerlukan perawatan medis (Andersen, 1995); (Andersen et al., 2013).

Faktor predisposisi adalah kecenderungan untuk menggunakan layanan kesehatan berdasarkan individu dengan karakteristik unik yang ada sebelum menggunakan layanan tersebut (Andersen et al., 2013). Faktor pendukung mengacu pada faktor lingkungan yang mencakup individu, keluarga, dan komunitas, dan berbagai sumber daya yang meningkatkan atau mencegah penggunaan layanan dalam kehidupan individu atau kehidupan kerja. Ini termasuk pendapatan, asuransi kesehatan, dokter perawatan primer, jarak dan ketepatan layanan di daerah individu dan keluarga, serta tenaga medis, tingkat penyakit, dan karakteristik perumahan serta hubungan sosial dalam masyarakat (Andersen et al., 2013). *Faktor kebutuhan* adalah masalah kesehatan subjektif dan objektif yang menyebabkan kebutuhan individu akan pelayanan kesehatan, seperti penyakit yang dirasakan atau gangguan fungsional, sebagai penyebab paling langsung dari penggunaan layanan kesehatan secara individu (Andersen et al.,

2013). Perilaku kesehatan mencakup praktik kesehatan pribadi dan penggunaan layanan kesehatan. Hasil kesehatan termasuk status kesehatan yang dirasakan. Status kesehatan yang dirasakan mengacu pada penyakit yang dirasakan atau kemungkinan terjadi, dan status kesehatan yang dievaluasi mengacu pada diagnosis penyakit yang sebenarnya dialami oleh seseorang.

Dalam studi ini, kami menggunakan model Anderson untuk menjelaskan interaksi antara faktor-faktor ini seperti yang penting untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan untuk menetapkan kebijakan kesehatan dan kesejahteraan yang efektif dengan menilai korelasi antara karakteristik pribadi lansia dan HRQoL mereka. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia serta karakteristik dari masing-masing faktor tersebut.

Metode

Penelitian ini adalah penelitian survei deskriptif, dan berdasarkan model Andersen, faktor-faktor yang mempengaruhi HRQoL lansia dinilai. Partisipan penelitian ini adalah lansia berusia 60 tahun ke atas yang tinggal di Karang Werda Sejahtera Kelurahan Bendul Merisi Surabaya, tidak memiliki gangguan kognitif, tidak buta huruf, dan memberikan persetujuan mereka untuk berpartisipasi dalam penelitian ini setelah memahami tujuan penelitian. Data dikumpulkan pada bulan Oktober 2020. Survei dilakukan setelah menjelaskan tujuan penelitian dan mendapatkan persetujuan tertulis dari peserta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Untuk lansia yang kesulitan menyelesaikan survei sendiri, kami mengumpulkan data dengan membacakan pertanyaan survei untuk peserta. Data dikumpulkan dari total 94 peserta, dan tanggapan dari 86 peserta digunakan untuk analisis data akhir setelah mengecualikan mereka yang memiliki tanggapan tidak valid. Menggunakan program IBM SPSS 23.0 untuk analisis regresi berganda, dengan tingkat signifikansi (α) diatur menjadi 0,05. Statistik deskriptif diterapkan pada karakteristik umum peserta, faktor predisposisi, faktor pendukung, faktor kebutuhan, perilaku kesehatan, dan HRQoL. Koefisien alpha Cronbach digunakan untuk uji reliabilitas. Kami melakukan analisis regresi berganda hierarki untuk memeriksa faktor mana yang terkait dengan HRQoL. Untuk analisis, variabel demografis diubah menjadi variabel dummy dan dianalisis. Untuk menguji asumsi model regresi, dilakukan diagram residual dari uji equidispersion, statistik Durbin-Watson dari uji residual independence, dan indeks ekspansi disperse multikolinearitas.

