

Peran Kader Kesehatan Terhadap Kualitas Hidup Lanjut Usia (Lansia) Di Wilayah Kelurahan Kalibaru Kecamatan Cilincing Jakarta Utara Tahun 2018

Role of Community Volunteers in Improving Quality of Life of The Elderly in Kalibaru North Jakarta Indonesia

Susi Susilawati

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten, Banten, Indonesia

*Coressponding Author:
susy77sastrahadi@gmail.com

Submission November 2021, Revised Desember 2021, Accepted Desember 2021

ABSTRAK

Pertumbuhan penduduk lanjut usia di Indonesia cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Proses penuaan merupakan kondisi alami yang tidak dapat dihindari. Menurunnya fungsi fisiologis, psikologis dan sosial yang dialami oleh lansia akan berdampak pada kualitas hidup lansia. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh kader relawan komunitas terhadap kualitas hidup pasien lansia di Kelurahan Kalibaru Kecamatan Cilincing Jakarta Utara Tahun 2018. Penelitian dilakukan dengan desain cross sectional melalui pendekatan kuantitatif. didukung oleh kualitatif. Populasi penelitian adalah seluruh lansia yang ada di wilayah kelurahan Kalibaru dengan jumlah populasi 60 lansia > 59 tahun. Pengumpulan data penelitian kuantitatif melalui wawancara terstruktur. Analisis statistik dengan uji regresi logistik. Pengumpulan data kualitatif melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran kader relawan tinggi berpeluang 3,2 kali dalam meningkatkan kualitas hidup lansia baik dibandingkan peran kader rendah setelah dikontrol oleh variabel jenis kelamin, usia, pendidikan dan perkawinan (p value = 0,046; adjor = 3,23; 95% CI = 1,02-10,24). Peran kader relawan dalam peningkatan kualitas hidup lansia dimulai dengan identifikasi kebutuhan, perawatan paliatif di rumah lansia dengan pengawasan tenaga kesehatan (dokter poliklinik), kebutuhan tindak lanjut, pemberian edukasi, serta koordinasi dan administrasi. Peningkatan keterampilan kader secara terus menerus diperlukan untuk memberikan perawatan paliatif kepada lansia. Lansia terbanyak berjenis kelamin perempuan yaitu 41 orang (68,3%), kelompok usia lanjut (lansia) 60 - <75 tahun sebanyak 37 orang (61,7%), berpendidikan rendah (tidak sekolah/tidak tamat SD), yaitu 41 orang (68,3%), dan status belum kawin/duda/duda sebanyak 39 orang (65%). Sedangkan untuk peran keluarga lansia, sebagian besar lansia menyatakan peran keluarga sudah baik yaitu 43 orang (71,7%). Sebagian besar lansia menyatakan peran kader relawan tinggi yaitu 31 orang (51,7%). Kualitas hidup secara keseluruhan dengan nilai median 72,5 diperoleh hasil yang sama yaitu 50% lansia dengan kualitas hidup baik dan 50%

How to cite:

Susilawati, S. (2021) Peran Kader Kesehatan Terhadap Kualitas Hidup Lanjut Usia (Lansia) Di Wilayah Kelurahan Kalibaru Kecamatan Cilincing Jakarta Utara Tahun 2018. *Berdikari: Jurnal Pengabdian Masyarakat Indonesia*. 4 (1): 10 - 29. doi: 10.11594/BJPMI.04.01.2

lansia dengan kualitas hidup buruk. Peran kader melawan dalam peningkatan kualitas hidup lansia dimulai dengan mengidentifikasi kebutuhan perawatan lansia, melakukan perawatan paliatif di rumah lansia di bawah pengawasan petugas kesehatan (dokter puskesmas), menindaklanjuti kebutuhan perawatan dan kesejahteraan lansia, memberikan pendidikan kepada lansia, koordinasi dan administrasi.

Kata Kunci: kader, lansia, paliatif

ABSTRACT

The growth of elderly population in Indonesia tends to increase from year to year. The aging process is a natural condition that cannot be avoided. Decreasing physiological, psychological and social functions experienced by the elderly will have an impact on the quality of life of the elderly. The aim of the study was to determine the effect of community volunteer cadres on the quality of life of elderly patients in the Kalibaru Urban Village, Cilincing District, North Jakarta, in 2018. The study was conducted with a cross sectional design through a quantitative approach supported by qualitative. The study population was all the elderly in the Kalibaru village area with a total population of 60 elderly > 59 years old. Collection of quantitative research data through structured interviews. Statistical analysis with logistic regression test. Qualitative data collection through in-depth interviews and focus group discussions. The results showed that the role of high volunteer cadres had a 3.2 times chance of improving the quality of life of a good elderly compared to a low cadre role after being controlled by variables of sex, age, education and marriage (p value = 0.046; adjor = 3.23; 95% CI = 1.02-10.24). The role of volunteer cadres in improving the quality of life of the elderly begins with identification of needs, palliative care in elderly homes with supervision of health workers (clinic doctors), follow-up needs, providing education, and coordination and administration. Continuous improvement of cadre skills is needed to provide palliative care to the elderly. Most of the elderly are female, namely 41 people (68.3%), the elderly age group (elderly) 60 - <75 years are 37 people (61.7%), have low education (not in school / not graduated from elementary school), namely 41 people (68.3%), and the status of not married/widow/widower is 39 people (65%). As for the role of the elderly family, most of the elderly stated that the role of the family was good, namely 43 people (71.7%). Most of the elderly stated that the role of volunteer cadres was high, namely 31 people (51.7%). Overall quality of life with a median value of 72.5, obtained the same results, namely 50% of the elderly with good quality of life and 50% of the elderly with poor quality of life. The role of volunteer cadres in improving the quality of life of the elderly begins with identifying the needs of elderly care, performing palliative care at the elderly's home under the supervision of health workers (puskesmas doctors), following up on the care and welfare needs of the elderly, providing education to the elderly, and coordinating and administration.

Keywords : cadres, elderly, palliative

Pendahuluan

Saat ini jumlah lansia (lansia) di dunia diperkirakan melebihi 629 juta (satu dari sepuluh berusia di atas 60 tahun). World Population Data Sheet yang dilansir Population Reference Bureau (PRB) memperkirakan pada tahun 2012, jumlah penduduk berusia 65 tahun ke atas di dunia mencapai 8% dari 7 miliar penduduk dunia atau sekitar 564 juta orang. Sebanyak 53% dari populasi lansia global berada di Asia. Pada tahun 2025 jumlah lansia diperkirakan akan mencapai 1,2

miliar (Nugroho, 2008). Menurut World Health Organization (WHO), di kawasan Asia, penduduk usia lanjut di Indonesia menempati posisi ke empat setelah China, India dan Jepang. Sampai sekarang ini, penduduk di 11 negara anggota World Health Organization (WHO) kawasan Asia Tenggara yang berusia di atas 60 tahun berjumlah 142 juta orang dan di perkirakan akan terus meningkat hingga 3 kali lipat di tahun 2050 (WHO, 2012). Jumlah penduduk lansia di Indonesia pada tahun 2012 mencapai 28 juta jiwa atau sekitar delapan persen dari jumlah

penduduk Indonesia. Berdasarkan data proyeksi penduduk, diperkirakan tahun 2017 terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9,03%).

Peningkatan jumlah penduduk lansia akan berdampak terhadap sosial ekonomi baik dalam keluarga, masyarakat, dan pemerintah. Dampak ekonomis dari peningkatan lansia adalah peningkatan dalam ratio ketergantungan usia lanjut (old age ratio dependency). Setiap penduduk usia produktif akan menanggung semakin banyak penduduk usia lanjut. Menurut Suhartini (2009) mengestimasi angka ketergantungan lansia pada tahun 1995 adalah 6,93%, artinya 100 penduduk usia produktif harus menyokong 7 orang lansia tahun 2015 menjadi 8,74% artinya 100 penduduk usia produktif harus menyokong 9 orang lansia berumur >65 tahun.

Peningkatan jumlah lanjut usia akan menyebabkan berbagai masalah kesehatan seperti meningkatnya penyakit degeneratif dan kanker yang menyebabkan penurunan produktifitas lansia. Penurunan produktifitas pada lansia terjadi karena penurunan fungsi, sehingga dapat menyebabkan lansia mengalami penurunan kemandirian dalam melaksanakan kegiatan harian (Rohaedi, 2016). Penurunan kondisi fisik lanjut usia berpengaruh pada kondisi psikis. Seiring berubahnya penampilan, menurunnya fungsi panca indra menyebabkan lansia merasa rendah diri, mudah tersinggung, dan merasa tidak berguna lagi. Keluhan kesehatan tidak selalu mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari. Keluhan kesehatan yang mengganggu kegiatan sehari-hari inilah yang disebut sebagai kondisi sakit akibat daya tahan tubuh yang menurun menyebabkan kondisi tubuh lebih rentan terhadap penyakit. Pada tahun 2015 angka kesakitan lanjut usia sebesar 28,62%, artinya bahwa dari setiap 100 orang lanjut usia terdapat sekitar 28 orang diantaranya mengalami sakit (Pusat Data dan Informasi, 2017).

