

Dimensi Wellness Dalam Kaitan Dengan Kualitas Hidup Lansia di Indonesia

Asvi Retty Nurgusmy Yerly Asir¹, Lili Indrawati², Dinni Agustin³, Tri Budi W Raharjo⁴

1. Centre for Ageing Universitas Indonesia

2. Fakultas Pasca Sarjana Universitas Respati Indonesia

3. Fakultas Manajemen dan Administrasi Bisnis Universitas Respati Indonesia

4. Centre for Family and Ageing Studies (CeFAS) Universitas Respati Indonesia

Email: lili.indrawati@urindo.ac.id

Abstrak

Peningkatan jumlah lanjut usia dengan berbagai penyakit kronik degeneratif dan disabilitas berdampak pada kualitas hidup mereka. Rancangan penelitian berupa potong lintang dalam bentuk studi kasus dan evaluasi di tiga tempat pengasuhan. Diagnosis klinis digunakan instrumen asesmen geriatri Divisi Geriatri RSCM. Pengukuran kualitas hidup digunakan EQ-5D versi Indonesia dengan nilai indeks titik potong 0,692 untuk kualitas hidup rendah dan tinggi. Kualitas hidup lanjut usia yang tinggal di masyarakat lebih baik dari yang tinggal di panti. Ditemukan kebiasaan melakukan pemeriksaan kesehatan, bersyukur, kegiatan sosial, saling silaturahmi, partisipasi di dalam/luar lingkungan, tetap aktif bekerja berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup lanjut usia. Hubungan faktor kontekstual dengan kualitas hidup didapatkan status pekerjaan, dan jumlah penyakit berkorelasi secara bermakna dengan kualitas hidup, sedangkan fungsi kognitif adanya kecenderungan bermakna. Ternyata kualitas hidup lanjut usia yang tinggal di masyarakat lebih baik dari yang tinggal di panti.

Kata Kunci: kualitas hidup, lanjut usia, *wellness*

Abstract

An increasing number of elderly with chronic degenerative diseases and disabilities will affect their quality of life. The study design was cross-sectional in the form of case studies and evaluations in three areas of caregiving. Clinical diagnosis used geriatric assessment instruments of Geriatric Division of Cipto Mangunkusumo Hospital. Measurement of quality of life used the EQ-5D index score Indonesia version with 0,692 cut-off point for low and high quality of life. Quality of life of elderly living in the community is better than staying at home. There were habit of doing health checks, grateful, social activities, mutual friendship, participation in / outside environment, remain employed significantly associated with quality of life of the elderly. Relationship with quality of life of contextual factors obtained employment status, and number of disease was significantly correlated with quality of life, whereas cognitive function meaningful trend. It turns out that the quality of life of elderly living in the community is better than staying at home.

Keywords: quality of life, elderly, wellness

PENDAHULUAN

Satu dari 10 orang adalah lansia yang berusia di atas enam puluh tahun. Pada tahun 2050 proporsi ini akan berlipat ganda menjadi 1 dari 5. Setiap detik ada 2 orang di dunia yang berulang tahun ke 60, atau sekitar 58 juta orang setiap tahun. Sebagian besar (80%) tinggal di negara berkembang(1,2,3). Indonesia juga mengalami percepatan pertumbuhan penduduk berusia 60 tahun ke atas. Sejak tahun 2000, Indonesia memiliki struktur penduduk menua karena jumlah penduduk lanjut usia telah mencapai 7,18% dari jumlah penduduk dan diperkirakan akan meningkat menjadi 9,77% pada tahun 2010 dan 11,34% pada tahun 2020 (Survei Sosial Ekonomi Nasional/SUSENAS 2004) (4,5). Pada tahun 2025 diperkirakan menjadi 13% dan kemudian menjadi 25% pada tahun 2050 (4). Menurut data kependudukan internasional yang dikeluarkan oleh Bureau of the Cencus USA (1993), pada tahun 1990 hingga 2025 Indonesia akan mengalami peningkatan jumlah lansia 414%. Peningkatan ini merupakan angka tertinggi di seluruh dunia. Sebagai perbandingan, jumlah lansia di Kenya naik 347%, di Brazil naik 255%, di India naik 242%, di China naik 220%, di Jepang naik 129%, di Jerman naik 66%, dan di Swedia naik 33 % . (6-9)

Meningkatnya harapan hidup menyebabkan perhatian yang lebih besar harus diberikan pada kehidupan di hari tua, termasuk bagaimana mempertahankan aktivitas dan kesehatan serta meningkatkan kesejahteraan. Proses penuaan sangat dipengaruhi oleh faktor ekstrinsik atau lingkungan, yang bekerja sepanjang hidup, serta faktor genetik intrinsik, termasuk kecenderungan terhadap kondisi kesehatan tertentu. Hubungan dengan lingkungan dipengaruhi oleh berbagai karakteristik pribadi, seperti keluarga tempat lahir, jenis kelamin, dan etnis, yang mengarah

pada perbedaan kesehatan dan pendapatan di kemudian hari. (10-11)

Menurut WHO, kualitas hidup adalah persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, menurut sistem budaya dan nilai-nilai tempat tinggalnya, dalam kaitannya dengan minat, tujuan hidup, harapan, standar yang ingin dicapai. Kualitas hidup merupakan pengalaman internal seseorang yang dipengaruhi oleh apa yang terjadi di luar dirinya dan juga dipengaruhi oleh pengalaman subjektif seseorang yang belum pernah dialami sebelumnya, suatu kondisi mental, kepribadian dan harapan. Kualitas hidup berimplikasi pada kesejahteraan seseorang(1). Penilaian kualitas hidup lebih tepat untuk mencerminkan kesejahteraan lanjut usia daripada hanya menilai kesehatan fisik.

Jika dilihat dari konsep wellness dan kaitannya dengan kualitas hidup, wellness adalah pilihan utama dan sangat menentukan kualitas hidup(12). Wellness adalah keterpaduan keseluruhan dari enam dimensi fisik, emosional, intelektual, sosial, vokasional, dan spiritual yang harus seimbang saling mempengaruhi secara terus menerus pada seorang individu (12-14). Penambahan spiritualitas dalam intervensi yang berfokus pada promosi kesehatan telah diterima secara positif oleh lansia(15). Oleh karena itu, untuk meningkatkan kualitas hidup mereka, kita harus melakukan intervensi yang salah satunya melalui peningkatan kesehatan mereka.

