

Pengukuran dan Faktor Kualitas Hidup pada Orang Usia Lanjut

Indra Yohanes Kiling¹, Beatriks Novianti Kiling-Bunga²

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program Studi Psikologi, Universitas Nusa Cendana

²Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Program Studi PG-PAUD, Universitas Nusa Cendana

e-mail: *indra.kiling@staf.undana.ac.id, beatriks.bunga@staf.undana.ac.id

Abstract. Older people are a group of people that is struggling in the last phase of their life. In this phase, a person faces various challenges to fulfill their needs to get a life with quality. High level of quality of life is something that is subjective, mostly different in each person. This paper is a literature review that will discuss factors related to quality of life by reviewing existing relevant literatures. Indicators and measurement tools will also be discussed in this paper. Quality of life factors that become the main reference in the global context are the one stated by World Health Organization. These factors would also influence scales that measure quality of life, which in turn were further developed to fit specific cultural context to fulfill the needs of each unique population. Indicators of quality of life were concluded as influenced by various situations in a person's life including environment, culture and beliefs. The content hopefully will be able to provide knowledge concerning quality of life in relations with elderly. Understanding the concept of quality of life would help to advance the literature including in it well-being and other related concepts.

Keywords: *elderly, old age, quality of life*

Abstrak. Orang usia lanjut tengah menjalani tahapan akhir dalam masa kehidupannya. Dalam masa ini seseorang menghadapi berbagai tantangan untuk memenuhi kebutuhan demi memperoleh hidup yang berkualitas. Pemenuhan kualitas hidup merupakan sesuatu yang subjektif, sehingga cenderung akan berbeda tiap individu. Makalah ini akan membahas faktor-faktor yang terkait dengan kualitas hidup dengan meninjau literatur yang ada. Indikator serta pengukuran kualitas hidup pula akan didiskusikan dalam paper ini. Faktor-faktor kualitas hidup yang menjadi acuan utama dalam konteks global adalah yang dikeluarkan oleh World Health Organization. Faktor-faktor tersebut juga yang kemudian membentuk alat ukur kualitas hidup yang kemudian dikembangkan lebih lanjut ke dalam berbagai konteks budaya spesifik. Indikator kualitas hidup sendiri disimpulkan bahwa dipengaruhi oleh macam-macam keadaan yang melingkupi individu, termasuk di dalamnya lingkungan, budaya, dan keyakinan. Pembahasan diharap dapat memberikan pengetahuan terkait kualitas hidup dan lansia. Memahami variabel kualitas hidup lebih lanjut akan membantu memajukan pengembangan ilmu terkait termasuk di antaranya kesejahteraan hidup, *well-being* dan konsep lain terkait.

Keywords: *kualitas hidup, lansia, usia lanjut*

Pendahuluan

Definisi kualitas hidup berdasarkan WHO (*World Health Organization*) adalah persepsi individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di tempat mereka menetap dan dalam hubungannya dengan tujuan, ekspektasi, serta standar dan kepentingan mereka (Carr dkk, 2003). Beberapa ahli menyatakan bahwa definisi yang diberikan oleh WHO lebih mengarah kepada "*well-being*" (kesejahteraan diri) daripada "*quality of life*" (kualitas hidup), banyak penulis yang mengartikan *well-being* ke arah sesuatu yang subjektif dan *experiential*, dan kualitas hidup ke arah yang lebih obyektif, inklusif, atau variabel yang komprehensif

(Wasserman, Bickenbach, & Wachbroit, 2005). Rapley (dalam Phillips, 2006) menyebutkan definisi kualitas hidup sebagai sebuah persepsi psikologis individu dari realita materi dari aspek-aspek dunia.

Farquhar (dalam Bond & Corner, 2004) mengklasifikasikan definisi kualitas hidup menjadi dua, yakni *expert definitions* (definisi ahli) dan *lay definitions* (definisi khusus). Definisi ahli sendiri dibagi menjadi 3 tipe yakni definisi global, definisi komponen dan definisi terfokus. Definisi global bersifat umum, sebagai contoh Abrams (dalam Bond & Corner, 2004) mendefinisikan kualitas hidup sebagai derajat kepuasan atau ketidakpuasan yang dirasakan individu terhadap berbagai aspek kehidupan mereka. Definisi komponen menekankan pada sifat multi-dimensi dari kualitas hidup, contoh dari definisi komponen yang diungkap Hughes (dalam Bond & Corner, 2004) menekankan delapan dimensi dari kualitas hidup (otonomi pribadi, kepuasan, kesejahteraan fisik dan mental, status sosio-ekonomi, kualitas lingkungan, aktivitas bertujuan, integrasi sosial dan faktor budaya). Definisi terfokus, hanya memusatkan pada satu atau dua dimensi, misal pada penelitian yang berfokus pada pelayanan medis, kualitas hidup akan berfokus pada kesehatan seperti pada penelitian Bowling (dalam Bond & Corner, 2004).

Definisi khusus merupakan definisi yang berkembang dari ilmu gerontologi, yang menekankan bahwa kualitas hidup tidak hanya dilihat dari pernyataan subjektif dari individu, namun juga didapat dari pernyataan orang terdekat mereka. *Lay definitions* juga menekankan bahwa definisi kualitas hidup pada lansia akan berbeda dengan definisi kualitas hidup pada populasi umum (Bond & Corner, 2004).

Phillips (2006), setelah melakukan analisis konsep kualitas hidup ditinjau dari faktor kesehatan, sosial, ekonomi, serta komunitas, mendefinisikan kualitas hidup sebagai "konsep yang menuntut pemenuhan kebutuhan dasar dan sosial dari individu, mereka memiliki otonomi untuk memilih menikmati hidup mereka, untuk berkembang dan berpartisipasi sebagai warga masyarakat di dalam sebuah komunitas dengan level integritas tinggi, konektivitas sosial, dan kepercayaan, semua dalam lingkungan global yang secara fisik dan sosial dapat dipertahankan". Rapley (2003), menjelaskan bahwa definisi kualitas hidup akan bergantung pada populasi yang akan diteliti, karena aspek kehidupan yang melambangkan kualitas kehidupan berbeda antara individu satu dengan yang lain.

