

Strategi *Active Ageing* untuk Wujudkan Kualitas Hidup Lansia Indonesia

Toton Witono

Widyaiswara Ahli Madya, Pusdiklat Kesejahteraan Sosial

E-mail: totonwitono@gmail.com

Abstrak

Penuaan penduduk Indonesia harus diantisipasi dengan kebijakan dan strategi yang tepat untuk tetap menjamin kualitas hidup mereka. Di antara beberapa strategi, konsep *active ageing* dinilai lebih cocok diterapkan di Indonesia. Konsep yang dipromosikan WHO sejak tiga dekade silam ini bertujuan untuk mewujudkan kondisi dambaan setiap lansia, yakni hidup sehat, bahagia, dan sejahtera. Strategi *active ageing* juga selaras dengan pendekatan pekerjaan sosial yang menekankan pada sisi kekuatan ketimbang kelemahan atau penyakit lansia. Selain itu, keduanya sama-sama memiliki penekanan pada kemandirian lansia, partisipasi menerus, martabat dan kehormatan lansia, adopsi perspektif *life-course* yang mengakui ragam perkembangan lansia, kapasitas keberfungsian lansia, pelayanan berbasis hak, dan upaya menghilangkan anggapan atau stigma buruk tentang lansia.

Kata kunci: Penuaan penduduk, kualitas hidup, penuaan aktif, dan pekerjaan sosial.

Abstract

Ageing population in Indonesia should be anticipated by a proper regulation and strategy with the purpose of ensuring their quality of life. Among others, active ageing is expected to be an appropriate concept for Indonesia. Since three decades ago, WHO has promoted this concept aiming at ameliorating older adult's health, happiness, and well-being. The strategy of active ageing is also compatible with social work approach focusing more on the aged strengths than their negativity or deficit aspects. Moreover, both are identical in the way they emphasize on the elders' autonomy and independence, participation, dignity, adopting life-course perspective that affirms different development for each older adult, capacity of social functioning, rights-based approach, and efforts to address prejudice and negative stigma concerning the age group.

Keywords: *Ageing population, quality of life, active ageing, and social work.*

A. PENDAHULUAN

Penduduk Indonesia kian menua. Istilah akademis menyebutnya sebagai penuaan penduduk (*ageing population*). Angka harapan hidup meningkat sebagai

dampak dari pembangunan sosial-ekonomi dan kemajuan di bidang kesehatan. Konsekuensinya, jumlah dan persentase populasi semakin meningkat, khususnya penduduk usia 60 tahun ke atas

atau biasa disebut lanjut usia (disingkat: lansia). Bahkan diprediksi akan ada ledakan penduduk lansia. Tingginya populasi lansia Indonesia harus disikapi dan diantisipasi secara bijak. Sebagian ahli dan pembuat kebijakan menganggap keberadaan mereka sebagai beban ekonomi negara, atau paling tidak menjadi beban tanggungan bagi kelompok usia produktif. Sebagian yang lain melihatnya secara bijak bahwa penuaan penduduk harus dikelola secara hati-hati dengan menerapkan pendekatan atau strategi yang tepat. Sama halnya dengan bagaimana menyikapi bonus demografi yang sedang dihadapi Indonesia saat ini.

Meskipun sebagian lansia masih bisa produktif dan mandiri, namun tidak bisa dimungkiri bahwa sebagian besar sudah tidak produktif dan permasalahan mereka memang kompleks. Gambaran permasalahan umum yang dihadapi lansia akan diuraikan terlebih dahulu pada bagian awal artikel ini. Penjelasan tentang kompleksitas lansia di sini tentu saja tidak dipretensikan untuk memunculkan stereotip atau melekatkan stigma tidak baik kepada warga negara senior. Selanjutnya akan diuraikan secara singkat beberapa strategi atau pendekatan dalam penanganan lansia di dunia dan merekomendasikan strategi mana yang sekiranya cocok dengan kemampuan negara dan kondisi masyarakat Indonesia. Strategi yang akan dipilih juga dilihat dari seberapa sesuai

dengan perspektif pekerjaan sosial yang lebih menekankan sisi kelebihan atau kekuatan (*strength-based model*) dari kelompok usia lanjut.