Hasil Dan Pembahasan

Karakteristik dari 86 partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini ditunjukkan pada table 1. Diantara faktor predisposisi terdapat 46 (53,4%) partisipan laki-laki dan 40 (46,5%) partisipan perempuan, dengan usia rata-rata 69,6 tahun; 50 (58,1%) lulusan SMA, 36 (41,9%) lulusan perguruan tinggi. Di antara *faktor-faktor pendukung*, lebih dari 93% peserta dilindungi oleh asuransi kesehatan nasional (BPJS), dan 46,5% memiliki pendapatan bulanan lebih dari satu juta. Di antara *faktor kebutuhan* peserta, 62,8% peserta memiliki satu atau dua penyakit kronis. Terkait *perilaku kesehatan*, 43 peserta (50%) adalah perokok. Selain itu, 73 peserta (84%) rutin berolahraga, dan 79 peserta (91,8%) menjalani pemeriksaan kesehatan rutin. Skor HRQoL peserta adalah $3,5 \pm 0,6$.

Tabel 1
Karakteristik umum partisipan (n=86)

Karakteristik	N (%)	Rata-rata \pm SD
Faktor predisposes		
Laki-laki	46 (53.4%)	
Perempuan	40 (46.5%)	
Usia		69.6 \pm 3,9
Pendidikan \leq SMA	50 (58,1%)	
Pendidikan \geq sarjana	36 (41,9%)	

Faktor pendukung		
Memiliki asuransi kesehatan	80 (93,02%)	
Bantuan medis	10 (11,6%)	
Pendapatan tiap bulan (kurang dari satu juta)	46 (53,48%)	
Pendapatan tiap bulan lebih dari satu juta	40 (46,52%)	
Faktor kebutuhan		
Riwayat penyakit kronis (1-2 penyakit)	54 (62,8%)	
Riwayat penyakit kronis (≥ 3)	32 (37,2%)	
Perilaku hidup sehat		
Merokok	43 (50%)	
Tidak merokok	43 (50%)	
Melakukan Olahraga teratur	73 (84%)	
Tidak melakukan olahraga teratur	13 (16%)	
Melakukan cek kesehatan rutin	79 (91,8%)	
Tidak melakukan cek kesehatan rutin	7 (8,2%)	
Skor HRQoL		3.5 \pm 0,6

Sumber; Data diolah

Selanjutnya terkait Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia, digunakan analisis regresi berganda. Hasil analisis regresi berganda mengenai apa yang mempengaruhi varians HRQoL diperhitungkan, dan variable yang berpengaruh signifikan adalah pendidikan dan pendapatan bulanan

Tabel 2
Hasil analisis regresi berganda dari HRQoL (n=86)

Karakteristik	Koefisien regresi	Sig
Faktor predisposisi		
Jenis kelamin	-0.08	0.125
Usia	-0.05	0.292
Pendidikan	0.14	0.040
Faktor pendukung		
Kepemilikan asuransi kesehatan	-0.07	0.102
Pendapatan bulanan	0.20	0.004
Faktor kebutuhan		
Banyaknya riwayat penyakit kronis	-	-
Perilaku hidup sehat		
Perilaku Merokok	-0.07	0.089
Keteraturan olahraga	0.03	0.536
Keteraturan melakukan cek kesehatan	0.07	0.502

Sumber; Data diolah

HRQoL lansia tidak hanya terkait dengan faktor individu dan faktor sosial-lingkungan tetapi juga untuk interaksi di antara faktor-faktor ini. Dengan menggunakan model Anderson dalam penelitian ini, faktor predisposisi usia dan tingkat pendidikan memiliki pengaruh terbesar pada HRQoL orang lanjut usia. Hal ini didukung oleh temuan penelitian sebelumnya yang melaporkan bahwa seiring bertambahnya usia maka kualitas hidup menurun seiring dengan melemahnya fungsi tubuh (J. . Kim, 2013). Selain itu, temuan tersebut mendukung penelitian sebelumnya, yaitu penelitian yang ada, yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi kualitas hidup lansia perempuan yang tinggal sendiri (J. Y. Kim et al., 2015). Dalam tinjauan pustaka sistematis, yang mengeksplorasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dengan menerapkan model Andersen, usia, status perkawinan, jenis kelamin, pendidikan, dan ras ditemukan menjadi variabel utama dari faktor-faktor pra-disposing (Babitsch et al., 2012). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin dan status perkawinan tidak berpengaruh signifikan terhadap HRQoL. Menurut studi tinjauan sistematis,