Dengan demikian, setelah mempertimbangkan konsep kualitas hidup yang kompleks dan perlu menyesuaikan dengan konteks populasi, definisi umum dari WHO, definisi komponen dengan sifat multi-dimensional, dan definisi khusus untuk memperuncing konteks kualitas hidup ke dalam lansia, maka kualitas hidup dapat disimpulkan sebagai persepsi lansia terhadap posisi mereka di kehidupan dalam

konteks internal seperti fisik, psikologi, dan eksternal seperti hubungan sosial, dan lingkungan. Selanjutnya penulis akan memaparkan faktor, indikator serta pengukuran konsep kualitas hidup pada lansia.

Faktor-faktor kualitas hidup

WHO menjelaskan empat faktor yang berpengaruh kepada kualitas hidup seseorang yakni kesehatan fisik, kesehatan psikologis, relasi sosial, dan keadaan lingkungan (Ohaeri dkk, 2009; Cruz dkk, 2009). Empat faktor dasar ini yang kemudian menjadi kawasan untuk menghimpun WHOQOL (*World Health Organization Quality Of Life*) scale yang sering digunakan oleh para ilmuwan untuk mengukur kualitas hidup seseorang (Grow, Sudnongbua, & Boddy, 2011; Ohaeri dkk, 2009; Cruz dkk, 2009; Coccosis dkk, 2009). Penjelasan dari keempat faktor ini adalah sebagai berikut (Vaarama dkk, 2008: h.7):

1. Kesehatan fisik (biologis) dan kemampuan fungsional merupakan faktor yang berasal dari kondisi internal kesehatan tubuh individu secara biologis yang diperlihatkan dari seberapa baik fungsi dari bagian tubuh, organ-organ tubuh, sistem-sistem dalam tubuh, maupun fungsi biologis tubuh secara keseluruhan, perilaku pro kesehatan, dan lainnya. Kesehatan fisik akan membantu individu dalam menjalankan fungsi dan aktivitas sehari-hari sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup dari individu tersebut. Individu yang mampu untuk berjalan dengan baik akan mampu beraktivitas dengan penuh dan berinteraksi dengan masyarakat sekitar sehingga mampu meningkatkan kualitas hidupnya.
2. Kesehatan psikologis, kesejahteraan diri, serta kepuasan hidup merupakan faktor internal manusia yang menekankan kepada faktor psikis, hal ini akan bersifat subjektif, serta melambangkan persepsi pikiran terhadap kehidupan yang telah dijalani individu, keyakinan-keyakinan psikologis, perasaan-perasaan positif, kemampuan kognitif, afektif, dan lainnya. Kesehatan psikis akan membawa individu ke dalam pemikiran-pemikiran positif yang pada ujungnya berdampak pada penilaian bahwa dirinya memiliki kualitas hidup yang baik. Misalnya individu yang memiliki keyakinan pada kemampuan diri sendiri yang tinggi tidak akan mudah mengalami depresi saat menghadapi kegagalan, melainkan akan mampu melewatinya dengan baik sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya.
3. Jejaring sosial, aktivitas, dan partisipasi merupakan faktor eksternal yang datang dari interaksi individu dengan komunitas di sekitarnya, kualitas interaksi, kualitas hubungan, kualitas dan membantu individu untuk

mengembangkan peran-peran dalam masyarakat dan meningkatkan kualitas hidup individu tersebut. Individu yang memiliki kualitas dan kuantitas interaksi yang baik dengan orang-orang di sekitarnya akan mengalami kepuasan di dalam kehidupannya. Jumlah aktivitas serta partisipasi mencerminkan faktor ini.

4. Keadaan lingkungan hidup dan kondisi sosio-ekonomi adalah faktor eksternal yang datang dari keadaan lingkungan sekitar secara umum, status sosio-demografik, kondisi alam, kondisi ekonomi serta budaya yang ada di dalam lingkungan akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Keadaan lingkungan yang baik dan kondusif membantu individu menciptakan persepsi atas kehidupan yang baik pula. Individu dengan keadaan tempat tinggal dan lingkungan yang baik akan menunjang aktivitas di dalamnya serta menciptakan perasaan-perasaan positif dan akan berdampak pada peningkatan kualitas hidup.

Faktor-faktor yang dijelaskan WHO adalah faktor-faktor kualitas hidup yang sering dipakai dalam kepentingan penelitian pada populasi umum, mempertimbangkan pentingnya spesifikasi konsep terhadap populasi penelitian (Rapley, 2003), maka perlu adanya perumusan faktor-faktor kualitas hidup yang sesuai dengan lansia, karena umur merupakan salah satu faktor utama yang mempengaruhi kualitas hidup. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup lansia dibagi menjadi dua, yakni faktor-faktor kualitas hidup lansia pada panti wreda (Vaarama dkk, 2008) yang menekankan pentingnya pengkajian mutu layanan yang disediakan oleh panti wreda, dan faktor-faktor kualitas hidup lansia secara umum yang secara garis besar mengacu pada faktor-faktor kualitas hidup masyarakat umum oleh WHO (Cruz dkk, 2009) dengan penjabaran faktor yang lebih spesifik pada populasi lansia.