Berbagai upaya telah dilakukan masyarakat untuk menjaga kesehatan lansia,

baik lansia yang sakit mandiri maupun anggota keluarga yang masih sehat. Upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga kesehatan antara lain pengobatan sendiri, rawat jalan atau rawat inap. Masih banyak lansia yang tidak berobat, yaitu sebesar 27,84%. Alasan utama 54,06% lansia tidak mau berobat jalan adalah karena pengobatan sendiri. Demi tercapainya hidup sehat sebagai upaya menurunkan prevalensi penyakit hingga 50% (lima puluh persen), awal tahun 2016 Bappenas telah meluncurkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (germas) yang dilaksanakan dan didukung oleh semua lintas sektor terkait.

Pelayanan lanjut usia meliputi pelayanan yang berbasiskan pada keluarga, masyarakat, dan lembaga (Demartoto, 2007). Keterlibatan keluarga dan masyarakat merupakan wujud dari gerakan masyarakat. Keikutsertaan masyarakat dalam meningkatkan efisiensi pelayanan adalah atas dasar terbatasnya daya dan adanya dalam operasional pelayanan kesehatan masyarakat akan memanfaatkan sumber daya yang ada di masyarakat seoptimal mungkin, yaitu melalui pembentukan kader kesehatan.

Salah satu solusi yang dilakukan perawat untuk meningkatkan kualitas hidup lansia adalah dengan meningkatkan kesehatan dengan mengorganisir dan memberikan perawatan lansia (Stanley dan Beare, 2007). Promosi kesehatan saat ini sedang dilaksanakan melalui Program Promosi Kesehatan Lansia untuk mendukung upaya peningkatan kesehatan (pencegahan). Mengingat jumlah lansia yang banyak maka pelaksanaannya memerlukan tenaga kesehatan, namun tidak dapat beroperasi di masyarakat seperti yang diharapkan tanpa adanya liputan yang diharapkan Dengan dukungan kelompok masyarakat yang ditunjuk sebagai media langsung promosi kesehatan adalah relawan masyarakat.

Kesadaran lanjut usia akan pentingnya kesehatan akan mempengaruhi kualitas hidup lanjut usia. Kualitas hidup secara umum oleh World Health Organization (WHO) (1996) dibagi menjadi 4 bidang (domains) yaitu :

kesehatan fisik, kesehatan psikologik, hubungan sosial, dan lingkungan. Beberapa hasil penelitian yang ada menunjukkan bahwa faktor sosiodemografi (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, dan sosial ekonomi) yang mempengaruhi kualitas hidup lansia. Selain itu keberadaan keluarga, peran relawan masyarakat dan petugas kesehatan juga berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia.

Jakarta Utara merupakan salah satu wilayah yang ada di Provinsi DKI Jakarta dengan jumlah lansia (> 60 tahun) sebanyak 116.072 jiwa, 37,55% diantaranya mendapat pelayanan kesehatan pada tahun 2016. Dari 6 kecamatan yang ada di Jakarta Utara, kelurahan Kalibaru memiliki jumlah penduduk 88.570 jiwa, kepala keluarga (WNI) 16.786 KK, kepadatan penduduk 12.000/km². Sementara itu proporsi lanjut usia mencapai 4,86% dari jumlah penduduk (Dinas Kesehatan DKI Jakarta, 2016).

Pada Tahun 2017 Puskesmas Kelurahan Kalibaru memiliki 15 Posyandu Lansia, yang masing – masing posyandu terdapat 5 kader kesehatan yang diberdayakan. Data lansia berdasarkan kelompok umur kelurahan Kalibaru, kecamatan Cilincing, Jakarta Utara, pada tahun 2017 dapat dijelaskan bahwa kelompok umur 59-70 tahun dengan jumlah laki-laki 984 orang dan perempuan 1376 orang. Kelompok umur >71 tahun dengan jumlah laki-laki 301 orang dan perempuan 345 orang.

Sejumlah 462 lansia yang terdata sebagai pengunjung fasilitas kesehatan (puskesmas dan rumah sakit pemerintah) dari 13 kelurahan di Jakarta Utara, 70 lansia diantaranya adalah lansia yang berdomisili di kelurahan Kalibaru dan menderita Penyakit Tidak Menular (PTM) dan Penyakit Menular (PM) (Rachel House, 2017). 30% dari 70 lansia yang dilaporkan adalah penderita sakit kronis seperti HIV/AIDS, stroke, dan penyakit jantung koroner. Penyakit ini merupakan jenis penyakit yang tidak hanya membutuhkan dukungan dan bantuan secara fisik, dukungan psikis juga sangat dibutuhkan.

Menderita jenis penyakit tertentu yang diderita seumur hidup akan mempengaruhi psikologis lansia.

Daftar 10 penyakit terbanyak di poliklinik Lansia Puskesmas Kelurahan Kalibaru, Kecamatan Cilincing tahun 2017; Hipertensi (29,34%), Rematik (25,14%), ISPA (11,26%), Gigi (0,30%), Mata (2,29%), Jantung (1,69%), Diabetes Mellitus (4,47%), Anemia (0,31%), Kulit (3,54%), Gastritis (10,41%), Lain – lain (10, 73%) (Puskesmas Kelurahan Kalibaru, 2017). Data lain terlihat bahwa kegiatan sosial kemasyarakatan yang ada di sekitar kelurahan Kalibaru dinilai sangat terbatas, hal ini menunjukkan rendahnya keikutsertaan lansia dalam komunitas senam lansia, pengajian rutin tingkat rukun tetangga dan lainnya dengan didampingi oleh 34 kader kesehatan. Munculnya Penyakit Tidak Menular (PTM) dan Penyakit Menular (PM) yang diderita dan kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari – hari serta terbatasnya interaksi sosial dalam kegiatan sosial kemasyarakatan menunjukkan rendahnya kualitas hidup lansia. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh kader relawan komunitas terhadap kualitas hidup pasien lansia di Kelurahan Kalibaru Kecamatan Cilincing Jakarta Utara tahun 2018.

Metode Analisis Data

Uji validitas dan Reliabilitas Instrumen

Validitas Pengukuran

Validitas adalah gambaran seberapa jauh pengukuran yang dilakukan menghasilkan nilai yang sebenarnya ingin diukur (Supardi dan Rustika, 2013). Suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahan untuk instrumen. Suatu instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan dan dapat mengungkapkan data variabel yang diteliti secara tepat (Arikunto, 2010). Suatu pertanyaan dikatakan valid dan dapat mengukur variabel penelitian yang dimaksud jika koefisien score dan skala ordinal (tingkatan) yang

digunakan korelasi dengan produk moment dengan rumus :

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Distribusi (Tabel t) untuk $\alpha = 0,05$, maka kaidah keputusannya, yaitu:

Valid : jika $r_{hitung} > r_{tabel}$

Tidak valid : jika $r_{hitung} < r_{tabel}$

Tabel 1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

		Kuesioner					
N	Variabel	Nama Peneliti	Jenis Penelitian	Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Kesimpulan	
1.	Peran Relawan Kesehatan				Pengaruh Peran Keluarga Dan Kader Lansia Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Posyandu Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Bandar Khalipah Kecamatan Percut Sei Tuan	Valid dan reliable	
2.	Peran Keluarga	Nurhaida	Tesis	2012			
3.	Kualitas Hidup	Eka Diah Kartiningrum	Skripsi	2017	Kualitas Hidup Lansia Di Dusun Glonggongan Desa Sumber Tebu Kecamatan Bangsal Mojokerto	Valid dan reliable	

Reliabilitas Pengukuran

Reabilitas adalah gambaran seberapa jauh pengukuran yang diperoleh dengan menggunakan instrument (termasuk kuesioner) yang sama jika diulangi akan menghasilkan nilai yang sama (Supardi dan Rustika, 2013). Hal ini menunjukkan sejauh manahasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmojo, 2012). Untuk menghitung reliabilitas instrumen ini, peneliti menggunakan metode Cronbach’s Alpha. Perhitungan uji reliabilitas ini dilakukan dengan bantuan komputer dengan menggunakan teknik Cronbach’s Alpha. Menurut Arikunto (2010) suatu variabel dikatakan reliabel jika memberi nilai Cronbach’s Alpha > 0,6 (konstanta). Adapun rumusnya sebagai berikut:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_{total}^2} \right]$$

Keterangan :

α = Reliabilitas instrumen

n = Banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum_{i=1}^k S_i^2$ = Jumlah varian butir

S_{total}^2 = Variasi total

Tahapan Pengolahan Data

Pengolahan data dalam penelitian ini melalui tahap-tahapan antara lain yaitu:

a) Editing (penyuntingan)

Memeriksa kembali jawaban responden pada kuesioner yang mencakup kelengkapan jawaban, kejelasan tulisan, keseragaman ukuran, dan sebagainya sebelum dilakukan coding.

b) Coding (memberikan kode)

Kegiatan merubah data dalam bentuk huruf pada kuesioner tertutup atau semi tertutup menurut macamnya menjadi bentuk angka untuk pengolahan data komputer.

c) Entry Data

Pengetikan kode jawaban responden pada kuesioner ke dalam program pengolahan data.

d) Cleaning Data

Pembersihan data hasil entry data agar terhindar dari ketidaksesuaian dengan coding jawaban responden pada kuesioner.

Analisis data

Kuantitatif

Analisa data pada penelitian ini menggunakan komputer, maka tahapan analisa data maupun teknik analisis yang digunakan adalah sebagai berikut:

1) Analisis Univariat

Analisis univariat atau analisis satu variabel dapat disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi, ukuran penyebaran dan nilai rata-rata. Salah satu kegunaan analisis univariat adalah untuk mempersiapkan analisis selanjutnya. Apabila persyaratan distribusi normalnya untuk uji statistik, maka perlu dipertimbangkan apakah perlu dilakukan transformasi variabel dan atau mengubah skala variabel.