mungkin ada hubungan yang berbeda antara gender dan HRQoL karena peserta dari studi sebelumnya yang dimasukkan bisa saja menyelidiki hanya jenis kelamin tertentu, kelompok rentan, atau berbagai usia. Selain itu, karena status perkawinan memiliki hasil yang tidak konsisten dalam penelitian sebelumnya, penelitian tindak lanjut berulang diperlukan untuk mengeksplorasi hubungan antara variable. Lansia merupakan tahapan proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh, sehingga banyak terjadi perubahan anatomis dan fisiologis, antara lain perubahan neurologi, muskuloskeletal, dan kandung kemih (Rijal et al., 2019).

Di antara faktor-faktor pendukung, pendapatan berkorelasi positif dengan HRQoL lansia, sedangkan ADL berkorelasi negatif. Temuan ini mendukung beberapa temuan yang ada yang datang dan kesehatan mempengaruhi kualitas hidup (Babitsch et al., 2012). Dalam kasus Korea, pengaruh asuransi kesehatan dan perawatan medis terhadap HRQoL tidak signifikan karena kebanyakan orang memiliki akses ke layanan medis. Selain itu, ADL berkorelasi negatif dengan HRQoL, yang menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat ketergantungan, semakin rendah HRQoL tersebut. Hal ini mendukung temuan survei sebelumnya tentang kualitas hidup lansia yang memanfaatkan data dari Survei Pemeriksaan Kesehatan dan Gizi Nasional Korea (J. Y. Kim et al., 2015), dan ADL lansia yang dirawat, karena di rumah atau di fasilitas berkorelasi negatif dengan HRQoL mereka (J. . Kim, 2013). Di antara faktor kebutuhan, status kesehatan yang dilaporkan sendiri mempengaruhi HRQoL. Status kesehatan yang dilaporkan sendiri ditemukan menjadi faktor yang berkontribusi terhadap kualitas hidup dalam penelitian sebelumnya (Babitsch et al., 2012); (J. Y. Kim et al., 2015). Jumlah penyakit kronis dikeluarkan dari faktor-faktor yang mempengaruhi HRQoL karena menunjukkan multikolinearitas.

Dalam sebuah studi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia yang menerima pendapatan mata pencaharian dasar, peneliti menemukan bahwa penyakit kronis, seperti artritis dan stroke, mempengaruhi kualitas hidup pria dan wanita (Park, 2013). Temuan ini menunjukkan bahwa perlu untuk menyelidiki pengaruh jenis dan jumlah penyakit kronis pada HRQoL. Diantara perilaku kesehatan, merokok, minum minuman keras, olahraga teratur, dan pemeriksaan kesehatan secara teratur tidak mempengaruhi HRQoL. Studi terhadap orang-orang Korea yang berusia muda (65 - 75 tahun) dan tua (di atas 75 tahun) telah menemukan bahwa merokok, minum, dan olahraga memiliki dampak yang signifikan pada kualitas hidup kedua kelompok (Chung & Cho, 2014). Selain itu, penelitian pada lansia di Malaysia menunjukkan bahwa olahraga berdampak signifikan terhadap kualitas hidup mereka (Onunkwor et al., 2016). Hal ini bertentangan dengan hasil penelitian ini. Sementara peserta dalam penelitian sebelumnya dipilih dari perkotaan dan pedesaan populasi, penelitian ini menargetkan orang tua yang tinggal di daerah perkotaan. Diperlukan studi lanjutan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan perilaku kesehatan yang mempengaruhi HRQoL menurut wilayah pemukiman.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia yang lebih rendah, tingkat pendidikan yang lebih tinggi, pendapatan yang lebih tinggi, kinerja kehidupan sehari-hari yang lebih baik, dan status kesehatan yang dilaporkan sendiri lebih baik terkait dengan HRQoL yang lebih tinggi. Faktor kebutuhan memiliki pengaruh terbesar terhadap HRQoL, dan pengaruh perilaku kesehatan paling rendah. Hasil ini mendukung kecukupan model Andersen untuk menjelaskan HRQoL lansia. Selain itu, temuan hubungan antara karakteristik lansia dengan HRQoLnya dapat digunakan sebagai data dasar untuk menyusun kebijakan kesehatan dan kesejahteraan guna meningkatkan kualitas hidup lansia. Pengaruh jumlah penyakit kronis perlu ditindaklanjuti karena sulit untuk mengamati pengaruhnya terhadap HRQoL pada lansia. Selanjutnya, perlu ditentukan variabel perilaku kesehatan yang menunjukkan hasil yang berbeda dengan penelitian sebelumnya.