Dalam kaitannya dengan lansia, Vaarama dkk (2008: h.8) menemukan delapan faktor-faktor yang relevan untuk kualitas hidup dari lansia yang hidup dalam panti wreda, delapan faktor ini adalah:

- a. Demografi: statistik yang mengubah pola hidup seseorang, seperti kelahiran, kematian, jumlah pendapatan, dan jumlah mengidap penyakit. Statistik ini memiliki peran untuk mengubah pola hidup baik secara fisik maupun psikologis sehingga berdampak pada kualitas hidup. Jumlah yang tinggi pada hal-hal positif akan membantu meningkatkan kualitas hidup, sebaliknya jumlah yang tinggi pada hal-hal negatif akan menurunkan kualitas hidup.
- b. Situasi sosio-ekonomi: merupakan keadaan yang memperlihatkan keadaan ekonomi dan sosial dari individu, dengan membandingkannya terhadap

keadaan sosial dan ekonomi dari masyarakat tempat individu tersebut tinggal. Keadaan sosial dan ekonomi mempengaruhi kualitas interaksi sosial dan kemampuan konsumsi dari seseorang, status sosial dan ekonomi yang tinggi akan membantu menciptakan perasaan puas pada seseorang yang akan mempengaruhi kualitas hidupnya secara keseluruhan.

- c. Kesehatan fisik: memperlihatkan keadaan tubuh secara fungsional, baik dari bagian terkecil sampai fungsi tubuh secara keseluruhan dalam beraktivitas. Aktivitas yang penuh dan berkualitas dapat menciptakan perasaan senang dan puas pada kehidupan dan berdampak pada kualitas hidup.
- d. Kesehatan psikologis: keadaan fungsional dari jiwa manusia, baik dari dimensi kognitif, afektif, konatif, maupun psikomotorik. Kemampuan psikologis yang baik sangat membantu menciptakan perasaan positif yang merupakan inti dari kualitas hidup.
- e. Jejaring sosial: kualitas interaksi individu dengan individu lain. Individu dengan interaksi yang berkualitas dengan masyarakat sekitar akan memperoleh dukungan sosial yang menciptakan perasaan positif untuk peningkatan kualitas hidup.
- f. Gaya hidup dan aktivitas: kecenderungan individu dalam berperilaku dan menempatkan diri dalam lingkungan sosialnya. Kualitas hidup akan lebih mudah tercapai apabila gaya hidup individu sesuai dengan gaya hidup lingkungan sekitar tempat individu tersebut tinggal.
- g. Kejadian hidup traumatik: misal kematian istri atau suami atau anak. Kematian orang terdekat akan menciptakan perasaan-perasaan negatif seperti depresi yang akan berdampak ke penurunan kualitas hidup.
- h. Perawatan: Kualitas perawatan yang diberikan untuk individu tersebut. Kualitas perawatan dari institusi sosial akan mempengaruhi fungsi-fungsi fisik, psikologis, dan sosial dari individu sehingga mempengaruhi kualitas hidup baik secara langsung maupun tidak langsung.

Kedelapan faktor tersebut kemudian diperkecil menjadi empat dimensi utama yang sering digunakan untuk mengukur kualitas hidup lansia dalam panti wreda yakni:

- a. Perawatan fisik seperti layanan kesehatan dan pengobatan dan layanan personal
- b. Layanan psikologis dan dukungan emosional
- c. Partisipasi sosial dan dukungan sosial
- d. Bantuan layanan sosial seperti transportasi dan berjalan *outdoor*.

Berlainan dengan kualitas hidup lansia yang tinggal di panti wreda, Bond dan Corner (2004: h.6) menyebutkan kualitas hidup lansia secara umum memiliki dimensi-dimensi sebagai berikut:

1. Kepuasan subjektif: kualitas hidup global sebagaimana dinilai oleh individu bersangkutan. Penilaian subjektif ini sangat bergantung pada keseluruhan aspek fisik, psikologis, dan sosial dari seseorang.
2. Faktor lingkungan fisik: standar kehidupan dalam tempat tinggal, kendali terhadap lingkungan fisik, akses terhadap fasilitas-fasilitas umum seperti tempat berbelanja, transportasi publik, dan penyedia jasa hiburan dan rekreasi umum. Standar dan akses yang baik akan membantu aktivitas individu dalam pemenuhan kualitas hidup.
3. Faktor lingkungan sosial: dukungan keluarga dan jejaring sosial, tingkat aktivitas rekreasi, dan relasi terhadap organisasi-organisasi sukarela.
4. Faktor sosio-ekonomi: pendapatan dan kekayaan, nutrisi, dan standar kehidupan secara keseluruhan.
5. Faktor budaya: umur, jenis kelamin, etnis, agama, dan latar belakang kelas sosial. Faktor-faktor ini mempengaruhi pola perilaku, kondisi fisik, dan interaksi sosial individu sehingga mempengaruhi kualitas hidup seseorang.
6. Faktor status kesehatan: kesejahteraan fisik, fungsi-fungsi tubuh, dan kesehatan mental.
7. Faktor kepribadian: kesejahteraan psikologis, moral, kepuasan hidup, dan kebahagiaan.
8. Faktor otonomi pribadi: kemampuan untuk membuat pilihan, mengendalikan serta bernegosiasi dengan lingkungan pribadi. Individu dengan pilihan dan kendali yang baik dan tinggi akan memperbanyak dan memperdalam opsi-opsi individu dalam kehidupan sehingga memungkinkan pencapaian kualitas hidup yang baik.

Pemilihan faktor-faktor kualitas hidup yang diulas di atas didasarkan pada pola pemikiran umum-khusus, dengan faktor-faktor kualitas hidup WHO (Cruz dkk, 2009) yang bersifat umum, faktor-faktor kualitas hidup Bond dan Corner (2004) yang bersifat lebih spesifik untuk populasi lansia umum, dan faktor-faktor kualitas hidup Vaarama dkk (2008) yang semakin spesifik untuk populasi lansia dalam panti wreda.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup populasi umum adalah faktor internal yakni kesehatan fisik dan kesehatan psikologis, serta faktor eksternal yakni jejaring sosial dan keadaan lingkungan. Kemudian faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia yang tinggal di panti wreda meliputi demografi, situasi sosio-ekonomi, kesehatan fisik,

kesehatan psikologis, jejaring sosial, gaya hidup dan aktivitas, kejadian hidup traumatik, dan perawatan; selanjutnya faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia secara global meliputi kepuasan subjektif, lingkungan fisik, lingkungan sosial, sosio-ekonomi, budaya, status kesehatan, kepribadian, dan otonomi pribadi.