B. PERMASALAHAN UMUM LAN-SIA

Permasalahan yang dihadapi manusia pada tahap akhir hidup lansia sangatlah kompleks, baik dari sisi aspek fisik/biologis, psikologis, sosial, intelektual, spiritual, emosional, maupun perilaku (*behavioral*). R.L. Kane, seperti dikutip Agustina (2002), menyebut masalah lansia dengan serangkaian “I”. Dalam gerontologi disebut sebagai *the geriatric giants* (masalah besar kaum lansia). Serangkaian “I” yang dimaksud yaitu: immobilitas, instabilitas (fisik atau non-fisik), inkontinensia (tidak mampu menahan buang air kecil), *intellectual impairment* (penurunan daya ingat atau kemampuan intelektual), infeksi, *impairment of vision and hearing* (penurunan penglihatan dan pendengaran), *irritable colon* (gangguan usus besar), isolasi atau rasa kesepian, *inanition* (malnutrisi), *impaction* (konstipasi atau sembelit), iatrogenesis (penyakit karena obat), insomnia, *immune deficiency* (gangguan sistem kekebalan tubuh), dan impotensi (p. 12).

Masalah kesehatan fisik seperti diuraikan di atas tentu akan diiringi dengan tingginya biaya perawatan atau pengobatan. Usia lanjut seringkali diang-

gap sebagai masalah sosial karena tingginya biaya kesehatan dan dan dibarengi dengan masalah kemiskinan, masalah perumahan atau tempat tinggal di bawah standar, atau berkurangnya pendapatan karena pensiun atau pensiun dini (Kirst-Ashman, 2010; Zastrow, 2017).

Di samping berpengaruh pada masalah finansial, pensiun atau pensiun dini juga dapat menimbulkan beban psikologis. Selain alasan kinerja, anggapan negatif terhadap usia lanjut (*ageism*) juga dapat menjadi alasan yang menyebabkan para lansia ataupun yang menjelang lansia sering dipensiunkan tanpa persiapan dan bantuan yang memadai, meskipun masih produktif. *Ageism* menyangkut prasangka (*prejudice*) dan sikap diskriminatif terhadap lansia dengan gambaran negatif, seperti pikun, ringkih, lambat, dan semacamnya. Akibatnya, seseorang bisa kehilangan status atau memiliki status rendah (Kirst-Ashman, 2010, p. 281; Zastrow, 2017, p. 456-58).

Masa pensiun seringkali mencera-bur orang dari arus kehidupan sehingga mempersempit kontak sosial dan ruang gerak mereka. Kontribusi dan peran sosial mereka pun otomatis menjadi berkurang. Turunnya peran sosial dapat menyebabkan menurunnya kesehatan fisik karena berkurangnya aktivitas fisik dan pada gilirannya menyebabkan masalah kesehatan mental. Beberapa penelitian menun-

jukan bahwa dibanding orang yang masih aktif bekerja, para pensiunan lebih mudah menderita depresi, perilaku obsesif-kompulsif, dan gejala-gejala penyakit fisik dari sebab nonfisik. Mereka yang dipaksa pensiun sebelum masanya atau di luar keinginannya merasa marah dan benci kepada pegawai yang lebih muda (Zastrow, 2017, p. 458-59).

Masalah lain yang sering dialami lansia adalah penelantaran (*neglected*) atau kekerasan terhadap lansia (*parent abuse*), baik secara fisik maupun emosional (Kirst-Ashman, 2010; Zastrow, 2017). Lansia juga rentan menjadi korban kejahatan, seperti perampokan, penyerangan, pencurian, pencopetan, vandalisme, dan penipuan karena mereka biasanya mengalami penurunan energi, kekuatan, dan kecerdasan (Zastrow, 2017, p. 465).

Dari uraian di atas tampak jelas bahwa berbagai masalah lansia dapat saling mempengaruhi satu sama lain. Satu aspek bisa menjadi penyebab sekaligus akibat dari aspek yang lain. Sebagai contoh dalam hal masalah mental lansia. Menurut Kirst-Ashman (2010), secara umum penyebab masalah mental bisa bersifat biologis, kimiawi, fisiologis, genetik, psikologis, atau sosial. Seseorang dikatakan sehat secara mental (*mental health*) jika kondisinya baik atau sehat dari sisi dimensi psikologis dan emosional yang membuatnya mampu membuat

keputusan rasional, mengatasi tekanan dari dalam maupun luar, dan menyesuaikan diri dengan lingkungan sosialnya. Apabila dua dimensi tersebut dan juga dimensi kognitif terganggu sehingga mempengaruhi keberfungsian, seorang individu dikatakan mengalami gangguan mental (*mental disorder*) atau penyakit mental (*mental illness*) (Kirst-Ashman, 2010, p. 348).