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat menggunakan uji chi – square, karena data variabel independen maupun dependen adalah data kategorik. Apabila uji chi square, nilai p value < 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau signifikan antara variabel dependen dan variabel independen. Untuk variabel independen yang hasil bivariatnya menghasilkan p value >0,05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan atau tidak signifikan antara variabel dependen dan variabel independen.

3) Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk menilai hubungan 2 variabel atau lebih sambil mengontrol variabel lainnya. Analisis multivariat pada penelitian ini digunakan untuk mengetahui pengaruh peran relawan masyarakat terhadap kualitas hidup pasien lansia setelah dikontrol variabel confounding (jenis kelamin, usia, pendidikan, status perkawinan, dan dukungan keluarga) di wilayah kelurahan kalibaru kecamatan cilincing jakarta utara tahun 2018. Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah uji statistik analisis Regresi Logistik dengan hubungan asosiasi adjusted odds ratio (aOR).

Kriteria odds ratio sebagai berikut :

- Nilai aOR = 1, bukan merupakan faktor yang berisiko/berpeluang menyebabkan terjadinya kasus (kualitas hidup lansia kurang baik).
- Nilai aOR > 1, merupakan faktor yang berisiko/berpeluang menyebabkan terjadinya kasus kualitas hidup lansia kurang baik).
- Nilai aOR < 1, merupakan faktor protektif terjadinya kasus kualitas hidup lansia kurang baik).

Adapun signifikansi/kemaknaan nilai OR dalam interpretasi CI 95% yaitu jika rentang nilai lower limit dan upper limit tidak terdapat nilai 1, maka disimpulkan OR bermakna. Sedangkan jika CI 95% dan OR terdapat nilai 1, maka disimpulkan bahwa nilai OR tidak bermakna (Szumilas, 2010).

Langkah – langkah yang diambil dalam melakukan analisis multivariat adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012) :

- Mengidentifikasi kovariat potensial yang dilakukan dengan menggunakan analisis logistik dari masing-masing kovariat terhadap variabel terikat.
- Menganalisis satu persatu untuk masing-masing kovariat.
- Kovariat yang memiliki uji likelihood ratio $\leq 0,25$ merupakan kandidat yang masuk dalam model multivariat. Apabila terdapat kovariat $\geq 0,25$ namun secara substansi penting maka harus tetap masuk dalam pemodelan.
- Berdasarkan hasil evaluasi dengan standar nilai uji likelihood ratio, maka kovariat yang memiliki kriteria dapat masuk perhitungan multivariat.
- Melakukan evaluasi perhitungan hasil regresi logistik dengan menggunakan uji wold untuk masing – masing variabel dengan standar $\alpha = 0,05$.
- Mengetahui satu persatu kovariat yang memiliki nilai $\alpha \geq 0,05$ dari pemodelan, yang mulai dari nilai yang terbesar, sampai ditemukan hasil perhitungan yang nilai $\alpha \leq 0,05$.

Teknik Analisis Kualitatif

Pengolahan data merupakan bagian penting dalam metode ilmiah, karena dengan pengolahan data, data tersebut dapat diberi arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data kualitatif menurut Bogdan dan Biklen (1992) dalam Moleong (2007) adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensistesisnya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain. Data yang telah terkumpul dengan menggunakan perekam atau recorder, kemudian disalin dan diinterpretasikan dengan melakukan tahapan analisis sebagai berikut:

- 1) Informasi yang diperoleh dari wawancara dan observasi dikembangkan menjadi teks narasi. Tahapan ini dilakukan tanpa menunggu selesainya seluruh pelaksanaan wawancara mendalam untuk menghindari penumpukan data.
- 2) Pengelompokan data yang tersedia sesuai dengan pokok bahasan
- 3) Melakukan penajaman, penggolongan, membuang data yang dianggap tidak perlu, dan mengorganisir data sehingga memudahkan dalam pembahasan
- 4) Membuat matriks data kualitatif dari hasil wawancara mendalam
- 5) Pemeriksaan keabsahan data dengan triangulasi sumber dan triangulasi metode.
- 6) Menganalisa komponen-komponen hasil penelitian dengan teori yang ada dan dengan hasil penelitian lainnya.

Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data (Validitas pada Penelitian Kualitatif)

Validitas penelitian kualitatif dilakukan dengan cara triangulasi. Triangulasi adalah pengecekan data dari berbagai teknik pengumpulan data (Sugiyono, 2012). Triangulasi yang digunakan pada penelitian ini yaitu triangulasi sumber. Triangulasi sumber

adalah menguji kredibilitas data yang diperoleh melalui berbagai sumber misalnya informan I, II, III, IV dan supervisor I dan II.

Hasil dan Pembahasan

Analisis Bivariat

Hubungan Karakteristik Terhadap Kualitas Hidup Lansia

Tabel 2. Hubungan Karakteristik Terhadap Kualitas Hidup Lansia

Variabel	Kualitas Hidup Lansia		Nilai p value	Crude OR	95% CI		
	Buruk	Baik					
	N	%	N	%			
Jenis Kelamin							
Perempuan	22	53,7	19	46,3	0,579	1,59	0,53 - 4,77
Laki-laki	8	42,1	11	57,9			
Umur							
Lansia tua dan sangat tua	13	56,5	10	43,5	0,595	1,53	0,54 - 4,36
Lansia	17	45,9	20	54,1			
Pendidikan							
Rendah	23	56,1	18	43,9	0,267	2,19	0,72 - 6,70
Tinggi	7	36,8	12	63,2			
Status Perkawinan							
Janda/Duda	19	48,7	20	51,3	1,000	0,86	0,30 - 2,50
Menikah	11	52,4	10	47,6			

Tabel 2 menunjukkan bahwa pada variabel jenis kelamin, lansia berjenis kelamin perempuan sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan buruk yaitu 53,7%. Berbeda dengan lansia berjenis kelamin laki-laki sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik yaitu 57,9%. Uji chi square didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin lansia dengan kualitas hidup lansia (p value=0,579).

Kemudian pada variable umur menunjukkan bahwa lansia pada kelompok umur sangat tua sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan buruk yaitu 56,5%. Berbeda dengan lansia pada kelompok umur lansia sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik yaitu 54,1%. Uji chi square didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara kelompok umur lansia dengan kualitas hidup lansia (p value=0,595).

Pada variable tingkat Pendidikan menunjukkan bahwa lansia dengan tingkat pendidikan rendah sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan buruk yaitu 56,1%. Berbeda dengan lansia dengan tingkat pendidikan tinggi sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik yaitu 63,2%. Uji chi square didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin lansia dengan kualitas hidup lansia (p value=0,267).

Variable status perkawinan menunjukkan bahwa lansia yang janda/duda sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik yaitu 51,3%. Berbeda dengan lansia yang menikah sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan buruk yaitu 52,4%. Uji chi square didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin lansia dengan kualitas hidup lansia (p value=1,000).

Hubungan Peran Keluarga Lansia dan Kader terhadap Kualitas Hidup

Tabel 3. Hubungan Peran Keluarga dan peran kader Terhadap Kualitas Hidup Lansia

	Kualitas Hidup Lansia		Nilai p value	Crude OR	95% CI
	Buruk	Baik			
	N	%	N	%	
Peran Keluarga					
Rendah (<median/4)	14	50	14	50	1,00 0
Tinggi (≥median/4)	16	50	16	50	
Peran Kader					
Rendah (<median/81,25)	18	62,1	11	37,9	0,12 1
Tinggi (≥median/81,25)	12	38,7	19	61,3	

Tabel 3 menunjukkan bahwa lansia dengan peran keluarga rendah sama-sama memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik dan buruk masing-masing 50%. Berbeda dengan lansia dengan peran keluarga tinggi juga sama-sama memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik dan buruk masing-masing 50%. Uji chi square didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara peran keluarga lansia dengan kualitas hidup lansia (p value=1,000).

Lansia dengan peran kader rendah sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan buruk yaitu 62,1%. Berbeda dengan lansia dengan peran kader tinggi sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik yaitu 61,3%. Uji chi square didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara peran kader dengan kualitas hidup lansia (p value=0,121).

Analisis Multivariat

Seleksi Bivariat

Masing – masing variabel independen dan confounding dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Hasil seleksi bivariat dari 1 variabel independen dan 5 variabel confounding yang berhubungan dengan variabel dependen, yaitu dengan nilai $p \leq 0,05$ tidak ada. Untuk seleksi bivariat dengan nilai $p \text{ value} \leq 0,25$ sehingga variabel tersebut menjadi kandidat dalam tahap pemodelan multivariat. Seleksi bivariat dalam penelitian ini telah dilakukan analisis sebelumnya dengan chi square dan didapat hasil sebagai berikut:

Tabel 4. Seleksi Bivariat Variabel Independen dan Variabel Confounding

Variabel	P value	Keterangan
Jenis Kelamin	0,579	Eliminasi
Umur	0,595	Eliminasi
Pendidikan	0,267	Eliminasi
Perkawinan	1,000	Eliminasi
Peran keluarga	1,000	Eliminasi
Peran Kader	0,121	Kandidat

Berdasarkan tabel 4 setelah melalui tahap uji bivariat (analisis statistik) didapatkan hasil bahwa dari 6 variabel yang masuk dalam tahap seleksi bivariat yang nilai $p \leq 0,25$, yaitu variabel peran keluarga. Sedangkan variabel dengan nilai $p > 0,25$, yaitu variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, status perkawinan, dan peran keluarga dieliminasi. Namun dalam hal ini peneliti menggunakan plausability biological (alasan substansi) bahwa variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, status perkawinan, dan peran keluarga berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia secara keseluruhan. Sehingga peneliti tetap menjadikan variabel tersebut sebagai kandidat untuk tetap masuk dalam pemodelan awal multivariat.