Indikator kualitas hidup

Kualitas hidup sebagaimana diterangkan sebelumnya, merupakan sebuah konsep yang kompleks dan multidimensional, sehingga indikator dari konsep kualitas hidup sendiri bervariasi bergantung pada tujuan serta subjek penelitiannya. Sebagai contoh penelitian Chachamovich dkk (2010) yang mengkaji kualitas hidup pada individu yang menderita *infertility* (ketidakmampuan untuk bereproduksi) menggaris-bawahi salah satu indikator penting dalam kualitas hidup yang tinggi adalah penerimaan diri sendiri serta persepsi positif terhadap keluarga yang tidak memiliki anak kandung. Keberagaman indikator kualitas hidup ini terlihat pula pada hasil studi Berkes dkk (2010) yang menekankan pentingnya perbaikan kualitas hidup pada terutama yang diindikasikan oleh fungsi fisiologis dari tubuh serta fungsi psikososial pada anak yang mengidap penyakit hati.

Penelitian yang menggali lebih lanjut mengenai kualitas hidup dalam kaitannya dengan kesehatan fisik akan lebih mementingkan indikator kesehatan fisiologis dibanding indikator dari kesehatan psikologis, relasi sosial, dan keadaan lingkungan. Hal ini dapat dilihat pada kajian Hallberg, Hallberg, dan Kramer (2008) yang ingin melihat kaitan ketidakmampuan untuk mendengar (*hearing impairment*) dengan kualitas hidup individu sehingga peneliti memfokuskan kajiannya pada indikator kesehatan fisiologis terutama fungsi indra pendengaran. Hal menarik dari indikator yang berbeda dari kualitas hidup terkait kesehatan fisik dan kualitas hidup secara umum adalah rendahnya kualitas hidup terkait kesehatan akan diikuti pula dengan rendahnya kualitas hidup secara umum (Waal, Terwee, Windt, Bouter, & Dekker, 2005), ini memperlihatkan bahwa meski dengan indikator kualitas hidup yang berbeda, kualitas hidup baik terkait kesehatan fisik maupun secara umum tetap terkait dan saling mempengaruhi. Dalam mengembangkan alat ukur kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan fisiologis, peneliti harus bisa mengembangkan indikator fisiologis yang berkaitan dengan penyakit terkait yang akan diteliti sehingga dapat mengukur dengan tepat dan reliabel, sebagai contoh dalam penyakit paru-paru indikator yang bisa dipakai adalah panjang-pendeknya nafas yang terkait dengan berkurangnya kapasitas paru-paru, kelelahan kronis, serta frustrasi emosional (Wasserman dkk, 2005).

Salah satu indikator sosial dari kualitas hidup yang paling mendapat sorotan akhir-akhir ini adalah *happiness* (kebahagiaan), kebahagiaan menjadi fokus studi dari ilmu sosial, psikologi, gerontologi, bahkan sampai pengembangan skala SF-36 yang merupakan salah satu kuesioner psikologis terkenal untuk mengukur kualitas hidup (Moller & Huschka, 2009). Definisi kualitas hidup dari WHO dianggap terlalu berorientasi kepada indikator-indikator sosial sehingga tidak lagi seimbang dengan indikator-indikator dari tiga faktor lainnya yakni kesehatan fisiologis, kesehatan psikologis, dan keadaan lingkungan (Phillips, 2006). Phillips (2006) dalam bukunya memberi contoh indikator dari faktor jejaring sosial dalam variabel kualitas hidup yakni:

1. Proporsi interaksi dengan tetangga sekitar,
2. Proporsi interaksi dengan teman-teman dekat,
3. Proporsi merasa sendirian atau terisolasi,
4. Durasi interaksi dengan sanak saudara, dan
5. Bantuan informal (non-keuangan) yang diterima dari keluarga.

Menurut Rapley (2003), indikator dalam kualitas hidup terbagi menjadi dua jenis yaitu indikator subjektif, dan obyektif. Indikator obyektif contohnya adalah pendapatan, pendapatan akan memakai pendapatan per kapita sebagai perbandingannya agar dapat diukur; sedangkan indikator subjektif contohnya seperti kebahagiaan yang merupakan persepsi subjektif dari individu. Rapley juga menyebutkan bahwa indikator kualitas hidup akan berbeda dari letak geografisnya, Rapley memberi contoh sebuah proyek penelitian *Measuring the Quality of Life in Newcastle* yang berhasil mengadopsi 27 indikator sosial untuk menggambarkan kualitas hidup masyarakat lokal Newcastle. Di daerah Newcastle, kualitas hidup berarti 'pantai yang bersih', 'kualitas udara bersih', 'kualitas ruang publik yang luas', dan indikator lainnya. Penelitian Zhang (2010) yang mengadakan survei kepada sekitar seribu enam ratus penduduk dari delapan kota di Republik Rakyat Cina, menemukan bahwa indikator dari kualitas hidup dari penduduk Cina adalah kesehatan secara fisiologis (sebanyak 30,7% memilih kesehatan sebagai indikator utama), status pekerjaan (24,5% responden), kehidupan berkeluarga (21% responden), dan pengembangan diri (8,4% responden). Penemuan ini menjadi acuan untuk ilmuwan yang ingin mengukur kualitas hidup di Republik Rakyat Cina untuk menyesuaikan alat ukur mereka dengan indikator yang sesuai dengan kultur Cina. Hal ini mengindikasikan bahwa peneliti harus menyesuaikan indikator dengan lingkungan tempat populasinya berada.