METODE

Penelitian analitik dengan rancangan cross sectional dan pengumpulan data melalui wawancara dan pemeriksaan secara klinis menggunakan instrumen assessmen geriatri yang digunakan pada bagian geriatri RS. Ciptomangunkusumo dan diskusi kelompok terarah (Focus Group Discussion /FGD) serta observasi.

Sampel berjumlah 147 orang lanjut usia diambil secara konsekutif, yang memenuhi kriteria inklusi penelitian dari Panti Sasana Tresna Wredha Karya Bhakti (STWKB), Yayasan Karya Bhakti Ria Pembangunan (YKBRP) Cibubur. Panti Budi Mulya 1 Cipayung Jakarta Timur dan Home care Yayasan Yaspi RW I Kampung Cicantayan, Desa Cicantayan, Kecamatan Cicantayan, Kabupaten Sukabumi. Dilaksanakan sebelum masa pandemic COVID-19, Juni-Juli tahun 2019.

Kualitas hidup diukur menggunakan pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan dengan instrumen EQ-5D yang sudah divalidasi. EQ-5D merupakan instrumen standar, generik, singkat, cepat pelaksanaannya, sangat praktis dan sederhana serta dapat diandalkan untuk mengukur kesehatan-terkait kualitas hidup. Instrumen ini dikembangkan dan divalidasi di sejumlah negara Eropa termasuk Belanda. Berlaku untuk berbagai kondisi kesehatan dan perawatan, memberikan profil deskriptif sederhana dan nilai indeks tunggal untuk status kesehatan. Instrumen ini menjelaskan status kesehatan menurut lima dimensi, yaitu mobilitas, perawatan diri, kegiatan sehari-hari, nyeri atau perasaan tidak enak, ansietas atau depresi. Setiap dimensi dikategorikan dalam tiga tingkat, yaitu tidak masalah, sedikit bermasalah, bermasalah berat. Hasilnya, 243 kombinasi yang potensial dari kelima dimensi tadi. Selain lima dimensi itu, ada skala analog visual (VAS 5D) mulai dari 0 (kesehatan dibayangkan terburuk) hingga 100 (kesehatan yang terbaik) yang gambarannya seperti termometer. EQ-5D yang telah diuji keandalan konsistensinya untuk digunakan di pelayanan kesehatan primer adalah 0,878 dengan tingkat kepercayaan sedang-tinggi.(16) MMSE juga digunakan untuk mengukur kesehatan terkait dengan kualitas hidup, khusus untuk mengukur faal kognitif. (17)

Untuk data karakteristik menggunakan statistik deskriptif (univariat), sedangkan untuk dimensi wellness yang berhubungan dengan kualitas hidup, satu per satu dengan analisis bivariat. Untuk mencari nilai korelasi dan signifikannya digunakan uji korelasi Lamda jika salah satu variabelnya nominal tidak setara, sedangkan uji Somers'd untuk variabel ordinal dan tidak setara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Subjek lanjut usia yang diteliti berjumlah 147 orang yang didominasi oleh perempuan. Umur subjek berkisar antara 60 tahun s.d 100 tahun dengan median 72 tahun. Kelompok umur pada tiga tempat penelitian berbeda-beda, Panti Cibubur mempunyai paling banyak lanjut usia kelompok umur >80 tahun, sedangkan Panti Cipayung adalah kelompok umur 60-69 tahun, dan Home Care Cicantayan kelompok umur 70-79 tahun. Lanjut Usia Panti Cibubur berasal dari berbagai suku sedangkan lanjut usia Panti Cipayung didominasi oleh suku Jawa, dan suku Sunda, dan Home Care Cicantayan semuanya berasal dari suku Sunda. Lebih dari 90% lanjut usia Panti Cibubur dan Panti Cipayung tidak bekerja, sedangkan di Home Care Cicantayan 31,5% lanjut usia masih bekerja paling banyak sebagai petani. Agama responden mayoritas beragama Islam, sisanya beragama Kristen Protestan dan Katolik. Latar belakang pendidikan lanjut usia sebagian besar mempunyai pendidikan rendah yang didominasi oleh hampir semua lanjut usia Home Care Cicantayan. Semua subjek Panti Cibubur mempunyai status ekonomi tinggi dan sebaliknya hampir semua lanjut usia Panti Cipayung dan Home Care Cicantayan mempunyai status ekonomi rendah.

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik subjek penelitian dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Lanjut Usia

Variabel	1* n=3 5 %	2* n=3 9 %	3* n=7 3 %	Total n=14 7 %
Jenis kelamin				
Laki-laki	22,9	23,1	27,4	25,2
Perempuan	77,1	76,9	72,6	74,8
Umur				
60-69 th	25,7	43,6	39,7	37,4
70-79 th	25,7	30,8	43,8	36,1
>80 th	48,6	25,6	16,4	26,5
Suku				
Jawa	37,1	46,2	0,0	21,0
Sunda	5,7	23,1	100,	57,1
Batak	5,7	0,0	0	1,4
Minang	22,9	2,6	0,0	6,1
Cina	2,9	2,6	0,0	1,4
Lainnya	25,7	25,5	0,0	12,9
Status pekerjaan				
Tdk Bekerja	91,4	97,9	68,5	81,6
Bekerja	8,6	1,4	31,5	18,4
Status perkawinan				
Tidak kawin	17,7	7,7	0	6,1
Kawin	20	17	38,4	30,0
Cerai	11,4	7,7	1,4	5,4
Cerai mati	51,4	66,7	60,3	59,9
Status Pendidikan				
Rendah	14,3	76,9	98,6	72,8
Menengah	40,0	20,5	1,4	15,6
Tinggi	45,7	2,6	0,,0	11,6
Status ekonomi				
Rendah	0,0	97,4	91,8	71,4
Tinggi	100,	2,6	8,2	28,6
	0			

Keterangan:
1*. Cibubur, 2*. Cipayung, 3*. Home Care Cicantayan

Gambaran Status kesehatan terlihat pada Tabel 2 yang meliputi status gizi, status mental, status fungsional dan jumlah penyakit yang didapatkan dari pemeriksaan fisik lanjut usia dengan menggunakan instrumen Comprehensive Geriatric Assessment yang dipakai oleh Divisi Geriatri RSCM.