Simpulan Dan Saran

Bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi HRQoL lansia adalah faktor predisposisi usia dan tingkat pendidikan, faktor pendukung pendapatan dan ADL, dan faktor kebutuhan. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengembangkan intervensi untuk meningkatkan HRQOL dari orang tua dan untuk menetapkan kebijakan kesehatan dan kesejahteraan yang efektif.

Ucapan Terimakasih

Kami menyampaikan terimakasih kepada Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Muhammadiyah Gresik yang telah memberikan pendanaan penuh terhadap penelitian ini melalui Hibah penelitian internal Universitas. Kami juga menyampaikan terimakasih kepada yayasan Karang Werda Sejahtera Keluran Bendul Merisi Surabaya yang telah bekerjasama dengan sangat baik dalam kegiatan penelitian ini.

Daftar Rujukan

- Akha, A. A. S. (2018). Aging and the immune system: An overview. *Journal of Immunological Methods*, 463, 21-26.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Baumeister, S. E. (2013). Chapter: Improving access to care in America. In *Changing the U.S. health care system: Key issues in health services policy and management, 4th Edition* (pp. 33–69). John Wiley and Sons.
- Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's behavioral model of health services uses A systematic review of studies from 1998-2011. *Psycho-Social Medicine*, 9, 1–15.
- Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., & Chatterji, S. (2016). The World report on aging and health: a policy framework for healthy aging. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154.
- BPS. (2019). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2019*.
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *The Lancet*, 385(9967), 563-575.
- Chung, Y. H., & Cho, Y. H. (2014). Gender difference in the quality of life after controlling for related factors among Korean young-old and old-old elderly. *Korean Society for Agricultural Medicine & Community Health*, 39(3), 176–186. <https://doi.org/https://doi.org/10.5393/JAMCH.2014.39.3.1>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness, and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812.
- Elder, G. H., & Johnson, M. K. (2018). The life course and aging: Challenges, lessons, and new directions. *An Invitation to the life course: Toward new understandings of later life* (pp. 49–81). Routledge.
- Fletcher, G. F., Landolfo, C., Niebauer, J., Ozemek, C., Arena, R., & Lavie, C. J. (2018). Promoting physical activity and exercise: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(14), 1622–1639.
- Geiger, P. J., Boggero, I. A., Brake, C. A., Caldera, C. A., Combs, H. L., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2016). Mindfulness-based interventions for older adults: A review of the effects on physical and emotional well-being. *Mindfulness*, 7(2), 296–307.
- Kil, S. R., Lee, S. I., Yun, S. C., An, H. M., & Jo, M. W. (2008). The decline of health-related quality of life is associated with some diseases in Korean adults. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 41(6), 434– 441. <https://doi.org/https://doi.org/10.3961/>