Penelitian yang mengambil subjek lansia pada panti wreda tidak hanya harus memperhatikan indikator yang muncul dari individu saja, namun juga harus

memperhatikan kualitas layanan dari panti wreda itu sendiri (Vaarama dkk, 2008). Gilloran dkk (dalam Vaarama dkk, 2008) menyebutkan beberapa indikator yang penting untuk mengukur kualitas layanan dari panti wreda yakni: pilihan-pilihan yang ditawarkan kepada klien, pemberian informasi-informasi yang dibutuhkan, pemberian semangat untuk mandiri dan independen, serta menghargai privasi dari klien. Studi Brajkovic dkk (2009) menunjukkan bahwa kualitas hidup lansia yang tinggal di panti wreda lebih tinggi dari lansia yang tinggal dalam rumah sendiri, penemuan ini kontras dengan pemikiran tradisional bahwa panti wreda menyediakan kondisi kehidupan yang lebih buruk dibanding dengan kehidupan dalam rumah sendiri. Indikator kualitas hidup yang baik bagi lansia yang tinggal di panti wreda adalah relasi personal, dan lingkungan. Brajkovic dkk menyimpulkan bahwa individu yang tinggal di panti wreda akan lebih puas karena mereka dirawat oleh tenaga profesional, mereka mendapatkan pelayanan kesehatan, dan makanan yang baik, dan juga mereka mendapatkan kunjungan lebih banyak dari teman serta keluarga dan menghabiskan waktu yang berkualitas dengan orang-orang terdekat mereka.

Berdasarkan uraian di atas, disimpulkan bahwa penyusunan indikator kualitas hidup untuk lansia disarankan menyesuaikan dengan faktor-faktor kualitas hidup yang dipakai dalam penelitian, dengan mempertimbangkan budaya masyarakat sekitar, dalam hal ini mempertimbangkan indikator kualitas hidup yang sesuai dengan lansia yang tinggal di Indonesia dengan kemampuan fisik dan psikologis yang terbatas akibat pertambahan usia.

Pengukuran kualitas hidup

Selama beberapa dekade terakhir, pengukuran kualitas hidup telah menjadi kunci untuk mengevaluasi pasien maupun klien, serta memprediksi hasil dari tritmen yang diberikan kepada mereka, dan pada masa saat ini, alat ukur kualitas hidup dapat dibagi menjadi dua kategori utama yakni (Coccosis dkk, 2009) :

1. Instrumen generik (*general*), mengukur kualitas hidup sebagai sebuah konsep multidimensional dengan dimensi budaya, dimensi sosial, dimensi psikologis, serta dimensi kesehatan fisiologis terkandung di dalamnya, cocok untuk digunakan dalam populasi umum. Salah satu bentuk paling terkenal adalah kuesioner WHOQOL-100.
2. Instrumen spesifik-penyakit, sering disebut HRQOL (*Health Related Quality of Life*) mengukur area spesifik dari kesehatan fisik, fungsi fisiologis dari tubuh dan kualitas hidup yang relevan dengan penyakit tertentu atau tritmen tertentu.

Pada dekade 1990an, WHO menginisiasi sebuah proyek internasional yang bertujuan untuk mengembangkan sebuah sistem pengukuran kualitas hidup komprehensif untuk populasi yang sehat maupun non-sehat, yang dapat diterapkan lintas budaya dan latar belakang (WHOQOL Group, 1993). Pada awal inisiasi, kuesioner WHOQOL-100 terbentuk dari 100 aitem yang kemudian dikelompokkan ke dalam 25 faktor; satu faktor mengukur kualitas hidup secara keseluruhan. 24 faktor lainnya yang masing-masing memiliki 4 aitem terorganisasi menjadi 6 kawasan utama: (1) *physical health* atau kesehatan fisik, (2) *psychological health* atau kesehatan psikologis, (3) *level of independence* atau tingkat kemandirian, (4) *social relationships* atau hubungan sosial, (5) *environment* atau lingkungan dan (6) *spirituality/religion/personal beliefs* (spiritualitas/agama/kepercayaan pribadi). Setelah melihat kemungkinan untuk mengelompokkan 25 faktor-faktor WHOQOL-100 menjadi jumlah kawasan yang lebih kecil, WHOQOL Group kemudian mereduksi jumlah kawasandari orisinil 6 kawasan menjadi 4 kawasan yang terdiri dari: (1) kesehatan fisik (menyerap tingkat kemandirian), (2) kesehatan psikologis (menyerap spiritualitas/agama/kepercayaan pribadi), (3) hubungan sosial, dan (4) lingkungan. 25 faktor dari 4 kawasan utama dijabarkan lebih lanjut dalam tabel 1 (Coccossis dkk, 2009: h.3).

Tabel 1: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire: Domain/facet.

<i>Domain</i>	<i>Facet</i>
<i>Physical health</i>	<i>Pain and discomfort</i>
	<i>Energy and fatigue</i>
	<i>Sleep and rest</i>
	<i>Mobility</i>
	<i>Activities of daily living</i>
	<i>Dependence on medication</i>
	<i>Working capacity</i>
<i>Psychological health</i>	<i>Positive feelings</i>
	<i>Thinking, earning, memory and concentration</i>
	<i>Self-esteem</i>
	<i>Bodily image and appearance</i>
	<i>Negative feelings</i>
<i>Social relationships</i>	<i>Spirituality/religion/personal beliefs</i>
	<i>Personal relationships</i>
	<i>Social support</i>
<i>Environment</i>	<i>Sexual activity</i>
	<i>Physical safety and security</i>
	<i>Home environment</i>
	<i>Financial resources</i>
	<i>Health and social care: availability and quality</i>
	<i>Opportunities for acquiring new information</i>

	<i>and skills</i>
	<i>Participation in and opportunities for recreation/leisure</i>
	<i>Physical environment</i>
	<i>Transport</i>
<i>Overall quality of life and general health</i>	