Tabel 2. Status Kesehatan

Kondisi Kesehatan	1 (35) %	2 (39) %	3 (73) %	Total (147) %
Status gizi				
Gizi lebih	45,7	30,8	15,1	26,5
Gizi kurang	20	28,2	45,2	34,7
Normal	34,4	42,0	39,7	38,8
Status kognitif (MMSE)				
Kemungkinan Demensia	14,3	35,9	34,2	29,9
Normal	85,7	64,1	65,8	70,1
Daya ingat (AMT)				
Ggn daya ingat berat	2,9	2,6	1,4	2,0
Ggn daya ingat sedang	11,4	28,2	34,2	27,2
Normal	85,7	71,8	64,4	70,8
GDS				
Depresi	5,7	23,0	6,8	10,9
Normal	94,3	77,0	93,2	89,1
Status fungsional mandiri				
Tidak Mandiri	40,0	10,3	7,7	15,6
Mandiri	60,0	89,7	92,3	84,4
Jumlah penyakit				
>1	74,3	84,6	58,9	69,4
<1	25,7	15,4	41,1	30,6

Keterangan:
1*. Cibubur, 2*. Cipayung, 3*. Home Care Cicantayan

Selain itu Tabel 2 di atas juga menunjukkan bahwa lanjut usia Panti Cibubur paling banyak berstatus gizi lebih, Panti Cipayung dengan gizi normal dan lanjut usia di CiCicantayan dengan status gizi kurang. Gambaran status mental

yang mengalami kemungkinan demensia berdasarkan MMSE cukup besar yaitu 29,9%, berasal dari Home Care di CiCicantayan 34,2 %, Panti Cipayung 35,9%, dan hanya 14,3% dari Panti Cibubur. Dari uji daya ingat (AMT), gangguan daya ingat sedang didapatkan sebanyak 27,2% dan paling banyak ditemukan pada lanjut usia Cicantayan. Lanjut usia yang mengalami depresi sebanyak 10,9% ditemukan paling banyak di Panti Cipayung.

Status fungsional sebagian besar masih mandiri ditemukan paling banyak pada lanjut usia CiCicantayan, diikuti Panti Cipayung dan Panti Cibubur. Multipatologi yang dialami lanjut usia untuk kesehatan fisik dapat dilihat dari lanjut usia yang mempunyai penyakit lebih dari satu macam sebesar 69,4% paling banyak pada lanjut usia Panti Cipayung dan paling rendah lanjut usia CiCicantayan. Pengukuran kualitas hidup 5 dimensi dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3 Kualitas Hidup 5 Dimensi dan VAS

EQ-5D	1*	2*	3*	Total
	(35)	(39)	(73)	(147)
	%	%	%	%
Lima dimensi				
Rendah	34,3	33,3	6,8	20,4
Tinggi	65,7	66,7	93,2	79,6
VAS				
Rendah	48,6	30,8	19,2	29,3
Tinggi	51,4	69,2	80,8	70,7

Keterangan:

1*. Cibubur, 2*. Cipayung, 3*. Home Care Cicantayan

Sebagiam besar subjek mempunyai kualitas hidup tinggi dan presentase paling tinggi pada lanjut usia Home Care Cicantayan selanjutnya Panti Cipayung dan terendah dari lanjut usia Panti Cibubur. Jika dilihat kualitas hidup

dengan menggunakan VAS menunjukkan bahwa 70,7% atau mempunyai kualitas hidup tinggi dan paling banyak (80,8%) ditemukan pada lanjut usia Home Care Cicantayan diikuti dengan 69,2% lanjut usia Panti Cipayung dan 51,4% lanjut usia Panti Cibubur.

Kualitas hidup menggunakan VAS kurang memberikan makna klinis dibanding dengan menggunakan 5 dimensi, oleh karena itu, untuk analisis selanjutnya akan digunakan kualitas hidup dengan 5 dimensi. (18)

Untuk Hubungan dengan sosio-demografi dan status kesehatan kualitas hidup dapat dilihat pada tabel Tabel 4.

Dari Tabel 4 tertera nampak bahwa lanjut usia yang saat ini bekerja, kemandirian dan jumlah penyakit berkorelasi secara bermakna dengan kualitas hidup, sedangkan fungsi kognitif berdasarkan AMT dengan kualitas hidup kecenderungan bermakna.

Tabel 5 menjelaskan hubungan dimensi fisik, emosional dan intelektual dengan kualitas hidup menunjukkan bahwa kebiasaan pemeriksaan kesehatan dari dimensi fisik, mengunjungi dan dikunjungi teman, saudara dari dimensi emosional yang berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup. Kegiatan emosional dengan pendekatan spiritual mendengarkan ceramah agama, terlihat berkorelasi dengan kualitas hidup ($p=0,059$). Selain itu hubungan dimensi intelektual dengan pendekatan spiritual yaitu membaca kitab suci dibandingkan dengan membaca buku pada kegiatan luang terlihat perbedaan yang nyata.

Sedangkan pada tabel 6 terlihat dimensi sosial untuk kontribusi peran, membantu sesama dan silaturahmi terbukti berkorelasi secara bermakna dengan kualitas hidup, sedangkan dimensi vokasional tetap bekerja serta dimensi spiritual untuk bersyukur terlihat berkorelasi secara bermakna dengan kualitas hidup.