Contoh lain dapat diambil dari Zastrow (2017), bahwa depresi yang gejalanya berupa perasaan tidak berguna, susah/berat, tidak diperlukan, kesepian, dan tanpa harapan dapat menyebabkan munculnya berbagai gejala yang bersifat biologis (somatis) seperti penurunan berat badan dan selera makan, letih, susah tidur (insomnia), dan sembelit. Seringkali gejala-gejala tersebut sulit ditentukan penyebabnya apakah karena depresi atau organ tubuhnya yang bermasalah. Kondisi depresi seorang lansia dapat mempengaruhi kepribadian mereka, seperti menjadi cenderung apatis (masa bodoh), menarik diri, dan terlihat lamban atau bermalas-malasan (Zastrow, 2004, p. 467).

Sebaliknya, depresi atau masalah emosional lain juga dapat diakibatkan oleh sebab-sebab lain, seperti faktor biologis atau organ tubuhnya yang bermasalah, karena kehilangan pasangan setelah hidup bersama sekian lama, atau karena masalah ekonomi. Badan Kesehatan Dunia (WHO) pernah menegaskan

bahwa kemiskinan dapat menjadi faktor penyebab gangguan mental dan tingkah laku, di samping determinan lain seperti jenis kelamin, usia, bencana sosial atau alam, penyakit berat, dan faktor keluarga dan lingkungan (WHO, 2001).

Depresi pada lansia juga dapat diakibatkan oleh isu-isu transisional yang sering mengiringi proses penuaan, terutama terkait masalah kehilangan (*loss*). Contohnya seperti kehilangan peran sosial, pendapatan, kerabat atau teman, pasangan hidup, dan keluarga atau orang-orang yang dicintai (Agustina, 2002; Zastrow, 2017; Kirst-Asman, 2010). Masalah kehilangan pekerjaan, misalnya, tentu akan disertai perubahan-perubahan drastis dari sisi produktivitas, rutinitas, dan kesehatan yang membuat tingkat kebutuhan bantuan dan ketergantungan lansia semakin naik (Kirst-Asman, 2010, p. 281). Kehilangan keluarga dan teman juga membuat kehidupan lansia menjadi lebih terisolasi dan mengalami kesepian. Lansia yang sakit-sakitan dapat menjadi dilema bagi anak-anaknya karena alasan memiliki keluarga sendiri, masalah waktu, atau kondisi finansial pas-pasan (Zastrow, 2017, p. 465).

Kengerian akan kematian dan *sakrotul maut* (*death and dying*) beserta bayang-bayang kematian menjadi perhatian utama lansia. Mereka menyaksikan teman dan kerabat mereka sekarat, dan mereka juga takut akan ketakberdayaan

(*disability*), kepedihan, dan lamanya penderitaan sebelum kematian. Lansia umumnya mengharapkan mati secara terhormat atau bermartabat (*dignity*), di rumah mereka sendiri, dengan sedikit kesakitan, dengan kesiapan mental, dan dikelilingi keluarga dan handai taulan. Di masyarakat AS, kematian seseorang justru sering dibuat tertutup. Di rumah sakit, orang yang sedang sekarat diupayakan sedemikian rupa sehingga terpisah dengan atau tidak terjangkau kerabatnya (Zastrow, 2017). Di Indonesia, kondisi seperti ini tampaknya sudah mulai umum, terutama terkait penerapan protokol biomedis ketika lansia dirawat/meninggal di rumah sakit.

Jenis dari berbagai masalah atau gangguan mental yang dialami lansia secara umum dapat merujuk ke model medikal dengan klasifikasi yang lengkap yang dibuat oleh Asosiasi Psikiatrik Amerika (APA) berupa *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Klasifikasi yang paling baru adalah DSM-IV-TR tahun 2000, sebagai edisi ke-4 dan hasil revisi teks DSM IV (Zastrow, 2017).