Pengembangan WHOQOL-100 menjadi populer seiring tuntutan untuk menyesuaikan dengan kebutuhan penelitian, Shao, Chou, Yeh, dan Tzeng (2010) mengembangkan skala WHOQOL menjadi *World Health Organization Quality of Life Instrument-BREF Taiwan version* untuk mengukur kualitas hidup suster perempuan yang bekerja dengan sistem *shift* di Taiwan. WHOQOL-BREF Taiwan *version* tetap menekankan empat kawasan utama yang terdapat pada WHOQOL-100 dengan perubahan pada aitem untuk menyesuaikan dengan kultur Taiwan dan pekerjaan populasi penelitian yakni suster yang bekerja *shift*. WHOQOL-BREF versi Taiwan terdiri dari dua aitem untuk mengukur kualitas hidup secara umum, dua puluh empat aitem tersebar dalam empat kawasan utama, dan dua aitem yang spesifik budaya yakni: *'Do you feel respected by others?'* dan *'Are you usually able to get the things you like to eat?'*. Dua pertanyaan ini merefleksikan dua nilai kultural penting dari Taiwan yakni mendapatkan respek atau diterima oleh relasi sosial (termasuk dalam kawasan hubungan sosial) dan memakan makanan yang disukai oleh individu (termasuk dalam kawasan lingkungan). Skor untuk tiap aitem berkisar dari 1 sampai dengan 5. Konsistensi internal dan reliabilitas tes-retes telah diverifikasi oleh WHOQOL-Taiwan Group (Yao, dalam Shao dkk, 2010).

HRQOL layaknya QOL generik, juga memiliki variasi instrumen yang dikembangkan untuk menyesuaikan dengan penyakit spesifik pada subjek penelitian. SF-36 dan EQ-5D adalah dua instrumen yang paling sering digunakan untuk mengukur HRQOL secara umum (non-spesifik penyakit) (Essex dkk, 2009). SF-36 adalah kuesioner status kesehatan umum yang terdiri dari 36 aitem yang pertama kali dikembangkan di Amerika Serikat. SF-36 mengukur kualitas hidup yang ditinjau dari delapan dimensi: fungsi fisikal, fungsi sosial, pembatasan peran diakibatkan permasalahan emosional, kesehatan mental, energi/vitalitas, kesakitan, dan persepsi atas kesehatan secara keseluruhan (Essex dkk, 2009). Untuk setiap dimensi, aitem diberi skor antara 0 sampai dengan 100; 0 adalah keadaan kesehatan yang paling buruk, dan 100 adalah keadaan kesehatan yang paling baik. SF-36 telah ditranslasikan ke 40 bahasa berbeda (Jenkinson dkk, dalam Essex dkk, 2009) dan merupakan instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur kualitas hidup dari

kesehatan medis secara general (Bowling, dalam Essex dkk, 2009). EQ-5D juga digunakan untuk mengukur *generic* HRQOL, instrumen terdiri dari dua bagian: bagian pertama terdiri dari 5 aitem yang masing-masing mewakili satu dimensi: mobilitas, perawatan diri, aktivitas sehari-hari, rasa sakit/rasa tidak nyaman, dan kecemasan/depresi. Setiap dimensi memiliki 3 level: tidak bermasalah, bermasalah, masalah ekstrim. Bagian kedua adalah *Visual Analogue Scale* (VAS). Kedua bagian menuntun responden untuk merefleksikan keadaan kesehatan mereka pada hari itu juga. Sistem penilaian EQ-5D serupa dengan SF-36 yaitu dengan menggunakan range skor 0-100 untuk tiap pertanyaan (Essex, 2009).

Beberapa instrumen HRQOL dikembangkan untuk mengukur kualitas hidup pada subjek yang terkena penyakit spesifik, salah satu contoh adalah *Incontinence Quality of Life Scale* (I-QOL) yang digunakan pada penelitian Eyigor, Karapolat, Akkoc, Yesil, dan Ekmekci (2010) untuk mengevaluasi dampak dari penyakit *incontinence* (tidak dapat mengendalikan proses urinasi dan buang air besar) terhadap kualitas hidup. I-QOL terdiri dari 22 aitem, dengan penilaian berdasarkan 5 poin skala Likert yang diambil dari 3 kawasan utama yaitu perilaku menghindar, dampak psikososial, serta *social embarrassment* (merasa malu secara sosial). I-QOL dalam penelitian ini ditranslasi dalam bahasa Turki sehingga validitas dan reliabilitas skala belum didapat. Pengukuran kualitas hidup terhadap lansia juga menggunakan variasi instrumen untuk menyesuaikan dengan kebutuhan, budaya, serta tujuan dari penelitian itu sendiri, sebagai contoh kajian Wiggins, Erzberger, Hyde, Higgs, & Blane (2007) yang mengukur kualitas hidup pada individu pada usia tua awal (*early old age*) menggunakan instrumen CASP-19, sebuah instrumen berisi 19 aitem; tiap aitem dinilai menggunakan skala Likert 4 poin untuk mengukur empat kawasan kehidupan: kontrol, otonomi, realisasi diri, dan kenikmatan (*pleasure*) yang dikembangkan dari dasar teoritis dari Higgs dkk (dalam Wiggins dkk, 2007), argumen Higgs dkk, adalah:

Autonomy is defined as the right of an individual to be free from the unwanted interference of others and control is understood as the ability to actively intervene in one's environment (Patrick, Skinner, & Connell, 1993). Once these requirements have been met then individuals have the potential to realise themselves through activities that make them happy.