Tabel 4. Variabel Sosiodemografi dan Status Kesehatan dengan Kualitas Hidup

Variabel Kontekstual	Kualitas Hidup						Statistik		
	Rendah		Tinggi		Total		R	P	Uji statistik
	n	%	n	%	n	%			
Umur									
Lansia muda	9	16,1	47	83,9	56	38,1	-0,079	0,161	Somers'd
menengah	10	18,9	43	81,1	53	37,4			
tua	11	28,9	27	71,1	38	24,5			
Jenis kelamin									
Laki-laki	9	24,3	28	75,7	37	25,2	--	--	Lamda
Perempuan	21	19,1	89	80,9	110	74,8			
Pendidikan									
Rendah	18	16,8	89	83,2	107	72,8	-0,120	0,114	Somers'd
Menengah	7	30,4	16	69,6	23	15,6			
Tinggi	5	29,4	12	70,6	17	11,4			
Status Perkawinan									
Cerai	24	25,0	72	75,0	96	65,3	--	--	Lamda
Tidak kawin	3	7,1	39	92,9	42	28,6			
Kawin	3	33,3	6	66,7	9	6,1			
St. Ekonomi									
Rendah	18	17,1	87	82,9	105	71,4	-0,114	0,150	Somers'd
Tinggi	12	28,6	30	71,4	42	28,6			
Saat ini									
Bekerja	29	23,2	96	76,8	125	85,5	0,187	0,004	Somers'd
Tidak Ya	1	4,5	21	95,5	22	15,0			
Status Fungsional									
Fungsional	12	52,2	11	47,8	33	15,6	0,377	0,002	Somers'd
Tdk mandiri	18	14,5	10	85,5	114	84,7			
Mandiri			6						
Jlh penyakit									
>1	28	27,5	74	72,5	102	69,4	0,230	0,00	Somers'd
< 1	2	4,4	43	95,6	45	30,6			
Fungsi kognitif									
MMSE	12	27,3	32	72,7	44	29,9	0,098	0,20	Somers'd
Kemungkinan demensia	18	17,5	85	82,5	103	70,1			
Penuaan normal									
AMT	13	31,7	28	68,3	41	27,9	0,157	0,05	Somers'd
Ggn daya ingat Normal	17	16,0	89	84,0	106	72,1			
GDS									
Depresi	8	50,0	8	50,0	16	10,9	0,332	0,02	Somers'd
Tdk depresi	22	16,8	10	83,2	131	89,1			
			9						

Tabel 5. Hubungan Dimensi Fisik, Emosional dan Intelektual dengan Kualitas Hidup

Variabel	Kualitas Hidup						Statistik		
	Rendah		Tinggi		Total		R	p	Uji statistik
	n	%	n	%	n	%			
Dimensi Fisik									
Asupan gizi									
Gizi tidak seimbang	0	0,0	19	100,	19	12,9	-0,234	0,00	Somers'd bermakna
Gizi seimbang	30	23,4	98	0	128	87,1			
Kebiasaan olah raga									
Tidak	11	21,	41	78,8	52	35,4	0,012	0,86	Somers'd tdk bermakna
Ya	19	2	76	80,0	95	64,6			
Kebiasaan merokok									
Ya	7	21,	25	78,1	32	21,8	0,019	0,81	Somers'd tdk bermakna
Tidak	23	9	92	80,0	115	78,2			
Pemeriksaan kesehatan									
Tidak	10	43,	13	56,6	23	15,6	0,273	0,01	Somers'd Bermakna
Ya	20	5	104	85,9	124	84,4			
Dimensi Emosional									
Curhat									
Tidak	19	20,	72	79,1	91	61,9	0,012	0,85	Somers'd tdk bermakna
Ya	11	9	45	80,4	56	38,1			
Mendengarceramah agama									
Tidak	29	22,	103	78,0	132	89,8	0,153	0,05	Somers'd tdk bermakna
Ya	1	0	14	93,3	15	18,2			
Mendengar musik									
Tidak	29	20,	110	79,1	139	94,6	0,084	0,50	Somers'd tdk bermakna
Ya	1	9	7	87,5	8	5,4			
Me/dikunjungi teman									
Tidak	23	28,		72,0	82	55,8	0,173	0,00	Somers'd
Ya	7	9	59	89,2	65	44,2			
Me/dikunjungi saudara									
Tidak	20	8		68,3	63	42,9	0,198	0,00	Somers'd
Ya	10		43	88,1	84	57,1			

Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS)

Variabel	Kualitas Hidup						Statistik		
	Rendah		Tinggi		Total		R	p	Uji statistik
	n	%	n	%	n	%			
Dimensi Intelektual									
Memanfaatkan fasilitas asah									
otak	19	16,	100	84,0	119	81,0	-0,233	0,02	Somers'd
Tidak	11	0	17	60,7	28	19,0			
Ya		39,							
		9							
Melakukan permainan Asah									
otak	23	17,	108	82,4	131	89,1	-0,262	0.06	Somers'd
Tidak	7	6	9	56,3	16	10,9			
Ya		43,						bermakna	
		8							
Membaca buku pada									
kegiatan luang	20	18,	88	81,5	108	73,5	-0,071	0,37	Somers'd
Tidak	10	5	2	74,4	39	26,6			
Ya		25,						bermakna	
		6							

Tabel 6. Hubungan Dimensi Sosial, Vokasional, Spiritual dengan Kualitas Hidup

Variabel	Kualitas Hidup				Statistik			Uji statistik	
	Rendah		Tinggi		Total		R		P
	N	%	n	%	N	%			
Dimensi Sosial									
Membantu pesta/musibah									
Tidak	30	24,0	92	76,0	125	85,0	0,240	0,000	Somers'd
Ya	0	0,0	22	100,0	22	15,0			
Kerja bakti									
Tidak	30	24,8	91	75,2	121	82,7	0,248	0,000	Somers'd
Ya	0	0,0	26	100,0	26	17,9			
Keg. bersama wirid/kebaktian									
Tidak	8	33,3	16	66,7	24	16,3	0,154	0,141	Somers'd
Ya	22	17,9	101	82,1	123	82,7			
Silaturahmi teman									
Tdk pernah	12	31,6	26	68,4	38	25,9	0,229	0,000	Somers'd bermakna
Jarang	10	50,0	10	50,0	20	13,6			
Sering	8	9,0	81	91,0	89	60,5			
Silaturahmi keluarga									
Tdk pernah	8	25,8	23	74,2	31	21,1	0,150	0,014	Somers'd bermakna
Jarang	11	39,3	17	60,7	28	19,0			
Sering	11	12,5	77	87,5	88	59,9			
Dimensi Vokasional									
Tetap bekerja/usaha									
Tidak	29	23,2	96	76,8	125	85,5	0,187	0,004	Somers'd bermakna
Ya	1	4,5	21	95,5	22	15,0			
Melakukan kegiatan produktif/ hobi									
Tidak	18	26,5	50	73,5	68	46,3	0,113	0,092	Somers'd
Ya	12	15,2	67	84,8	89	53,7			
Mengikuti kegiatan ketrampilan									
Tidak	3	21,4	11	78,6	14	9,5	-0,011	0,922	Somers'd
Ya	27	20,3	106	79,7	133	90,5			
Dimensi Spiritual									
Bersyukur									
Tidak	21	41,2	30	59,8	51	34,7	0,318	0,000	Somers'd Bermakna
Ya	9	9,4	87	90,6	96	65,3			
Ibadah/kitab suci									
Tidak	13	31,0	29	69,0	42	28,6	0,148	0,067	Somers'd

Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS)

Variabel	Kualitas Hidup				Statistik				
	Rendah		Tinggi		Total		R	P	Uji statistik
	N	%	n	%	N	%			
Tidak Ya	17	16,2	88	83,8	105	71,4			Tdk bermakna
Tadabur alam/ Rekreasi	10	16,7	50	85,3	60	40,8	-0,059	0,290	Somers'd
Tdk pernah	11	21,2	41	78,8	52	35,4			
Jarang	9	25,7	26	74,3	35	23,8			
Sering									

PEMBAHASAN

Kualitas Hidup

Lanjut usia yang diasuh pada Home Care Cicantayan ternyata 93,2% mempunyai kualitas hidup tinggi diikuti dengan Panti Cipayung 66,7 % dan Panti Cibubur 65,7 %. Padahal lanjut usia home care di masyarakat Cicantayan dan Panti Cipayung mempunyai status ekonomi rendah (91,8%, 97,4%) serta berpendidikan rendah. Hal ini disebabkan lanjut usia home care di masyarakat Cicantayan mempunyai ikatan kekerabatan yang kuat, melakukan silaturahmi secara aktif atau pasif, bersyukur dan menghargai hidup, tetap menjaga kemandirian diri melalui olah fisik, aktif bekerja dan berperan di masyarakat dan melakukan kegiatan-kegiatan sosial merupakan faktor yang berkorelasi dengan kualitas hidup serta terbukti bermakna secara statistik.

Sosiodemografi dan kualitas hidup

Menurut Badan Pusat Statistik Umur Harapan Hidup Waktu Lahir Bangsa Indonesia pada tahun 2010 adalah 67,4 tahun dan diperkirakan pada tahun 2020 menjadi 71,1 tahun. Umur lanjut usia pada penelitian ini yaitu antara 60-100 tahun dengan umur rata-rata 73 tahun, median 72 tahun berarti lebih tinggi dari perkiraan BPS. Dengan demikian pertambahan populasi lanjut usia ini akan bertambah lebih cepat dari perkiraan, sehinggaantisipasi penyelesaian permasalahan lanjut usia ini terutama penyakit degeneratif sudah merupakan hal yang mendesak.

Jumlah lanjut usia pada penelitian ini sebanyak 147 orang yang terdiri dari 110 orang perempuan dan 37 orang laki-laki (pr : lk = 3: 1). Dengan demikian penyelenggara atau penyedia pelayanan harus memperhatikan kespesifikan permasalahan perempuan lanjut usia.

Sebagian besar lanjut usia (72,8%) berpendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD dan tamat SD) dan 67,3 % berasal dari masyarakat Cicantayan atau 98,6 % dari subjek Cicantayan. Dengan demikian pengetahuan tentang kesehatanpun sangat terbatas terutama tentang gizi. Dari 51 orang lanjut usia yang mempunyai gizi kurang, 33 orang atau 64,7% berasal dari Home care Cicantayan. Hal ini juga dapat dilihat dari kenyataan bahwa semua lanjut usia Cicantayan yang diperiksa darahnya ternyata semuanya menderita anemia. Tidak jauh berbeda dengan lanjut usia Panti Cipayung yang berpendidikan rendah sebesar 76,9%, dan 97,4 % subjek dengan kondisi sosial ekonomi rendah. Dengan demikian persiapan menjadi lanjut usia yang sehat, intervensi pendidikan seumur hidup yang dimulai sejak usia dini harus menjadi Kebijakan Nasional yang diterapkan pada seluruh wilayah Indonesia, selain menjaga kesehatan sejak dari dalam kandungan.

Berbagai faktor secara teori berhubungan dengan kualitas hidup, namun tidak semua faktor tersebut didukung dalam penelitian ini seperti: Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup karena dengan bertambahnya umur maka terjadi berbagai perubahan kapasitas fungsional dan berdampak pada penurunan kualitas hidup(9).

Hasil penelitian ini tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara usia dengan kualitas hidup, tetapi terdapat kecenderungan bahwa bertambahnya usia seseorang maka terjadi berbagai perubahan kapasitas fungsional dan akan berdampak pada penurunan kualitas hidup lanjut usia terutama dimensi kesehatan fisik dan kesehatan psikologis. Status kesehatan fisik berpengaruh secara bermakna terhadap semua ukuran status fungsional, seperti dijelaskan Petrin(19) dan Kalkauli(20).

Jenis kelamin. Hasil penelitian ini juga menunjukkan tidak adanya korelasi antara jenis kelamin dengan kualitas hidup. Berbeda dengan konsep dan penelitian sebelumnya bahwa jenis kelamin merupakan faktor risiko terhadap kualitas hidup. Menurut WHO kualitas hidup lanjut usia perempuan lebih rendah dari kualitas hidup lanjut usia laki-laki(1). Pernyataan ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Soghra(21) pada warga lanjut usia di bagian barat Teheran bahwa kualitas hidup lanjut usia perempuan lebih rendah dibanding kualitas hidup lanjut usia laki-laki. Namun sebaliknya Petrin(19) mendapatkan bahwa jenis kelamin laki-laki ternyata merupakan faktor resiko terhadap kualitas hidup domain lingkungan dan jika faktor lain dikendalikan ternyata kualitas hidup laki-laki lebih rendah dari kualitas hidup perempuan lanjut usia. Pada penelitian ini ternyata secara deskriptif kualitas hidup perempuan lebih baik daripada laki-laki, namun tidak ada korelasi.