Selain permasalahan yang dialami oleh lansia sendiri, anggapan atau pandangan negatif terhadap lansia tumbuh subur di masyarakat. Menurut Friedan (1993), seperti dikutip Robbins *et al.* (2012), lansia selama ini dipandang sebagai periode penurunan katastrofik

kemampuan secara fisik dan mental dari masa muda mengarah ke kondisi “patologis”. Lansia seakan-akan manusia penyakitan, sehingga dianggap sudah sepatutnya bagi lansia untuk melepas peran atau aktivitas hidup sebelumnya dan mempersiapkan diri menghadapi kematian (Cumming & Henry 1961 dalam Robbins *et al.*, 2012, p. 226). Padahal hasil riset sejak satu dekade silam menunjukkan perubahan pola makan, olahraga, gaya hidup, atau lingkungan dapat mencegah kondisi penurunan karena usia.

Dengan demikian, kata Friedan, sudah saatnya mengubah cara pandang secara radikal tentang penuaan. Friedan berpendapat perkembangan hidup di akhir hayat tidak harus dipandang secara sederhana sebagai hasil rekapitulasi tahap-tahap awal, sebagaimana dalam teori Erikson, tetapi sebagai perkembangan yang mengarah ke pandangan yang lebih terbuka tentang kedewasaan dan kematangan. Mengutip hasil riset Jane Loevinger (1976) dan Bernice Neugarten (1968) serta teori individuasi Carl Jung, Friedan mengusulkan bahwa masa hidup pertengahan (*midlife*) lebih merepresentasikan masa genting (*pivotal time*) bagi proses individuasi, *autonomous self-definition*, dan pilihan sadar (Robbins *et al.*, 2012, p. 226).

Uraian tentang permasalahan lansia di atas kurang-lebih tergambar pula dalam

ragam pengalaman hidup lansia yang mendapatkan pelayanan sosial di Indonesia. Sebagai contoh, penelitian Witono (2015) terhadap sejumlah lansia pada *setting* pelayanan berbasis residensial/institusional (panti sosial) dan berbasis masyarakat (*home care*) berhasil menggali pengalaman/penderitaan lansia. Mereka mengalami penurunan kesehatan dan kemampuan fisik (sakit-sakitan), disabilitas (fisik dan sensorik), keterpisahan dengan keluarga/kerabat/teman, kehilangan harta benda (karena bencana alam), kehilangan orang-orang terdekat yang dicintai (pasangan dan/atau anak), kesepian, depresi/kecemasan, rasa penyesalan, marah (pada diri-sendiri, pada orang lain, pada keadaan, atau pada nasib), takut mati dan/atau kekhawatiran setelah mati, dan sebagainya.

C. KESEJAHTERAAN SOSIAL LAN-SIA

Tujuan utama pelayanan lansia adalah kesejahteraan dan/atau kesehatan. Kesejahteraan sosial (*social welfare*), menurut Kirst-Ashman (2010, p. 6), merupakan konsep luas terkait kondisi baik (*well-being*) yang didambakan setiap orang. Sebagai cita-cita (*idea*), pengertian konseptual kesejahteraan sosial menurut UU terkait mengikuti definisi dari sejumlah ahli. Contohnya James Midgley yang mendefinisikan *social welfare* atau *social well-being* sebagai kondisi dimana

masalah sosial terkelola, kebutuhan terpenuhi, dan kesempatan/akses untuk bertumbuh-kembang tersedia (Midgley, 1995, p. 14).

Membahas tujuan pelayanan untuk lansia tidak bisa lepas dari konsep kualitas hidup (*quality of life*, disingkat QoL). Menurut Fahrudin (2012, p. 44), kesejahteraan sosial sering dihubungkan dengan konsep kualitas hidup karena dalam berbagai disiplin ilmu konsep ini dipakai untuk merujuk ke kondisi kehidupan yang baik. Hampir sama dengan kesejahteraan sosial, QoL mencakup segala dimensi seperti fisik, sosial, emosional, intelektual, dan kognitif. Bahkan Fahrudin meyakini QoL sangat relevan dengan definisi kesejahteraan menurut UU Lansia (p. 45).