Reviu dari Vaarama dkk (2008: h.21) terhadap proyek-proyek penelitian besar yang terkait dengan kualitas hidup pada lansia yang tinggal pada institusi sosial yakni: (1) OASIS (*Old Age and Autonomy: the Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity*), (2) nlansiaG (*The Norwegian Life Course, Ageing and Generation Study*), 3. BASE (*The Berlin Ageing Study*), (4) LASA (*Longitudinal Ageing Study Amsterdam*), (5)

Growing Older (GO) Project of the University of Sheffield, UK, (6) *Finnish national studies*, dan (7) *WHOQOL measure*, berhasil mengelompokkan 7 kawasan utama yang muncul dari instrumen-instrumen yang digunakan yang dijabarkan sebagai berikut:

1. Subjektif QOL memiliki indikator-indikator:

a. Kepuasan hidup: kepuasan dalam hidup dapat diukur dengan sebuah pertanyaan. Seringkali pertanyaan yang muncul adalah: "seberapa puas anda dengan kehidupan anda?" Pertanyaan ini muncul dalam instrumen WHOQOL-Bref dan dalam *Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale (PGCMS)*.

b. Moral: dalam PGCMS untuk mengukur moral lansia dilihat dari 3 dimensi, yakni *agitation*, sikap terhadap penuaan diri, dan ketidakpuasan atas kesepian. Dimensi *agitation* digunakan untuk mengukur kecemasan dari individu atas kehidupannya di institusi, dimensi sikap terhadap penuaan diri menangkap persepsi individu atas perubahan-perubahan (penuaan) yang terjadi dalam diri, terutama dalam kemampuan-kemampuan dirinya, sementara dimensi ketidakpuasan atas kesepian merepresentasikan tingkat kepuasan individu terhadap kualitas dan kuantitas interaksi sosial yang ia lakukan.

c. *Affect* (Afeksi): terdiri atas *positive affect* (PA) dan *negative affect* (NA). NA dan PA merupakan respon-respon emosional seperti antusiasme dan ketertarikan (untuk PA) dan *distress* serta kecemasan (untuk NA). *The Positive/Negative Affect Scale (PANAS)* sering digunakan para gerontologis untuk mengukur PA dan NA.

d. *Happiness* (kebahagiaan): Tidak ada skala kebahagiaan spesifik yang digunakan dalam studi-studi yang direviu, namun beberapa instrumen kualitas hidup memasukkan aitem kebahagiaan, termasuk diantaranya PGCMS. Kebahagiaan bisa diukur dengan sebuah pertanyaan seperti: "seberapa bahagia anda dengan kehidupan anda di tempat ini (panti wreda)?"

2. *Personal resources* yang mempengaruhi QOL memiliki dimensi-dimensi:

a. Depresi: Depresi secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup dan diasosiasikan dengan kesehatan, rasa sakit, dan persepsi atas kesehatan diri dan kepuasan terhadap layanan institusi. *The Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* adalah skala depresi yang sering dipakai dalam studi-studi kualitas hidup.

b. Kecemasan: Kecemasan merupakan salah satu dimensi yang lebih sedikit diukur dibanding depresi dalam penelitian-penelitian kualitas hidup terkini. PGCMS dan *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* merupakan salah satu contoh skala yang memasukkan dimensi kecemasan dalam instrumennya.

- c. Kognisi: *The Mini Mental State Examination*, sebuah skala yang mengukur kognisi digunakan dalam LASA dan BASE.
- d. Koherensi: skala *Sense of Coherence* digunakan oleh Vaarama untuk mengukur kemampuan psikologis dari lansia orang Finlandia.
- e. *Coping*: dalam OASIS, *coping style* diukur untuk melihat tendensi untuk tetap memakai prioritas-prioritas dan gaya hidup lama walau sudah tidak lagi berfungsi, dan juga mengukur kesiapan untuk merubah tujuan-tujuan dalam situasi-situasi tertentu.
- f. Kontrol: *The Mastery Scale* digunakan dalam LASA dan nlanisiaG untuk mengukur kontrol internal terhadap kejadian positif, kontrol internal terhadap kejadian negatif, kontrol eksternal terhadap kejadian positif, dan kontrol eksternal terhadap kejadian negatif.
- g. *Self-Esteem*: dalam nlanisiaG, *self-esteem* disebutkan sebagai penerimaan diri atau perasaan atas harga diri.
- h. *Purpose of Life* (tujuan hidup): nlanisiaG menggunakan sub-skala dari *the Psychological Well-Being Scale* untuk mengukur tujuan hidup.
- i. *Loneliness* (kesepian): LASA dan PGCMS menggunakan aitem-aitem kesepian dalam skala yang dipakai.

3. Kesehatan fisik dan kemampuan fungsional tubuh

- a. *Subjective Health*: persepsi atas kesehatan biasanya diukur dalam WHOQOL-Bref, dengan tujuan untuk mengevaluasi kepuasan atas kesehatan yang dimiliki oleh individu saat ini.
- b. *Functional Ability*: nlanisiaG dan OASIS mengukur *physical ability and functioning* dengan melihat aktivitas sehari-hari dari individu.
 - (1) Hubungan sosial: Semua studi yang dirangkum memasukkan kawasan ini. Dimensi utama dalam hubungan sosial adalah: kuantitas, kualitas, dan kepuasan atas hubungan sosial yang dimiliki.
 - (2) Tempat tinggal dan lingkungan: Hampir semua studi yang dirangkum melampirkan kawasan ini. Dimensi dalam kawasan ini adalah kepuasan dengan panti wreda yang ditinggali, permasalahan yang dihadapi oleh panti wreda, kepuasan terhadap transportasi yang diberikan, kelekatan personal terhadap lingkungan hidup di sekitar panti wreda.
 - (3) Penggunaan bantuan dan layanan: Di semua studi yang direviu, kawasan ini tidak dijadikan fokus utama dan hanya dilibatkan dalam beberapa item saja. Tiga dimensi dalam kawasan ini adalah intensitas bantuan, penyedia layanan (informal/formal),

dan tipe bantuan (pekerjaan rumah tangga, transportasi, layanan personal, dan berbelanja)

4. Faktor-faktor sosio-ekonomi dan demografis: kebanyakan studi di atas memasukkan pengukuran berikut sebagai dimensi dari kawasan ini: (1) jenis kelamin, (2) umur, (3) status perkawinan, (4) edukasi, (5) situasi ekonomi (subjektif dan obyektif), (6) preferensi, (7) perubahan dalam kehidupan serta pengalaman hidup traumatik.