Status pendidikan. Pada penelitian ini menunjukkan ada korelasi sangat lemah dengan kualitas hidup tidak bermakna dengan arah negatif. Artinya makin rendah pendidikan makin tinggi kualitas hidupnya. Hal ini tidak bisa diambil sebagai suatu simpulan sebab ini terjadi karena kelompok lanjut usia yang diteliti mempunyai karakteristik, lingkungan, sosiodemografi yang berbeda dan lanjut usia yang berpendidikan rendah berada di Cicantayan dengan umur yang lebih muda dengan kualitas hidup tinggi, selain itu banyak faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup serta instrumen kualitas hidup yang digunakan lebih mengukur kualitas hidup dari aspek kesehatan, dan wellness. Pada penelitian sebelumnya tingkat pendidikan yang lebih rendah berhubungan dengan penurunan kualitas hidup warga lanjut usia(19,21). Hal tersebut dapat terjadi karena status ekonomi

dan status pendidikan dari subjek relatif homogen.

Status Perkawinan: Pada penelitian ini tidak ada korelasi yang bermakna dengan kualitas hidup, sehingga sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Petrin(19) dan penelitian lainnya, ternyata status perkawinan tidak bermakna secara statistik merupakan faktor yang memengaruhi kualitas hidup warga lanjut usia(19,21). Namun penelitian yang dilakukan oleh Koukouli dkk.(20) menyatakan bahwa status perkawinan berpengaruh secara bermakna terhadap 4 dari 5 indek status fungsional (peran sosial dan mobilitas, hambatan perawatan diri sendiri, keterbatasan yang serius, keterbatasan ringan perawatan diri sendiri) (20). Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Tiago da Silva Alexandre dkk. (21,22) bahwa status perkawinan merupakan salah satu faktor yang memengaruhi kualitas hidup.

Status ekonomi. Makin tinggi status ekonomi maka makin tinggi juga kualitas hidupnya (9, 21). Penelitian ini tidak dapat mendukung hasil penelitian tersebut dikarenakan karakteristik subjek yang diperiksa tidak sama.. Lanjut usia yang berpenghasilan rendah adanya di Home care Cicantayan dengan kualitas hidup tinggi. Lanjut usia Panti Cipayang hampir semuanya berpenghasilan rendah dengan kualitas hidup rendah.

Status pekerjaan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lanjut usia yang masih bekerja menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik secara bermakna dibandingkan dengan mereka yang tidak bekerja. Bekerja akan memberikan pengaruh positif terhadap daya mempertahankan fungsi fisik dan kognisi yang tinggi, mempertahankan keterlibatan sosial yang aktif dan aktivitas yang produktif. Saat ini bekerja atau tidaknya seorang lanjut usia akan memengaruhi kualitas hidup seseorang. Status pekerjaan menurut

beberapa peneliti sebelumnya berhubungan dengan status ekonomi seseorang (19,21), namun hasil penelitian ini tidak menunjukkan korelasi yang bermakna antara status ekonomi dengan kualitas hidup lanjut usia, sehingga tidak sesuai dengan temuan yang membuktikan bahwa semakin baik status ekonomi para lanjut usia maka semakin tinggi kualitas hidupnya terutama untuk dimensi kesehatan fisik dan lingkungan(19,21).

Wellness dan Kualitas Hidup

Dari 4 komponen dimensi fisik yang dinilai hanya perilaku pemeriksaan kesehatan secara teratur yang berkorelasi secara bermakna dengan kualitas hidup kesehatan. Hasil penelitian ini mendukung pernyataan Departemen Kesehatan bahwa perilaku merupakan faktor yang sangat penting untuk diintervensi, karena status kesehatan dipengaruhi oleh faktor perilaku sebesar 30% (23,24). Masalah gizi merupakan salah satu sindrom geriatri. Sindrom geriatri (25-28) sangat penting untuk diketahui oleh lanjut usia dan keluarga karena sering merupakan gejala atau tanda awal penyakit yang mendasari terjadinya sindrom ini. Lanjut usia keluarga, masyarakat dan petugas panti seyogianya dapat mengenali sindrom geriatri ini, serta melakukan penatalaksanaan awal sindrom geriatri ini termasuk pencegahan dampak atau komplikasi yang mungkin terjadi. Dengan demikian pemeriksaan kesehatan untuk deteksi dini, pencegahan penyakit dan pengobatan segera harus didorong agar penyakit yang diderita dapat terkontrol.

Meskipun secara statistik kebiasaan berolahraga berkorelasi sangat lemah dengan kualitas hidup, tetapi secara substansial kebiasaan berolahraga adalah perilaku penting yang mendukung kesehatan dan berhubungan dengan kualitas hidup(1). Hal tersebut dapat dijelaskan bahwa kebiasaan berolah raga sebagian besar dilakukan oleh lanjut usia Panti

Cipayung, namun lanjut usia Panti Cipayung mempunyai penyakit lebih banyak dan angka depresi dan kemungkinan demensia dengan persentase yang paling tinggi sehingga mengaburkan pengaruh olah raga pada kualitas hidup. Persentase terendah melakukan kebiasaan olah raga adalah lanjut usia Home Care Cicantayan. Lanjut usia Home Care Cicantayan meskipun tidak mempunyai kebiasaan berolahraga, namun mempunyai aktivitas fisik cukup banyak, mereka aktif melakukan kegiatan rumah, kegiatan sosial dan sebagian mereka masih bekerja. Dari Tabel 4. terlihat persentase status fungsional/kemandirian lanjut usia Home Care Cicantayan paling tinggi.

Dimensi Emosional

Curhat, mengunjungi dan dikunjungi saudara dan teman adalah merupakan sebagian kemampuan seseorang untuk berhubungan dengan manusia lainnya yang dikenal juga dengan kecerdasan emosional. Penelitian Daniel Goleman(29) dalam buku Emotional Intelligence (EQ) menyebutkan bahwa kontribusi IQ terhadap kesuksesan hidup paling banyak 20% dan 80% sisanya ditentukan oleh faktor-faktor lain, yaitu sehimpunan faktor yang disebut kecerdasan emosional (EQ). Dimensi emosional dengan pendekatan spiritual adalah mendengarkan ceramah agama, terlihat berkorelasi dengan kualitas hidup ($p=0,059$). Hal tersebut di atas mendukung temuan Thomas J dalam jurnal Caregiving to Aging Parents yaitu keluarga biasanya memberikan dukungan untuk perawatan diri sedangkan teman lebih untuk memberikan dukungan emosi(30).