Permodelan Awal Multivariat

Berdasarkan hasil seleksi bivariat menunjukkan bahwa terdapat 6 variabel yang masuk dalam pemodelan multivariat antara lain: peran kader, jenis kelamin, umur, pendidikan, status perkawinan, dan peran keluarga. Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia dan mendapatkan nilai adjusted OR dengan menggunakan uji regresi logistik berganda.

Pada tahap pemodelan awal multivariat regresi logistik, seleksi bivariat memiliki nilai $p \text{ value} > 0,25$ akan dikeluarkan satu persatu dari permodelan dan dikontrol perubahan OR-nya. Setelah variabel yang lulus seleksi secara bersama-sama dimasukkan dalam tahap uji analisis regresi logistik berganda sehingga diperoleh hasil analisis dari enam variabel tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 5. Permodelan Awal Multivariat

Variabel	Nilai B	Nilai p value	Adjusted OR	95% CI
Peran kader	1,134	0,056	3,11	0,969-9,97
Jenis Kelamin	0,728	0,384	2,07	0,40-10,65
Umur	0,890	0,164	2,43	0,69-8,52
Pendidikan	0,640	0,408	1,90	0,42-8,63
Perkawinan	-1,014	0,191	0,36	0,08-1,66
Peran Keluarga	0,255	0,679	1,29	0,39-4,31

Berdasarkan tabel 5, hasil analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik berganda pada model awal maka ada 6 variabel yang masuk dalam tahapan seleksi dalam uji multivariat. Dimana dari 6 variabel, ada satu variabel yang nilai $p \text{ value} \leq 0,25$. Sehingga diperlukan analisis multivariate selanjutnya yaitu dengan mengeluarkan variabel yang memiliki $p \text{ value}$ paling besar (peran keluarga). Sehingga didapatkan hasil seperti tabel 26 berikut ini:

Tabel 6. Permodelan Kedua Multivariat

Variabel	Nilai B	Nilai p value	Adjusted OR	95% CI
Peran kader	1,174	0,046	3,23	1,02-10,24
Jenis Kelamin	0,738	0,375	2,09	0,41-10,71
Umur	0,854	0,177	2,35	0,68-8,11
Pendidikan	0,533	0,459	1,70	0,42-6,97
Perkawinan	-0,961	0,208	0,38	0,09-1,71

Keluarnya variabel peran keluarga dalam permodelan kedua tidak menyebabkan perubahan nilai OR variabel independen utama (peran kader) > 10% sehingga peran keluarga dikeluarkan dalam permodelan.

Evaluasi Confounding

Hasil analisis regresi logistik multivariat model awal menunjukkan bahwa ada variabel yang dieliminasi dikarenakan variabel independen menunjukkan hasil signifikan. Sehingga diperlukan analisis model kedua sebagaimana ditampilkan pada tabel 27.

Tabel 7. Evaluasi Confounding

Variabel	Nilai p value	Adjusted OR	95% CI	Kesimpulan
Peran kader	0,046	3,23	1,02-10,24	Signifikan
Jenis Kelamin	0,375	2,09	0,41-10,71	Confounding
Umur	0,177	2,35	0,68-8,11	Confounding
Pendidikan	0,459	1,70	0,42-6,97	Confounding
Perkawinan	0,208	0,38	0,09-1,71	Confounding

Hal ini menunjukkan bahwa peran keluarga signifikan terhadap kualitas hidup, sedangkan variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, dan perkawinan sebagai variabel confounding antara hubungan peran kader dengan kualitas hidup lansia.

Model Akhir

Tabel 8. Model Akhir Analisis Multivariat

Variabel	Nilai B	Nilai p value	Adjusted OR	95% CI
Peran kader	1,174	0,046	3,23	1,02-10,24
Jenis Kelamin	0,738	0,375	2,09	0,41-10,71
Umur	0,854	0,177	2,35	0,68-8,11
Pendidikan	0,533	0,459	1,70	0,42-6,97
Perkawinan	-0,961	0,208	0,38	0,09-1,71

Nagelkerke R Square=0,163

Berdasarkan tabel 28 didapatkan bahwa satu variabel signifikan berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. Empat variabel lain yaitu jenis kelamin, umur, pendidikan, dan perkawinan merupakan variabel confounding. Mengacu pada tabel 28 model akhir analisis multivariat, dari seluruh variabel yang signifikan berpengaruh didapatkan persamaan sebagai berikut:

$$\text{Logit (Y)} = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n$$

$$\text{Logit (Y)} = -1,206 + 1,174 \text{ peran kader} + 0,738 \text{ jenis kelamin} + 0,854 \text{ umur} + 0,533 \text{ pendidikan} + (-0,961) \text{ perkawinan.}$$

Satu variabel (peran kader) signifikan berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. Peran kader yang tinggi berpeluang 3,2 kali meningkatkan kualitas hidup lansia yang baik dibandingkan peran kader yang rendah setelah dikontrol oleh variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, dan perkawinan (p value=0,046; adjOR=3,23; 95%CI=1,02-10,24).

Berdasarkan analisis yang dilakukan, bahwa koefisien (Nagelkerke R Square) menunjukkan nilai sebesar 0,16 atau 16%. Hal ini berarti, variabilitas variabel dependen dapat dijelaskan oleh variabilitas variabel-variabel independen sebesar 16%. Artinya,

variabel independen (peran kader), variabel confounding (jenis kelamin, umur, pendidikan, dan status perkawinan) mempengaruhi variabel dependen (kualitas hidup lansia) secara serentak pada kisaran 16%, sedangkan 84% lainnya dipengaruhi atau dijelaskan oleh variabel-variabel yang tidak dimasukkan dalam penelitian ini.

Pembahasan

Kualitas Hidup Lansia

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa kualitas hidup adalah keadaan fungsional lanjut usia, meliputi kesehatan fisik, yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada dukungan medis, kebutuhan istirahat, kecemasan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas kerja, kesehatan psikologis, khususnya emosi positif, citra dan citra eksternalitas, perasaan negatif, pemikiran, pembelajaran, konsentrasi, memori, harga diri dan kepercayaan diri, hubungan sosial dengan lansia, khususnya dukungan sosial, hubungan pribadi dan seksual, aktivitas dan kondisi lingkungan, yaitu lingkungan rumah, kebebasan, keamanan fisik, kinerja lingkungan, fasilitas, keselamatan, sumber keuangan, perawatan kesehatan dan masyarakat. Kualitas hidup dipengaruhi oleh kemandirian, kondisi fisik dan psikologis, aktivitas sosial, interaksi sosial, dan fungsi keluarga.

Kualitas hidup lansia berdasarkan kesehatan secara umum adalah 43,3% lansia dengan kualitas hidup sedang. Kualitas hidup menurut aspek fisik/fisik adalah 63,3% lansia kualitas hidup sedang. Kualitas hidup menurut aspek psikologis/domain 2 sebanyak 48,3% lansia dengan kualitas hidup buruk. Kualitas hidup menurut aspek hubungan sosial/domain 3 sebanyak 71,7% lansia dengan kualitas hidup sedang. Kualitas hidup menurut aspek lingkungan/domain 4 sebanyak 46,7% lansia dengan kualitas hidup sedang. Domain ini sangat mempengaruhi kualitas hidup lansia secara keseluruhan. Adapun kualitas hidup secara keseluruhan

dengan nilai median 72,5, didapatkan hasil yang sama yaitu 50% lansia dengan kualitas hidup baik dan 50% lansia dengan kualitas hidup buruk.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian pada lima wilayah di Jakarta yang membuktikan bahwa mean skor global kualitas hidup sebesar 77,12, artinya sebagian besar penduduk dewasa di Jakarta memiliki kualitas hidup yang baik (Nofitri, 2009).

Hasil penelitian Rohmah, dkk., tahun 2012 menunjukkan bahwa faktor fisik berpengaruh pada kualitas hidup ($p=0.000$), faktor psikologis berpengaruh pada kualitas hidup ($p=0.000$), faktor sosial berpengaruh pada kualitas hidup ($p=0.001$), dan faktor lingkungan berpengaruh pada kualitas hidup ($p=0.004$). Dari penelitian Rohmah, dkk. dapat disimpulkan bahwa faktor fisik, faktor psikologis, faktor sosial, dan faktor lingkungan berpengaruh pada kualitas hidup dan faktor psikologis menjadi faktor yang paling dominan. Begitu pula dengan hasil penelitian Anita (2013) bahwa kualitas hidup terdiri dari dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan, keseluruhan dimensi kehidupan tidak hanya dapat ditangani secara kuratif, tetapi perlu pendekatan yang lebih personal berupa perawatan paliatif. Fungsi fisik, peran-fisik, peran-emosional, fungsi sosial, nyeri tubuh, dan kesehatan umum meningkat (Ghofranipour, et al., 2016).

Kualitas hidup sangat dipengaruhi oleh faktor – faktor berikut ini yaitu keadaan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial, lingkungan, dan karakteristik demografi lansia. Keadaan fisik lansia ini meliputi keadaan umum kesehatan lansia, tanda – tanda vital, postur tulang belakang lansia, dan status gizi.