Pendapat tersebut selaras dengan sejumlah strategi kebijakan Badan Kesehatan Dunia WHO dalam menangani isu penuaan penduduk dunia, terutama strategi penuaan sehat (*healthy ageing*) dan penuaan aktif (*active ageing*). Oxley (2009) menganggap keduanya sebagai konsep serupa. Keduanya juga menjadikan QoL sebagai muara akhir dari upaya penanganan lansia dunia. Bagian berikut ini akan menjelaskan strategi *active ageing* beserta sejumlah konsep terkait yang banyak menyinggung QoL. Setelah itu uraian singkat tentang QoL turut dibahas.

1. *Active Ageing* dan Beberapa Konsep Terkait

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 (UU 13/1998) tentang *Kesejahteraan Lanjut Usia* dan juga UU 11/2009 tentang *Kesejahteraan Sosial*, tujuan utama penanganan lansia di Indonesia adalah untuk mewujudkan kesejahteraan dan kesehatan mereka. Hal ini selaras dengan strategi penanganan lansia secara global. Oxley (2009) menunjukkan bahwa meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan penduduk lansia adalah tujuan dari strategi *healthy ageing*. Menurutnya, *healthy ageing* merupakan konsep serupa dengan *active ageing*. Namun, Kalache dan Kickbush (1997), seperti dikutip WHO (2002), menganggap konsep *active ageing* lebih inklusif ketimbang *healthy ageing* karena melibatkan aspek-aspek penting lain di luar kesehatan yang mempengaruhi proses penuaan.

Konsep *active ageing* dan *healthy ageing* memiliki keterkaitan dan persinggungan dengan sejumlah konsep lain seperti penuaan positif (*positive ageing*), penuaan sukses (*successful ageing*), dan penuaan produktif (*productive ageing*) (Woo *et al.*, 2008, Chong *et al.*, 2006). Menurut Woo *et al.*, istilah-istilah tersebut sama-sama mempromosikan kondisi baik lansia yang didambakan dari sisi fisik, psikologis, sosial, dan finansial, meskipun masing-masing punya tekanan

berbeda pada dimensi tertentu. Perbedaan ini menunjukkan variasi gambaran dari QoL sebagai kondisi yang didambakan tersebut (p. 270).

QoL adalah konsep penting yang turut dipromosikan WHO bersama strategi *active ageing*. Oleh WHO (2002), QoL dibahas dalam kaitannya sebagai salah satu tujuan kebijakan *active ageing*. Aktif di sini maksudnya adalah menerusnya partisipasi lansia dalam kehidupan sosial, ekonomi, budaya, spiritual, dan urusan-urusan kewarganegaraan (p. 12). Saat promosi awal kebijakan *active ageing*, QoL juga telah menjadi perhatian utama bersama perspektif *life-course* yang menekankan kapasitas keberfungsian (Kalache & Keller, 1999, p. 20). Seperti akan dijelaskan, perspektif *life-course* menjadi landasan implementasi kebijakan *active ageing*.

Terkait dengan *healthy ageing*, SNIPH (2007), dalam Oxley (2009, p. 9), mendefinisikannya sebagai “proses optimalisasi kondisi kesehatan fisik, sosial, dan mental untuk memungkinkan lansia turut ambil bagian dalam masyarakat tanpa diskriminasi dan menikmati kualitas hidup mandiri dan layak.” Menurut SNIPH, kebijakan ini lebih menekankan sisi pencegahan. Selain itu, strategi ini menempatkan lansia sebagai bagian penting dari masyarakat ketimbang hanya dianggap sebagai beban dan, untuk itu, kemandirian dan kemampuan

mengatur diri perlu dipelihara agar harga diri dan martabat mereka tetap terjaga.

Bersama *successful ageing, healthy ageing* dalam strategi kebijakan sosial lebih menekankan kemampuan dan fungsi fisik, terutama di negara-negara industri. Terlebih lagi apabila strategi tersebut bersinggungan dengan paham neoliberal atau rasionalitas pasar, kebijakan *successful ageing, healthy ageing*, dan juga *productive ageing* sangat didominasi model biomedikal (Cardona, 2008, p. 477). Penerapan beberapa konsep atau strategi tersebut tentu membutuhkan teknologi yang maju dan canggih, yang meniscayakan adanya sumber daya lebih dari cukup, baik dari sisi anggaran, infrastruktur, maupun tenaga terlatih. Hal ini tentu akan memberatkan Indonesia.