Dimensi Intelektual

Perbedaan yang nyata dari membaca pada waktu luang dengan membaca kitab suci terlihat. Hal tersebut dapat dijelaskan bahwa membaca kitab suci bukan hanya sekedar

membaca tetapi mestimulasi indra lainnya, melihat dengan mata, diucapkan dengan suara dan didengar dengan telinga. Selain itu membaca kitab suci merangsang kita berfikir tentang tajwidnya serta juga mengingat dan memahami makna dari arti/tafsirnya dan diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Mendengarkan ceramah agama dan membaca kitab suci adalah aktivitas kesehatan emosional, intelektual dan spiritual yang berhubungan dengan kualitas hidup. Artinya peningkatan wellness melalui aktivitas-aktivitas pendekatan spiritual sangatlah penting karena akan memengaruhi selain spiritual sendiri juga dimensi emosional dan intelektual.

Wellness Dimensi Sosial

Silaturahmi, membantu orang lain pada pesta/musibah, kerja bakti, berkorelasi secara bermakna dengan kualitas hidup. Silaturahmi adalah aplikasi dari dimensi emosional, sosial dan spiritual. Silaturahmi hakikatnya melaksanakan/menjaga hubungan kasih sayang dengan sesama manusia atau memperkuat ikatan kekerabatan. Oleh karena itu, ikatan kekerabatan atau silaturahmi dengan keluarga dan atau teman merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup.

Wellness Dimensi Vokasional

Komponen tetap bekerja berkorelasi secara bermakna dengan kualitas hidup. Perilaku dari aplikasi dimensi vokasional adalah berupa kegiatan produktif. Penelitian ini mendukung temuan penelitian yang dilakukan Petrin(19) yaitu lanjut usia yang mempunyai aktivitas produktif memiliki kualitas hidup yang lebih baik terutama pada dimensi kesehatan fisik. Seseorang yang mempunyai kegiatan produktif selain mempunyai kesehatan fisik yang lebih baik juga akan memengaruhi kesehatan emosional dan intelektualnya, yaitu merasa puas dan bahagia karena mempunyai

penghasilan sendiri, dapat berkontribusi membantu kegiatan bermanfaat, melakukan hobi atau tetap mengasah kognitif, tidak merasa kesepian karena mempunyai aktivitas rutin tersendiri.

Wellness Dimensi Spiritual

Dimensi spiritual ini merupakan salah satu dimensi penting yang perlu diperhatikan oleh lanjut usia, keluarga, masyarakat dan para petugas seta pengasuh dalam meningkatkan kualitas hidup mereka. Makhija(31) menyatakan bahwa keimanan atau keyakinan religius adalah sangat penting dalam kehidupan personal individu. Keyakinan tersebut diketahui sebagai suatu faktor yang kuat dalam penyembuhan dan pemulihan fisik. Bersyukur merupakan salah satu bagian dari kecerdasan spiritual dan kesehatan spiritual. Kecerdasan spiritual adalah kemampuan kita untuk dapat mengenal dan memahami diri kita sepenuhnya sebagai makhluk spiritual maupun sebagai bagian dari alam semesta. Kesehatan spiritual adalah rasa keharmonisan saling kedekatan antara diri dengan orang lain, alam, dan lingkungan yang tertinggi(32).

Dengan memiliki kecerdasan dan kesehatan spiritual berarti kita memahami sepenuhnya makna dan hakikat kehidupan yang kita jalani dan ke manakah kita akan pergi. Jika seseorang yang menghargai hidup dan bersyukur maka dia selalu merasa hidup ini adalah anugerah, indah serta bahagia. Tidak pernah mengeluh dan menghargai apapun yang dialaminya meskipun tidak sesuai dengan harapannya, berprasangka positif atau baik sangka kepada Tuhan atas segala sesuatu yang terjadi dalam dirinya, karena dia percaya bahwa itulah yang terbaik menurut sang Penciptanya untuk dirinya sehingga dia menemukan rasa damai dan tenang di hati. Rasa damai dan tenang di hati akan menciptakan sikap hidup tetap ikhlas dan bersyukur sehingga jauh dari rasa tidak nyaman, gelisah atau depresi.

Rasa tidak nyaman, gelisah atau depresi merupakan dimensi dari kualitas hidup, dengan demikian seorang yang selalu bersyukur akan berpengaruh positif pada kualitas hidupnya.

SIMPULAN

Beberapa komponen dalam semua dimensi wellness berkorelasi dengan kualitas hidup para lanjut usia. Makin banyak komponen dari dimensi wellness yang dilakukan, makin besar pula proporsi lanjut usia yang mempunyai kualitas hidup tinggi. Komponen wellness yang berkontribusi secara bermakna terhadap kualitas hidup adalah: pemeriksaan kesehatan, berinteraksi di waktu luang dengan sesama/saling mengunjungi, membantu sesama, kerjabakti, silaturahmi, tetap berperan, tetap bekerja, bersyukur. Status sosio demografi dan kesehatan yang bermakna adalah status pekerjaan, status fungsional, jumlah penyakit dan tatus mental. Pemeriksaan kesehatan, bersyukur, membantu sesama, kerjabakti, silaturahmi, tetap berperan, tetap bekerja, berinteraksi di waktu luang dengan sesama dapat diterapkan pada semua tempat dimana lanjut usia tinggal. Perlu dilakukan penelitian lanjutan atau yang sama pada satu kelompok lanjut usia yang mempunyai karakteristik yang sama sehingga akan didapatkan faktor yang spesifik mempengaruhi kualitas hidup

Ucapan Terimakasih:

Kami haturkan kepada Dr.dr. Ceresna H. S, Sp.PD Kger, M.Epid., Prof. Dr.drg. Tri Budi W. Rahardjo, Dr. dr. Martina WS Nasrun, Sp.KJ (K), Prof. Dr.dr. Sarwono Waspaji Sp.PD-KEMD, Prof. dr. Budi Utomo, MPH, PhD, Prof. Dr.dr. Rd Irawati Ismail Sp.KJ(K), M.Epid. DR.dr. Andryansyah, MPH yang telah banyak membrikan bimbingan selama penelitian ini berlangsung.