Lansia merupakan individu yang memiliki usia 60 tahun ke atas. Dalam usia ini, lansia memiliki tugas perkembangan untuk dapat menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang terjadi, seperti perubahan psikososial. Hal ini membuat lansia untuk dapat mengembangkan kemandiriannya dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Kemandirian

lansia dalam melakukan aktivitas hidup meliputi Basic Activity Daily Living (BADL) dan Instrumental Activity Daily Living (IADL). BADL meliputi makan, mandi, berpakaian, dan berpindah tempat di dalam rumah.. Berbeda dengan IADL yang bisa diterjemahkan sebagai kegiatan yang penting untuk mendukung kehidupan mandiri di masyarakat (Lawton MP, Brody EM, 1969). Kegiatan ini meliputi tetapi tidak terbatas juga seperti memasak, kegiatan pembayaran tagihan dan belanja (Loewenstein D, Acevodo A, 2010) (Lawton MP, Brody EM, 1969). Mereka bisa dibedakan dari kegiatan mendasar dalam kehidupan sehari-hari seperti termasuk kegiatan perawatan diri sehari-hari. Karena IADL melibatkan aktivitas tingkat tinggi, mereka rentan terhadap efek awal penurunan kognitif. IADL ini meliputi evaluasi fungsi mandiri atau bergantung dari klien dalam hal telepon, belanja, menyiapkan makan, memberesihkan rumah, mencuci pakaian, mode transportasi, tanggung jawab dalam kesehatan sendiri dan kemampuan untuk mengelola keuangan.

Faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup lansia diantaranya psikologis. Perubahan psikologis pada lansia dipengaruhi oleh keadaan fisik lansia yang mengalami penurunan, kondisi kesehatan pada lansia, tingkat pendidikan pada lansia, keturunan (hereditas), serta kondisi lingkungan dimana lansia berada. Penuaan pada lanjut usia sangat dikaitkan dengan perubahan anatomi, perubahan fisiologi, terjadi kesakitan atau hal-hal yang bersifat patologi dan perubahan psikososial. Lansia yang mengalami sakit (gangguan anatomi dan fungsi organ tubuh) akan mempengaruhi kondisi psikologisnya (Soejono, dkk., 2009).

Selain itu hubungan sosial dimana lansia mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya bersama lansia lainnya atau orang-orang terdekat, menjalankan hobi serta aktif dalam aktivitas kelompok (Marthuranath, 2004) (Yuliati, dkk., 2014). Aktivitas sosial merupakan kegiatan yang dilakukan bersama dengan masyarakat di lingkungan sekitar. Dengan adanya aktivitas atau kegiatan rutin

yang dijalankan lansia (activity theory) menyatakan bahwa lansia yang selalu aktif dan mengikuti banyak kegiatan sosial adalah lansia yang sukses. Kesempatan untuk bersosialisasi atau menghabiskan waktu dengan orang lain untuk menjaga keterampilan komunikasi dan menunda kepikunan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rantepadang, interaksi sosial juga dapat mempengaruhi keadaan psikologis lansia (Rantepadang, 2012). Semakin baik interaksi sosial maka semakin baik pula keadaan psikologis lansia dan tentunya hal ini akan mempengaruhi kualitas hidup lansia.

Faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup lansia adalah lingkungan. Berdasarkan definisi yang dikemukakan oleh WHOQOL, persepsi individu mengenai kualitas hidupnya dipengaruhi oleh konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal. Kualitas hidup bervariasi antara individu yang tinggal di kota/wilayah satu dengan yang lain bergantung pada konteks budaya, sistem, dan berbagai kondisi yang berlaku pada wilayah tersebut. Dampak yang menyeluruh tersebut akan mempengaruhi kualitas hidup lansia (WHO, 1996). Pengaruh yang menyeluruh terhadap kehidupan lansia akibat adanya program kesehatan lansia dalam upaya peningkatan kesehatan lansia yang melibatkan kader, tentunya akan mempengaruhi kesehatan biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Sebagaimana pernyataan informan kader terbukti dengan pernyataan informan lansia yang dapat disimpulkan dari hasil wawancara mendalam yaitu 4 orang lansia merasakan perubahan pada fisik menjadi lebih sehat. Secara keseluruhan merasa lebih baik.

Adapun hasil deskriptif penelitian ini didapatkan angka yang bervariasi untuk setiap domain sehingga mempengaruhi nilai kualitas hidup secara keseluruhan, dimana antara lansia yang memiliki kualitas hidup baik dan buruk menjadi berimbang. Pengukuran setiap domain didasarkan pada pedoman pengukuran dan kategori QoL baku menurut WHO. Sebagaimana telah disebutkan bahwa faktor

langsung yang mempengaruhi kualitas hidup lansia adalah kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Hasil yang bervariasi ini menunjukkan bahwa faktor kesehatan secara umum, psikologis, aktivitas sosial, dan lingkungan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia.

Peran Kader

Peran kader dalam tim perawatan paliatif bervariasi sesuai dengan keperluan. kader dapat terlibat dalam perawatan di rumah sakit, atau di rumah. Kader dapat memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan keluarga, membantu tugas-tugas administratif, atau bahkan bekerja sebagai konselor. Selain itu, dapat berperan membantu meningkatkan kesadaran, memberikan pendidikan kesehatan, menggalang bantuan dana, membantu rehabilitasi, atau bahkan memberikan beberapa jenis perawatan medis (Kemkes RI., 2014).

Hasil analisis deskriptif penelitian ini membuktikan bahwa bahwa sebagian besar lansia menyatakan bahwa peran kader tinggi yaitu 31 orang (51,7%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Oktavianti (2016) yang menunjukkan bahwa peran kader posyandu di Posyandu Teratai berada dalam kategori baik (69,8%),

Sementara itu hasil tabulasi silang didapatkan bahwa lansia dengan peran kader rendah sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan buruk yaitu 62,1%. Berbeda dengan lansia dengan peran kader tinggi sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik yaitu 61,3%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian tahun 2013 menyimpulkan adanya hubungan yang signifikan peran kader dengan tingkat kualitas hidup lansia karena peran kader yang sudah baik berpengaruh terhadap tingkat kualitas hidup lansia dikarenakan kader selalu memberikan dukungan positif dan memberikan edukasi kepada lansia untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin (Setyoadi, dkk., 2013). Begitu pula hasil

penelitian Wahdaniyah (2017) yang membuktikan bahwa ada pengaruh Peran kader terhadap pemanfaatan posyandu lansia dengan nilai p value =0,034.

Hasil WM dan FGD terkait peran kader dalam meningkatkan kualitas hidup lansia dapat disimpulkan bahwa manfaat sebagai kader antara lain bertambah wawasan ilmu dan pengalaman, bisa membantu orang yang sakit, bisa mengetahui tempat fasilitas kesehatan yang sesuai dengan kondisi pasien, bisa berkoordinasi dengan petugas kesehatan, bisa memberikan saran dan informasi kesehatan, lebih terarah dalam pendampingan pasien. Kendala secara keseluruhan yang dialami kader dalam perawatan paliatif adalah keterbatasan waktu, dukungan keluarga, komunikasi, dukungan kader lainnya, finansial pasien, dukungan instansi terkait. Adapun upaya yang dilakukan kader dalam mengatasi kendala tersebut sebagaimana kesimpulan hasil WM dan FGD adalah koordinasi dengan pihak puskesmas, kerjasama dengan kader lainnya, memberikan saran dan motivasi, mengkaji penyebab masalah lansia, memfasilitasi rapat keluarga, diskusi dalam pertemuan rutin, evaluasi dan diskusi via WA group, monitoring dan evaluasi dari tim program.

Pernyataan informan kader terbukti dengan pernyataan informan lansia yang dapat disimpulkan dari hasil wawancara mendalam yaitu 4 orang lansia merasakan perubahan pada fisik menjadi lebih sehat. Secara keseluruhan merasa lebih baik.

Peran kader dalam melakukan kunjungan rumah sangat membantu peningkatan kualitas hidup lansia sebagaimana penelitian Candy, et al. (2015) yang menjelaskan bahwa pasien bertahan lebih lama secara signifikan jika mereka menerima kunjungan rumah dari seorang sukarelawan. Hasil ini sejalan dengan pendapat Soderhamm, et al., (2017) bahwa menjadi sukarelawan dalam perawatan paliatif adalah pengalaman yang positif dan bermakna. Itu adalah hak istimewa yang dapat membantu mereka yang membutuhkan, yang menghasilkan pengembalian positif. Sebagai sukarelawan, penting untuk hadir bagi orang-

orang sakit dan mengikutinya dalam berbagai kondisi fisik dan psikis mereka, yang juga menyiratkan bahwa relawan harus menghadapi dan menghadapi situasi yang menantang.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan lansia, frekuensi kader kunjungan rumah menyatakan 1 orang sering, 3 orang, 1 bulan sekali, dan 1 orangnya tidak pernah dikunjungi. Adapun hal yang dilakukan kader selama melakukan pendampingan mengantar ke fasilitas kesehatan, menemani di rumah, dan memberi saran untuk obat.