Berdasarkan uraian di atas, disimpulkan bahwa alat ukur kualitas hidup yang baik untuk lansia adalah alat ukur WHOQOL-BREF yang memiliki empat kawasan utama yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologis, relasi sosial, dan lingkungan (Brajkovic dkk, 2009).

Kesimpulan

Kualitas hidup pada lansia merupakan sebuah variabel yang telah dieksplorasi oleh berbagai ahli dari berbagai latar belakang ilmu. Pemenuhan tingkat kualitas hidup yang tinggi akan membantu lansia untuk memperoleh kebahagiaan dalam masa hidupnya. Pemenuhan kualitas hidup harus mempertimbangkan faktor internal maupun eksternal dari individu. Indikator kualitas hidup lansia harus mempertimbangkan budaya masyarakat sekitar agar lebih akurat. Sedangkan alat ukur kualitas hidup telah memiliki satu acuan baku yakni WHOQOL-BREF yang dikembangkan oleh WHO.

Referensi

- Berkes, A., Varni, J. W., Pataki, I., Kardos, L., Kemeny, C., & Mogyorósy, G. (2010). Measuring health-related Quality of Life in Hungarian children attending a Cardiology Clinic with the Pediatric Quality of Life Inventory. *Eur J Pediatr*, 169, 333-347.
- Bond, J., & Corner, L. (2004). *Quality of Life and Older People*. Berkshire: Open University Press.
- Brajkovic, L., Godan, A., & Godan, L. (2009). Quality of Life after Stroke in old age: Comparison of persons living in Nursing Home and those living in their own home. *Public Health*, 1, 182-188.
- Carr, A. J., Higginson, I. J., & Robinson, P. G. (2003). *Quality of Life*. London: BMJ Books.
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., & Passos, E. P. (2010). Investigating Quality of Life and Health-Related Quality of Life in Infertility: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(2), 101-110.

- Coccosis, M. G., Triantafillou, E., Tomaras, V., Liappas, I. A., Christodoulou, G.N., & Papadimitriou, G.N. (2009). Quality of Life in mentally ill, physically ill, and healthy individuals: The validation of the Greek Version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) Questionnaire. *Annals of General Psychiatry, 8*(23), 1-14.
- Cruz, L. N., Camey, S. A., Fleck, M. P., & Polanczyk C. A. (2009). World Health Organization Quality of Life Instrument-Brief and Short Form-36 in patients with Coronary Artery Disease: Do they measure similar Quality of Life concepts? *Psychology, Health & Medicine, 14*(5), 619-628.
- Essex, H. N., Clark, M., Sims, J., Warriner, A., & Cullum, N. (2009). Health-Related Quality of Life in Hospital inpatients with Pressure Ulceration: Assessment using Generic Health-Related Quality of Life measures. *Wound Rep Reg, 17*, 797-805.
- Eyigor, S., Karapolat, H., Akkoc, Y., Yesil, H., & Ekmekci, O. (2010). Quality of Life in patients with Multiple Sclerosis and Urinary disorders: Reliability and validity of Turkish-Language Version of Incontinence Quality of Life Scale. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 47*(1), 67-72.
- Grow, S. L., Sudnongbua, S., & Boddy, J. (2011). The impact of visual disability on the Quality of Life of older persons in rural northeast Thailand. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 1*, 361-369.
- Hallberg, L. R. M., Hallberg, U., & Kramer, S. E. (2008). Self-reported hearing difficulties, communication strategies and Psychological General Well-Being (Quality of Life) in patients with Acquired Hearing Impairment. *Disability and Rehabilitation, 30*(3), 203-212.
- Kostka, T., & Jachimowicz, V. (2010). Relationship of Quality of Life to Dispositional Optimism, Health Locus of Control and Self-Efficacy in older subjects living in different environments. *Qual Life Res, 19*, 351-361.
- Moller, V., & Huschka, D. (2009). *Quality of Life and the Millenium Challenge: Advances in Quality-of-Life Studies, Theory and Research*. New York: Springer.
- Ohaeri, J. U., Awadalla, A. W., & Gado, O. M. (2009). Subjective Quality of Life in a nationwide sample of Kuwaiti subjects using The Short Version of The WHO Quality of Life Instrument. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 4*(4), 693-701.
- Phillips, D. (2006). *Quality of Life: Concept, policy, and practice*. London: Routledge.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research*. London: Sage Publications Ltd.
- Shao, M. F., Chou, Y. C., Yeh, M. Y., & Tzeng, W. C. (2010). Sleep Quality and Quality of Life in female shift-working nurses. *Journal of Advanced Nursing, 66*(7), 1565-1572.
- Vaarama, M., Pieper, R., & Sixsmith, A. (2008). *Care-Related Quality of Life in Old Age*. New York: Springer.
- Waal, J. M. V. D., Terwee, C. B., Windt, D. A. W. M. V. D., Bouter, L. M., & Dekker, J. (2005). Health-related and Overall Quality of Life of Patients with Chronic Hip and Knee Complaints in general practice. *Quality of Life Research, 14*, 795-803.

- Wasserman, D., Bickenbach, J., & Wachbroit, R. (2005). *Quality of Life and Human Difference*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). *Qual Life Res*, 2, 153-159.
- Wiggins, R. D., Erzberger, C., Hyde, M., Higgs, P., & Blane, D. (2007). Optimal matching analysis using ideal types to describe the lifecourse: An illustration of how histories of work, partnerships and housing relate to Quality of Life in early old age. *Int. J. Social Research Methodology*, 10(4), 259-278.
- Zhang, L. (2010). Urbanites Life Satisfaction research in China: A case study of Quality of Life in eight cities. *Asian Social Science*, 6(5), 19-26.