DAFTAR PUSTAKA:

1. WHO/NMH/02.8DISTR GO, ENGLISH. Active ageing a policy framework. Jakarta National Commission for Older Persons; 2007.
2. VS R. Active ageing. 50+SINGAPORE HANDBOOK A Positive approach to living life to the fullest. Singapore: Ezyhealth; 2009. p. 34-6.
3. Verlaine.S Ramos. Active ageing. 50+SINGAPORE HANDBOOK A Positive approach to living life to the fullest. Singapore: Ezyhealth; 2009. p. 34-6.
4. Abikusno N. Older population in Indonesia: trends, issues and policy responses. Bangkok UNFPA Indonesia and Country Technical Services Team for East and South-East Asia,; 2007.
5. Komnas Lansia. Laporan pelaksanaan program kerja tahun 2007. Jakarta; 2007 Contract No.: Document Number|.
6. Arjun Adlakha A RD. Aging trends: Indonesia Journal of cross-cultural gerontology. 1994 Januari 1994;9 number 1 1994:99-108.
7. Darmojo RB. Gerontologi dan geriatri di Indonesia. In: Sudoyo AW SB, Alwi I, K Simadibrata M, Setiati S, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam. IV ed. Jakarta: Pusat Penerbitan IPD FKUI 2007. p. 1440-6.
8. Darmojo RB. Demografi dan epidemiologi populasi lanjut usia. In: Damojo RB MH, editor. Buku ajar geriatri (ilmu kesehatan usia lanjut). 2 ed. Jakarta: Balai penerbit FKUI; 2000. p. 35-71.
9. Soejono CH. Pengkajian paripurna pada pasien geriatri. In: Setiati S, Harimurti K, Roosheroe AG, editors. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Jakarta: Pusat penerbitan IPD FKUI; 2007. p. 1415-9.
10. Paúl C, Ribeiro O, Teixeira L. Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2012;2012:382972. doi: 10.1155/2012/382972. Epub 2012 Oct 31. PMID: 23193396; PMCID: PMC3501803.
11. Foster L, Walker A. Active Ageing across the Life Course: Towards a Comprehensive Approach to Prevention. *Biomed Res Int.* 2021 Feb 3;2021:6650414. doi:

- 10.1155/2021/6650414. PMID: 33623785; PMCID: PMC7875625.
12. Nihat AYCEMAN MSc. Understanding wellness. Turkish: International Turkish Massage Institute; 2010 [updated 2010 4 August; cited 2010 4 August]; Available from.
 13. 13. Mihun Kang Ph D, Randall Russ Ph D, Jay Sang Ryu. Wellness for Older Adults in Daily Life. Oklahoma Cooperative Extension Service. 2008 15 April 2009:T2237-1 - T-4.
 14. Verlaine S Ramos. The 6 dimentions of wellness, a holistic approach to active ageing. In: Council TA, editor. 50+ Singapore handbook a positive approach to living life to te fullest. Singapore: Ezyhealth 2009. p. 30-3.
 15. Crowther MR, Parker MW, Achenbaum WA, Larimore WL, Koenig HG. Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality--the forgotten factor. *Gerontologist*. 2002 Oct;42(5):613-20. doi: 10.1093/geront/42.5.613. PMID: 12351796.
 16. Fidiansyah. Efektifitas model penilaian status kognitif warca usia lanjut dan kualitas hidupnya di pelayanan kesehatan primer wilayah pedesaan/ [Disertasi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2010.
 17. Wolfs CAG DC, Kessels A, Willems DCM, Verhey FRJ, Severens JL. Performance of the EQ-5D and the EQ-5D+C in elderly patients with cognitive impairments. *BioMed Centrals*. [Health and Quality of Life Outcome]. 2007 14 June;5:1-10.
 18. Siti Setiati KH, Esthika Dewiasty, Rahmi Istanti. Predictors and scoring system for health-related quality of life in an Indonesian community – dwelling elderly population *Acta Medica Indonesiana*. [Original article]. 2011 October 2011;Vol.43, Number 4, :6.
 19. Petrin Handayani L.Sugianto, Chales E.Damping, Martina Wiwie S.Nasrun. Kualitas Hidup dan Faktor-Faktor yang Berhubungan pada Lanjut Usia di Kelurahan Manggarai Kecamatan Tebet Jakarta Selatan. *Indonesian Psychiatric Quaterly*. 2008 October 2008;Tahun XLI No.4(Jiwa):9-28.
 20. Koukouli S, Vlachonikolis IG, Philalithis A. Socio-demographic factors and self reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Services Research* 2002;2:20.
 21. Soghra Nikpour PhD, Soola AH, Seiedoshohadaei M, Haghanani H. Relationship between Quality of life and Socio-demographic characteristics among older people in Tehran-Iran. *Middle East Journal f Age and Ageing*. 2007 April;4(2).
 22. Tiago da Silva Alexandre, Renata Cereda CordeiroII, RamosII LR. Factors associated to quality of life in active elderly. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009.
 23. Avip Syaefullah. Relevansi Pembangunan Kesehatan Daerah terhadap Kebijakan Kesehatan Nasional di Era Otonomi Daerah. In press 2005.
 24. Barat BPdPJ, Barat BPSPJ. Penyusunan Data Basis Indeks Pembangunan Manusia (IPM)
 25. Provinsi Jawa Barat Tahun 2006. In: Barat BPSPJ, editor. Bandung: BADAN PUSAT STATISTIK PROPINSI JAWA BARAT; 2006.
 26. SDM Sardjito. Kenali 13 gangguan kesehatan usia senja. Jogjakarta; 2008.
 27. Depkes R. Pedoman pembinaan kesehatan usia lanjut bagi petugas kesehatan II. V ed. Kesehatan, editor. Jakarta: Depkes; 1998.
 28. Departemen Penyakit Dalam U. Geriatri dan gerontologi di Indonesia. *Journal [serial on the Internet]*. 2007 Date.
 29. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut di Puskesmas,. Jakarta Kementerian Kesehatan RI,; 2010.
 30. Goleman D. Emotional Intelligence. New York; 1995.
 31. Thomas J. Durant J, Christian OG. Caregiving To Aging Parents. *Journal [serial on the Internet]*. 2006 Date.
 32. Makhija N. Spiritual Nursing. *Nursing journal of India*. 2002 June 2002;93(6):2.
 33. McSherry W. Making sense of spirituality in nursing and health care practice. An interactive approach. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006 [cited].