Konsep *successful ageing* diperkenalkan Rowe dan Kahn yang merujuk ke upaya mencegah penyakit dan disabilitas; menjaga kebugaran fungsi fisik dan kognitif; dan terus aktif terlibat dalam aktivitas sosial dan produktif (Minichiello & Coulson, 2006, p. xiii-xiv; Crowther *et al.*, 2002, p. 615). Persisnya Rowe dan Kahn, dalam MacKinlay (2008, p. 11), mendefinisikan *successful ageing* sebagai kondisi “rendahnya kemungkinan terkena penyakit, disabilitas karena penyakit, kapasitas fungsional secara kognitif dan fisik, dan keterlibatan dalam hidup secara aktif.” Tiga upaya ini, menurut Crowther *et al.*, dikatakan sebagai model tiga faktor.

Fakta adanya peningkatan angka harapan hidup dan kondisi kesehatan lansia di abad ke-21 ini dianggap Minichello dan Coulson sebagai bukti keberhasilan *successful ageing*. Konsep ini umum digunakan dalam gerontologi dan geriatrik yang berupaya mempertahankan kemampuan fisik dan mental (Oxley, 2009), bahkan menjadi sebuah gerakan baru yang hendak menggantikan diskursus lama seputar kajian penyakit dan disabilitas (Minichiello & Coulson, 2006).

Menurut Crowther *et al.* (2002), konsep *successful ageing* dikritik sejumlah ahli, di antaranya karena tidak mempertimbangkan struktur sosial dan *self-efficacy*. Crowther dkk. mengusulkan satu komponen penting dalam model tiga faktor di atas, yaitu spiritualitas positif. MacKinlay (2008) juga sangat mengkritik gerakan ini, apalagi jika dikaitkan dengan isu disabilitas dan spiritualitas. Menurutnya, penuaan berarti harus tetap hidup secara penuh meski dengan disabilitas yang meniscayakan bantuan orang lain. Dengan penekanan pada otonomi atau independensi lansia, konsep *successful ageing* dianggap absurd oleh MacKinlay karena manusia hidup harus saling bergantung atau interdependensi (p. 21).

Konsep lain terkait kebijakan global penanganan lansia adalah *positive ageing*. Minichiello dan Coulson (2006) menjelaskan konsep ini dipromosikan

juga oleh disiplin ilmu gerontologi sebagai isu kontemporer yang muara akhirnya adalah meningkatkan QoL lansia. Menurut Chong *et al.* (2006), istilah ini sering disilihkan dengan *successful ageing*. Meskipun ada sedikit perbedaan, keduanya sama dalam hal fokus pada kombinasi kesehatan fisik dan fungsional, keberfungsian kognitif, jaminan finansial, dan keterlibatan aktif di masyarakat. Komponen yang utama adalah kondisi kesehatan prima yang mampu mengurangi kerentanan terhadap penyakit dan disabilitas. Dari konsep Rowe dan Kahn, komponen tambahan lain berupa keberfungsian psikososial, menjaga independensi selama mungkin, dan keterlibatan berarti dalam masyarakat melalui pekerjaan dan partisipasi sosial. Ada juga yang menambahkan dimensi psikologis (semacam penerimaan diri, tujuan hidup, dan kontrol diri) dan dimensi sosial (semacam solidaritas dan identifikasi dengan masyarakat) (Chong *et al.*, 2006, p. 245).

Sementara itu, *productive ageing* mengacu ke “kontribusi lansia terhadap kesejahteraan mereka sendiri, komunitas, dan masyarakat pada umumnya” (Caro *et al.*, 1993 dalam Chong *et al.*, 2006, p. 244). Menurut Chong *et al.*, konsep ini termasuk dalam unsur ‘partisipasi’ dalam strategi *active ageing* karena menekankan pada kemampuan lansia untuk terus bekerja dan memberi sumbangsih bagi

diri dan sekitarnya, entah dibayar atau tidak (p. 244).