Kesimpulan hasil WM dan FGD adalah untuk meningkatkan kualitas hidup lansia; penggalangan dana gotong royong ataupun donatur, kunjungan rumah bersama secara rutin, pendampingan pasien saat ke rumah sakit. Hal ini sejalan dengan hasil wawancara mendalam dengan lansia, bantuan apa yang diberikan oleh kader. Menyatakan 4 orang mendapatkan bantuan berupa; kunjungan dari puskesmas, bantuan makanan, bantuan dana, bantuan alat kesehatan dasar, dan bantuan transportasi.

Kerjasama dengan pihak lain, melakukan pendekatan pasien dan keluarga, membangun kesadaran paliatif, dan meningkatkan keterampilan kader. Bentuk kerjasama ini sejalan dengan pernyataan informan bahwa berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan lansia, kunjungan kader bersama puskesmas dan kelurahan. Hal ini sejalan dengan penelitian Soderhamm, et al., (2017) bahwa para relawan menyatakan bahwa sangat penting untuk memiliki pengetahuan dan pengalaman hidup, serta peran yang diklarifikasi, dan mereka menekankan pentingnya ditindaklanjuti oleh seorang mentor.

Analisa peneliti bahwa peran kader salah satunya adalah kunjungan rumah guna melakukan indentifikasi masalah dan kebutuhan. Dalam buku Panduan Keperawatan Paliatif di Rumah bahwa perawat dapat melakukan hal – hal yang terkait dengan perawatan paliatif. Akan tetapi peran tersebut

dapat juga dilakukan oleh kader terlatih untuk memberikan perawatan paliatif kepada lansia di rumah. Hal ini sebagaimana fungsi asuhan keperawatan paliatif di rumah dalam Panduan Keperawatan Paliatif di Rumah antara lain mengidentifikasi kebutuhan kebutuhan individu (pasien) dan keluarga akan pendidikan kesehatan, melakukan pemeriksaan penunjang untuk mengidentifikasi adanya timbulnya masalah baru, menyediakan pelayanan tindak lanjut terhadap kasus yang teridentifikasi (Kemenkes RI., 2012).

Adapun kompetensi atau keterampilan kader yang harus dimiliki dalam mengidentifikasi multidimensi yang mempengaruhi nyeri dan gejala antara lain: memahami patofisiologi nyeri dan gejala lain, mengenali keunikan pengalaman nyeri dan gejala lain, dan membantu mengatasi nyeri dan gejala lain dengan tepat. Akan tetapi keterampilan lain seperti menggali informasi dengan komunikasi yang baik sangat diperlukan untuk mengatasi kendala sat identifikasi yang tak jarang dihadapi oleh kader seperti pasien lansia yang cenderung tertutup, lansia yang emosional, dan lupa ingatan. Sebagaimana pengakuan beberapa kader dalam FGD penelitian ini.

Sebagaimana upaya mengintegrasikan perawatan paliatif ke pusat kesehatan masyarakat dalam Asuhan Paliatif Berbasis Komunitas (APBK). Petugas kesehatan masyarakat yang ada sudah dilatih di beberapa layanan perawatan di rumah harus menerima setidaknya 3-6 jam pelatihan untuk mengenali fisik atau psikologis yang tidak terkontrol marabahaya atau tekanan sosial yang signifikan dan melaporkan hal ini kepada supervisor di CHC. Baru relawan dapat dilatih dengan kurikulum 16 jam meliputi dasar asuhan keperawatan, keterampilan komunikasi dan dukungan emosional.

Setelah identifikasi masalah dan kebutuhan, selanjutnya kader diharapkan mampu melakukan pendampingan terhadap pasien. Pendampingan yang dimaksud adalah memberikan support · fisik, mental dan spiritual

pada pasien dan keluarga selama pasien dalam perawatan. Pendampingan rutin oleh kader dengan mengunjungi rumah pasien lansia guna memberikan perawatan yang sifatnya cenderung pemenuhan kebutuhan fisik. Misalnya pasien lansia yang tidak mampu memenuhi kebutuhan toiletnya secara mandiri sehingga diperlukan bantuan kader.

Adapun aktivitas lain yang membutuhkan bantuan kader atau keluarga merupakan kegiatan lain yang merupakan pekerjaan rutin dasar sehari – hari (Basic Activity Daily Living) meliputi makan, mandi, berpakaian, dan berpindah tempat di dalam rumah. Akan tetapi pendampingan ini tidak terbatas dilakukan hanya di rumah pasien, melainkan juga saat pasien harus mendapatkan layanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Sebagaimana pengakuan kader dalam penelitian ini bahwa pendampingan yang telah dilakukan termasuk keterlibatan kader untuk antri pendaftaran di rumah sakit. Bahkan pendampingan pun dapat dilakukan sampai pasien lansia kembali ke rumahnya (jika rawat jalan). Hal ini dilakukan sebagai bentuk tindak lanjut kebutuhan perawatan dan kesejahteraan pasien.

Pendampingan spiritual yang diberikan kader kepada pasien lansia diantaranya memberikan keyakinan penuh bahwa Tuhan Yang Maha Esa selalu memberikan pertolongan sehingga terbangunlah semangatnya untuk yakin bahwa lansia mampu menjalani kehidupannya saat ini. Konseling spiritual dapat membantu meningkatkan iman yang berfungsi sebagai mekanisme koping bahkan terapi pada penderita yang sedang sekarat. Selain itu kegiatan edukasi kepada keluarga lansia pun dilakukan. Memberdayakan anggota keluarga dengan turut serta berperan dalam menciptakan lingkungan yang welas kasih terhadap masalah dan kebutuhan pasien lansia. Hal ini dilakukan sebagai bentuk antisipasi bilamana kader berhalangan untuk melakukan perawatan rutin terhadap pasien lansia.

Selanjutnya adalah kolaborasi atau koordinasi administrasi layanan NNPC (Neighborhood Network in Palliative Care)

kepada pasien lansia. Hal ini dilakukan bilamana diperlukan orang lain sebagai jejaring kerja kader. Koordinasi yang sering dilakukan oleh kader adalah menghubungi petugas kesehatan (dokter atau perawat puskesmas) bilamana kehadiran dokter atau perawat sangat diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan dalam menangani penyakit tingkat lanjut dan gejala kompleks yang dialami lansia. Dokter ataupun perawat dapat memberikan konsultasi untuk membantu kader dan keluarga dalam memberikan tindak lanjut atas masalah yang dihadapi lansia. sebagaimana pengakuan kader dalam FGD penelitian ini bahwa sebagian besar kader menghubungi dokter ataupun puskesmas untuk melakukan kolaborasi.

Sementara itu bagi kader yang membutuhkan bantuan dari kader lain untuk melakukan rujukan (bantuan transportasi) guna membawa pasien lansia ke fasilitas kesehatan. Selain itu keberadaan mentor atau supervisor sangat diperlukan guna meningkatkan keterampilan kader dalam melakukan perawatan paliatif yang mendukung upaya peningkatan kualitas hidup lansia. Selain itu kehadiran kader lain bisa menjadi tutor sebaya yang dapat menguatkan antara satu sama lain dalam memberikan perawatan paliatif terhadap klien.

Jenis Kelamin

Moons, dkk (2004) dalam Noftri (2009) mengatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Jenis kelamin, merupakan penentu signifikan dari kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan fisik yang lebih buruk; sedangkan untuk skor ringkasan komponen mental hanya jenis kelamin adalah faktor penentu yang signifikan dari kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mental yang lebih buruk (Tajvar, et al., 2008)

Hasil analisis deskriptif penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan yaitu 41 orang (68,3%). Hasil tabulasi silang didapatkan

hasil bahwa lansia berjenis kelamin perempuan sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan buruk yaitu 53,7%. Berbeda dengan lansia berjenis kelamin laki-laki sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik yaitu 57,9%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Bain, dkk (2003) dalam Nofitri (2009) menemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. Akan tetapi bertentangan dengan penemuan Bain, dkk (2004) dalam Nofitri (2009) menemukan bahwa kualitas hidup perempuan cenderung lebih tinggi daripada laki-laki. Secara umum, kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda, namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria lebih terkait dengan aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik (Nofitri, 2009).

Analisa peneliti didapatkan bahwa proporsi responden lansia perempuan lebih banyak dibandingkan lansia laki-laki.

Usia

Moons dan Dalkey (2002) dalam Nofitri (2009) mengatakan bahwa usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Wagner, Abbot, & Lett (2004) dalam Nofitri (2009) menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Penelitian yang dilakukan oleh Rugerri, dkk dalam Nofitri (2009) menemukan adanya kontribusi dari faktor usia tua terhadap kualitas hidup subjektif.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah kelompok usia lansia (elderly) 60 - <75 tahun sebanyak 37 orang (61,7%). Hasil tabulasi silang didapatkan lansia pada kelompok umur sangat tua (≥ 75 tahun) sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan buruk

yaitu 56,5%. Berbeda dengan lansia pada kelompok umur lansia sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik yaitu 54,1%.

Adapun hasil penelitian di lima wilayah di DKI Jakarta didapatkan keseluruhan kualitas hidup berdasarkan nilai mean yaitu 77,12, artinya sebagian besar penduduk dewasa di Jakarta memiliki kualitas hidup yang baik. Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ryff dan Singer (1998) dalam Nofitri (2009), individu dewasa mengekspresikan kesejahteraan yang lebih tinggi pada usia dewasa madya.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Tajvar et al. (2008) bahwa usia signifikan berhubungan dengan kesehatan fisik yang menyebabkan kualitas hidup lebih buruk. Hasil penelitian Zhou, et al. (2010) didapatkan 73,4% pasien lanjut usia dengan penyakit kronis yang diinginkan memiliki sukarelawan untuk perawatan jangka panjang. Hal ini menunjukkan semakin tua umur lansia maka semakin banyak membutuhkan perawatan paliatif.