jumps.2008.41.6.434

- Kim, J. . (2013). Levels of health-related quality of life (EQ-5D) And its related factors among vulnerable elders receiving home visiting health care services in some rural areas. *Korean Academy of Community Health Nursing*, 24(1), 99–109. <https://doi.org/https://doi.org/10.12799/jkachn.2013.24.1.99>
- Kim, J. Y., Lee, S. G., & Lee, S. K. (2015). The relationship between health behaviors, health status, activities of daily living, and health-related quality of life in the elderly. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 30(2), 471–484.
- Kojima, G., Iliffe, S., Jivraj, S., & Walters, K. (2016). Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, 70(7), 716–721.
- Ladyani, F., Febriyani, A., Prasetya, T., & Berliana, I. (2021). Relationship between Exercise and Stress with the Level of Hypertension in the Elderly. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1 SE-Articles). <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i1.514>
- Lavie, C. J., Ozemek, C., Carbone, S., Katzmarzyk, P. T., & Blair, S. N. (2019). Sedentary behavior, exercise, and cardiovascular health. *Circulation Research*, 124(5), 799–815.
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors, and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9714–9725.
- Michishita, R., Matsuda, T., Kawakami, S., Tanaka, S., Kiyonaga, A., Tanaka, H., & Higaki, Y. (2017). The association between changes in lifestyle behaviors and the incidence of chronic kidney disease (CKD) in middle-aged and older men. *Journal of Epidemiology*, 27(8), 389–397.
- Musalek, C., & Kirchengast, S. (2017). Grip strength as an indicator of health-related quality of life in old age—a pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1447.
- Nam, H. S., Song, M. H., Kweon, S. S., Kim, S. Y., Park, H. C., Lee, C. W., & Choi, J. S. (2000). Chronic disease and health-related quality of life in urban elderlies. *Journal of the Korean Geriatrics Society*, 4(3), 172–190.
- Onunkwor, O. F., Al-Dubai, S. A. R., George, P. P., Arokiasamy, J., Yadav, H., Barua, A., & Shuaibu, H. O. (2016). A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12955-016-0408>
- Park, H. J. (2013). *An exploratory study of factors affecting the elder's health-related quality of life: Focusing on the personal characteristics*. The Catholic University of Korea, Seoul.
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Robledo, L. M. G., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549–562.
- Rijal, R., Hardianti, H., & Adliah, F. (2019). Pengaruh Pemberian Kombinasi Kegel Exercise Dan Bridging Exercise Terhadap Perubahan Frekuensi Inkontinensia Urin Pada Lanjut Usia Di Yayasan Batara Hati Mulia Gowa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 8(1 SE-Articles). <https://doi.org/10.35816/jiskh.v9i1.67>
- Ryu, J. E. (2010). *Health-related quality of life and its correlates in the young-old, old-old, and oldest-old low-income elderly living alone*. Korea University.
- Ryu, Y. M. (2009). *A study on the factors influencing the quality of life of the old: A case of Yongin City*. Ajou University.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5–6), 311–339.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public health nursing population centered health care in*

the community (9th Ed.). Elsevier.

- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, *391*(10126), 1205–1223.
- Trombetti, A., Reid, K. F., Hars, M., Herrmann, F. R., Pasha, E., Phillips, E. M., & Fielding, R. A. (2016). Age-associated declines in muscle mass, strength, power, and physical performance: impact on fear of falling and quality of life. *Osteoporosis International*, *27*(2), 463–471.
- Wang, Z., Xu, N., Wei, W., & Zhao, N. (2020). Social inequality among elderly individuals caused by climate change: Evidence from the migratory elderly of mainland China. *Journal of Environmental Management*, *272*, 111079.
- Wilson, I. ., & Cleary, P., D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, *273*(1), 59–65. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.1995.03520250075037>
- Wu, M., Yang, Y., Zhang, D., Zhao, X., Sun, Y., Xie, H., & Li, Y. (2018). Association between social support and health-related quality of life among Chinese rural elders in nursing homes: the mediating role of resilience. *Quality of Life Research*, *27*(3), 783–792.
- Yoon, S. D., & Han, G. H. (2004). Productive activities and psychological well-being of the rural elderly in Korea. *Journal of the Korea Gerontological Society*, *24*(2), 57–77.