Analisa peneliti bahwa usia sangat berpengaruh terhadap kemampuan fisiologis manusia. Penurunan fungsi organ tubuh dan daya tahan tubuh menjadikan lansia lebih mudah terserang penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular. Usia juga mempengaruhi psikologis lansia. sehingga faktor usia sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan lansia yang berdampak terhadap kualitas hidup lansia secara keseluruhan.

Pendidikan

Moons, dkk (2004) dan Baxter (1998) dalam Nofitri (2009) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Wahl, dkk (2004) dalam Nofitri (2009) menemukan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Begitu pula penelitian Zhou, et al. (2010) membuktikan

bahwa tingkat pendidikan secara statistik penting mempengaruhi kualitas hidup lansia.

Hasil analisis deskriptif penelitian didapatkan bahwa sebagian besar lansia berpendidikan rendah (Tidak Sekolah/Tidak tamat SD) yaitu 41 orang (68,3%). Hasil tabulasi silang didapatkan hasil bahwa lansia dengan tingkat pendidikan rendah sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan buruk yaitu 56,1%. Berbeda dengan lansia dengan tingkat pendidikan tinggi sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik yaitu 63,2%.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Nofitri (2009) bahwa ada pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak. Begitu pula penelitian Anitha yang menjelaskan bahwa para lansia dengan program pendidikan sekolah dasar (6 tahun) berpeluang mengalami penurunan QoL 0,6 kali lipat dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan dengan gelar sarjana/ sarjana muda. Maka berarti, para lansia yang berpendidikan tinggi berpeluang mengalami risiko penurunan QoL 1,5 kali lipat daripada mereka yang hanya berpendidikan sampai tamat SD (Anitha, 2013).

Berdasarkan hasil secara serentak menunjukkan bahwa variabel pendapatan, pendidikan, dan jumlah anak mempunyai pengaruh yang nyata terhadap kualitas hidup penduduk lansia. Sedangkan secara parsial terdapat dua variabel yang berpengaruh secara nyata dan positif terhadap kualitas hidup penduduk lansia yaitu, pendapatan (X_1), pendidikan (X_2) (Ariyudha, 2007).

Analisa peneliti bahwa distribusi frekuensi lansia dengan pendidikan rendah dimana lansia sebagian besar tidak tamat SD atau tidak sekolah. Pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan lansia dalam mensikapi perubahan dalam dirinya, termasuk perubahan fisik dan psikologis yang disebabkan karena proses penuaan. Pendidikan juga mempengaruhi sikap dan perilaku hidup bersih dan sehat, yang berdampak terhadap kualitas hidup lansia.

Status Perkawinan

Begitu pula penelitian Zhou, et al. (2010) membuktikan bahwa status perkawinan mereka, tingkat pendidikan, dan sistem dukungan sosial semuanya secara statistik penting.

Analisis deskriptif penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar lansia dengan status tidak menikah/janda/duda yaitu 39 orang (65%). Hasil tabulasi silang didapatkan bahwa lansia yang janda/duda sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik yaitu 51,3%. Berbeda dengan lansia yang menikah sebagian besar memiliki kualitas hidup secara keseluruhan buruk yaitu 52,4%.

Analisa peneliti bahwa keberadaan pendamping hidup menjadi motivator sekaligus membantu lansia dalam pemenuhan kebutuhannya. Kehadiran pendamping hidup dalam memberikan perawatan palitif dinilai sangat cocok dikarenakan dalam merawat didasarkan atas kasih sayang dan ketulusan. Namun responden yang masih memiliki pendamping hidup tidak mendapatkan keterampilan dan pengetahuan tentang perawatan palitif.

Peran Keluarga

Berdasarkan hasil analisis statistik lanjut menunjukkan bahwa variabel pendapatan, pendidikan, dan jumlah anak mempunyai pengaruh yang nyata terhadap kualitas hidup penduduk lansia (Ariyudha, 2007).

Analisis deskriptif penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar lansia menyatakan bahwa peran keluarganya baik yaitu 43 orang (71,7%). Sementara itu hasil tabulasi silang didapatkan bahwa lansia dengan peran keluarga rendah sama-sama memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik dan buruk masing-masing 50%. Berbeda dengan lansia dengan peran keluarga tinggi juga sama-sama memiliki kualitas hidup secara keseluruhan baik dan buruk masing-masing 50%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Husen bahwa sikap keluarga terhadap lansia penderita hipertensi juga kurang baik dan rendahnya dukungan keluarga terhadap lansia (Husen, 2017). Begitu pula

menurut Ariyudha bahwa variabel jumlah anak (X_3) tidak berpengaruh secara nyata dan negatif terhadap kualitas hidup penduduk lansia (Ariyudha, 2007). Keberadaan anak sebagai keluarga yang memiliki peran sebagai pendamping lansia dalam kesehariannya di rumah.

Analisa peneliti bahwa kebutuhan lansia yaitu perawatan paliatif jangka panjang dikarenakan semua responden dalam penelitian ini adalah lansia yang sakit. Kehadiran orang yang terampil sehingga dapat dengan mudah memahami kebutuhan lansia sangat penting. Kader kesehatan dalam memberikan asuhan paliatif berbasis komunitas, termasuk keterlibatan masyarakat dalam penilaian kebutuhan, perencanaan, implementasi. Layanan perawatan paliatif berbasis masyarakat biasanya disediakan oleh para profesional perawatan kesehatan dan pekerja kesehatan masyarakat / sukarelawan. Sementara keluarga lansia tidak menjadi kader kesehatan yang memiliki keterampilan dalam memberikan perawatan paliatif.

Kesimpulan

Sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan yaitu 41 orang (68,3%), kelompok usia lansia (eldery) 60 - <75 tahun sebanyak 37 orang (61,7%), berpendidikan rendah (Tidak Sekolah/Tidak tamat SD) yaitu 41 orang (68,3%), dan status tidak menikah/janda/duda yaitu 39 orang (65%). Adapun peran keluarga lansia sebagian besar lansia menyatakan bahwa peran keluarganya baik yaitu 43 orang (71,7%).

Sebagian besar lansia menyatakan bahwa peran kader relawan tinggi yaitu 31 orang (51,7%). Kualitas hidup secara keseluruhan dengan nilai median 72,5, didapatkan hasil yang sama yaitu 50% lansia dengan kualitas hidup baik dan 50% lansia dengan kualitas hidup buruk.

Peran kader relawan dalam meningkatkan kualitas hidup lansia diawali dengan identifikasi kebutuhan perawatan lansia, melakukan perawatan paliatif di rumah lansia dengan pengawasan tenaga kesehatan (dokter

puskesmas), melakukan tindak lanjut kebutuhan perawatan dan kesejahteraan lansia, memberikan edukasi kepada lansia, dan melakukan koordinasi dan administrasi.

Saran

Saran yang dapat diberikan kader kesehatan diantaranya yaitu meningkatkan semangat untuk peningkatan keterampilan dalam hal identifikasi, pendampingan, dan kolaborasi; pengembangan minat dan kompetensi dengan mengikuti pelatihan APBK; membangun jejaring kerja sesama kader kesehatan untuk dapat saling membantu dan membentuk team work yang handal dalam memberikan perawatan paliatif kepada lansia. Untuk Puskesmas Kelurahan Kalibaru memberikan dukungan dan pemenuhan kebutuhan kerja kader kesehatan dalam memberikan perawatan paliatif kepada lansia; melakukan pertemuan secara berkala untuk membangun komunikasi yang baik antara kader dengan petugas kesehatan.

Acknowledgement seharusnya diberikan kepada para kader Kesehatan dalam bentuk semestinya dalam rangka telah memberikan perawatan paliatif yang maksimal kepada para lansia sehingga motivasi untuk merawat para lansia akan semakin meningkat.

Referensi

1. Anita. 2013. Perawatan Paliatif dan Kualitas Hidup Penderita Kanker.
2. Arikunto, S. 2010. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta.
3. Ariyudha, Jeffri. 2007. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penduduk Lanjut Usia di Kelurahan Jogotrunan Kabupaten Lumajang.
4. Baernholdt, Marianne et al. 2012. Factors Associated With Quality Of Life In Older Adults In The United States.
5. Basuki, Wasis. 2015. Faktor – Faktor Penyebab Kesepian Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia Penghuni Panti Sosial resna Werdha Nirwana Puri Kota Samarinda. *eJournal Psikologi*, 4(1), 2015: 13-30.

6. Badan Pusat Statistik (BPS). 2012. Jakarta Dalam Angka 2012. Jakarta: BPS.
7. Badan Pusat Statistik (BPS). 2015. Statistik Penduduk Lanjut Usia 2014. Jakarta : BPS.
8. Badan Pusat Statistik (BPS). 2017. Jakarta Dalam Angka 2017. Jakarta: BPS.
9. Baernholdt, Marianne, et al. 2012. Factors associated with quality of life in older adults in the United States.
10. BC Center for Palliative Care. 2017. The Public Health Approach to Palliative Care
11. Burbeck, Rachel, et al. 2014. Volunteers in Specialist Palliative Care: A Survey of Adult Services in the United Kingdom.
12. Candy, Bridget, et al. 2015. Does Involving Volunteers In The Provision Of Palliative Care Make A Difference To Patient And Family Wellbeing? A Systematic Review Of Quantitative And Qualitative Evidence.
13. Campbell, N. A., et al. 2013. Biologi 8ed Jilid I. Jakarta : Erlangga. Hal : 93-95, 321.
14. Departemen Kesehatan RI. 2003. Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan. Jakarta : Depkes RI.
15. Departemen Pendidikan Nasional. 2008. Kamus Besar Bahasa Indonesia Pusat Bahasa Edisi Keempat. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
16. Friedman, M. M., et al. 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, & Praktik. Alih Bahasa : Achir Yani S, Hamid, et al ed 5. Jakarta : EGC.
17. Garcia, et al. 2013. Relation Between Body Weight And Health-Related Quality Of Life Among The Elderly In Spain.
18. Ghofranipour, Faziollah et al. 2016. A Comparative Study on the Effects of Self-Care Program Education Run by Health Volunteers and Health Care Staff on the Elderly's Quality of Life.
19. Gillespie, B. M., et al. 2011. The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. International Journal of Nursing Studies, 46, 968-976.
20. Hardywinoto dan Setiabudhi., 2003. Panduan Gerontologi, Tinjauan Dari Berbagai Aspek. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
21. Hartati dan Suhaemi. 2010. Asesmen Untuk Demensia. Semarang : Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro.
22. Husen, L. M. S. 2017. Peran Dukungan Keluarga Terhadap Lansia yang Hipertensi dalam Melakukan Pemeriksaan Kesehatan di Puskesmas Bagu Kecamatan Pringgarata Kabupaten Lombok Tengah Nusa Tenggara Barat.
23. Irawan, Erna. 2013. Pengaruh Perawatan Paliatif Terhadap Pasien Kanker Stadium Akhir (Literature Review).
24. Irianto, Koes. 2014. Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular. Bandung : Alfabeta.
25. Kartiningrum, Eka Diah. 2017. Kualitas Hidup Lansia Di Dusun Glonggongan Desa Sumber Tebu Kecamatan Bangsal Mojokerto. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro.
26. Keliat, Budu Anna. 2011. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. Jakarta : EGC.
27. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Buletin Gambaran Kesehatan Lanjut Usia Di Indonesia.
28. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. Profil Kesehatan Indonesia 2015. Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia.
29. Kristanti, et al. 2017. Enhancing The Quality Of Life For Palliative Care Cancer Patients In Indonesia Through Family Caregivers: A Pilot Study Of Basic Skills Training. BMC Palliative Care (2017) 16:4 DOI 10.1186/s12904-016-0178-4.
30. Margiyati. 2010. Pengaruh Senam Lansia Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi Di Posyandu Lansia Ngudi Waras, Dusun Kemloko, Desa Bergas Kidul Semarang. <http://eprints.undip.ac.id/16652/> diakses 9 agustus 2011.R11.00.
31. Marthuranath. 2004. Instrumental Activities Of Daily Living Scale For Dementia Screening In Elderly People. Journal International Psychogeriatrics. India: Department Of Neurology, Sctimst, Trivandrum 695011 India.
32. Mc Donald, et al. 2013. The Impact of Volunteering on Seniors' Health and Quality of Life: An Assessment of the Retired and Senior Volunteer Program.
33. Misgiyanto dan Susilawati. 2014. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat cemas Penderita Kanker Serviks Paliatif. universitas Diponegoro : Fakultas kedokteran.

34. Moleong, Lexy J. 2007. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung : PT Remaja Rosdakarya Offset.
35. Nanda. 2015. Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
36. National Consensus Project for Quality Palliative Care. 2013.
37. Nofitri. 2009. Gambaran Kualitas Hidup Penduduk Dewasa pada Lima Wilayah di Jakarta.
38. Notoatmodjo,S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
39. Nugroho. 2008. Gerontik dan Geriatrik. Jakarta : EGC.
40. Nugroho, 2000. Keperawatan Gerontik Edisi 2. Jakarta: EGC.
41. Nurhaida. 2012. Pengaruh Peran Keluarga Dan Kader Lansia Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Posyandu Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Bandar Khalipah Kecamatan Percut Sei Tuan. Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro.
42. Nurwijaya, H., dkk. 2010. Cegah dan Deteksi Kanker Serviks. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
43. Oktavianti, Dwi Anggi. 2016. Hubungan Peran Kader Posyandu dengan Tingkat Kualitas Hidup Lanjut Usia di Posyandu Teratai Dusun Kintelan Kecamatan Bambangpuro.
44. Papalia, D..., et al. 2005. Human Development 10th ed. New York: Mc-Graw Hill.
45. Potter and Perry. 2009. Fundamental Keperawatan Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
46. Pratiwi, Yusnia. 2015. Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kualitas Hidup Lanjut Usia di Pusat Santunan Keluarga (Pusaka) Kecamatan Pancoran Jakarta Selatan. Jakarta : Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
47. Pusat Data dan Informasi. 2017. Analisis Lansia di Indonesia. Jakarta : Kementerian Kesehatan.
48. Puskesmas Kelurahan Kalibaru. 2017. Rekapitulasi Data Kunjungan Poli Lansia. Jakarta : Puskesmas Kelurahan Kalibaru.
49. Putri, S.T., et al. 2017. Needs and Problems of Posbindu Program: Community Health Volunteers Perspective.
50. Rachel House. 2015. Panduan Umum APBK. Jakarta : Rachel House.
51. Rachel House. 2017. Survey 2017. Jakarta : Rachel House.
52. Raharjo. 2008. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pada Lanjut Usia. Skripsi. Surabaya : Universitas Airlangga.
53. Rantepadang A. 2012. Interaksi Sosial Dan Kualitas Hidup Lansia Di Kelurahan Lansot Kecamatan Tomohon Selatan. Manado : Universitas Klabat.
54. Rinajumita. 2011. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemandirian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lampasi Kecamatan Payakumbuh Utara Tahun 2011. Padang : Universitas Andalas.
55. Rohaedi, Slamet. 2016. Tingkat Kemandirian Lansia dalam Activies Daily Living di Panti Sosial Tresna Werdha Senjarawi. Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia.
56. Rohmah, dkk. 2012. Kualitas Hidup Lansia.
57. Santoso. 2009. Memahami Krisis Lanjut Usia. Jakarta: PT.Gunung Mulia.
58. Setiawan, Herman Adi. 2009. Kemandirian pada Lansia. <http://stikeskabmalang.wordpress.com/>. Diakses 20 Juli 2018 Pukul 19.46.
59. Setyoadi, dkk. 2013. Hubungan Peran Kader Kesehatan dengan Tingkat Kualitas Hidup Lanjut Usia.
60. Sherlock, Peter Lloyd dan Redondo. 2009. Institutional Care for Older People in Developing Countries. Argentina : The Case of Buenos Aires. Journal of Population Ageing. DOI.
61. Soderhamm, Ulrika, et al. 2017. To Be A Trained And Supported Volunteer In Palliative Care – A Phenomenological Study.
62. Soejono, dkk. 2009. Depresi pada Pasien Usia Lanjut. Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Editor A.W. Sudoyo, B. Setyohadi, I. Alwi , M. Simadibrata K, dan S. Setiadi. Cetakan 1. Jakarta : Interna Publising.
63. Stanley dan Beare. 2007. Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2. Alih bahasa Juniarti dan Kurnianingsih. Jakarta: EGC.
64. Sugiyono. 2012. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta.
65. Suhartini. 2009. Pengaruh Faktor - Faktor Kondisi Kesehatan, Kondisi Ekonomi Dan Kondisi Sosial Terhadap Kemandirian Orang Lanjut Usia. <http://www.damandiri.or.id>. Diakses 20 Juli 2018 Pukul 20.49.

66. Supardi dan Rustika. 2013. Buku Ajar Metodologi Riset Keperawatan. Jakarta: CV. Trans Info Media.
67. Sumarni. 2015. Peran Kader Posyandu Sebagai Agen Pembaru Bagi Lansia Di Dukuh Rejosari, Kelurahan Ngijo, Kecamatan Gunungpati Kota Semarang.
68. Syahrin, W. E. P. 2017. Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Posyandu Lansia.
69. Szumilas M. 2010. Explaining Odds Ratios. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 19:227–229.
70. Tajvar, Maryam, et al. 2008. Determinants of Health-related Quality of Life in elderly in Teheran, Iran.
71. Tresnia, Vicky. 2012. Hubungan Interaksi Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia di RW XI Kelurahan GantingParak Gadang Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang Tahun 2012.
72. World Health Organization. 1996. WHOQOL-BREEF, Introduction, Administration, Scoring, And Generic Version of The Assesment. www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. Diakses 20 Juli 2018 Pukul 22.13.
73. _____. 2004. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/indonesian_whoqol.pdf. Diakses 20 Juli 2018 Pukul 21.05.
74. _____. 2012. Global health and aging. NIH Publ [Internet]. Geneva; 2011. Available from: NIH Publication.
75. _____. 2016. Planning and Implementation Palliative Care Services; A Guide for Programme Manager. Page: 21.
76. WHOCC for Community Participation in Palliative Care and Long Term Care. 2017. Institute of Palliative Medicine. Sanjeevan Palliative Care Project: Palliative Care A Workbook for Carers.
77. Yuliati, dkk. 2014. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. (T. Ari, Ed). Jakarta : CV Trans Info Medika.
78. Zhou, Long, et al. 2010. Volunteers As Caregivers For Elderly With Chronic Diseases: An Assessment Of Demand And Cause Of Demand.