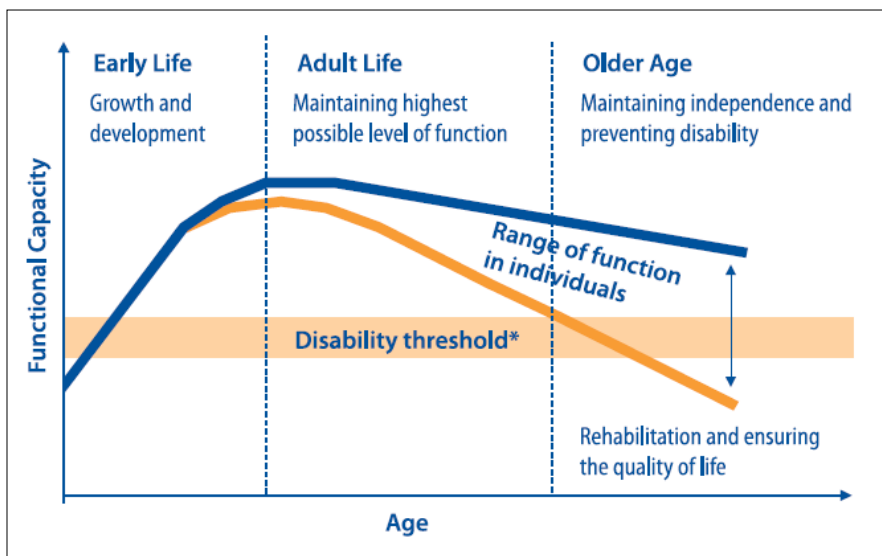
Active ageing diadopsi WHO pada akhir dekade 1990-an. Ini ditandai dengan pergeseran strategi pelayanan lansia, yakni dari pendekatan berbasis kebutuhan (“*needs-based approach*”) ke arah berbasis hak (“*rights-based approach*”) (Kalache & Kickbush, 1997 dalam WHO, 2002; Chong *et al.*, 2006). Tepatnya pada April 1995, menurut Kalache dan Keller (1999), WHO mencanangkan satu program komprehensif tentang lansia dan kesehatan (*Ageing and Health*, disingkat *AHE*) yang sekaligus mengganti program sebelumnya, *Health of the Elderly*. *AHE* lebih berpatokan pada perspektif *life-course* daripada melengkapi perawatan kesehatan bagi lansia dan mempromosikan kesehatan yang menekankan penuaan aktif secara fisik, sosial, dan mental (p. 20).

Lebih jauh tentang pergeseran strategi PBB tersebut, Kalache dan Keller (1999) menandai dua peringatan penting di tahun 1995 itu yang mempromosikan *active ageing*. Pertama, peringatan Hari Kesehatan Dunia pada April bertema “*Active ageing makes the difference*” mengoreksi anggapan keliru tentang lansia. Contohnya seperti: semua lansia itu sama; lansia itu renta atau jompo; lansia tidak punya kontribusi apa-apa; dan lansia hanya menjadi beban ekonomi. Kedua, peringatan Hari Lansia Internasi-

onal (tiap 1 Oktober) mendorong gerakan global untuk *active ageing* (p. 22).

Perspektif *life-course* yang menjadi patokan untuk implementasi *active ageing* pada intinya menekankan bahwa lansia tidaklah seragam dan seiring bertambahnya usia, keragaman individu juga cenderung meningkat. Di setiap

tahapan hidup yang berbeda, yang paling penting adalah bagaimana menciptakan lingkungan yang mendukung dan menyediakan berbagai fasilitas kesehatan agar dapat mempertahankan kapasitas fungsional mereka (WHO, 2002, p. 14). Gambar 1 menunjukkan grafik pendekatan *life-course*.

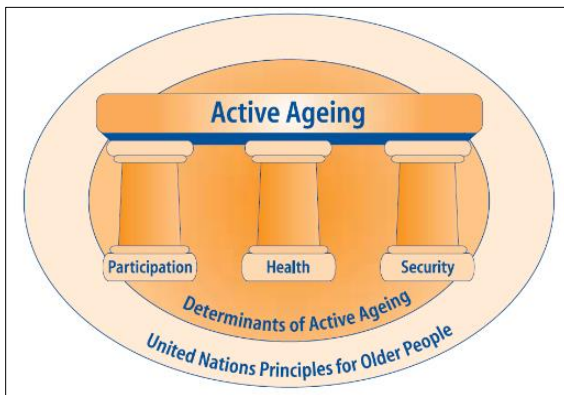


Gambar 1. Perspektif *life-course* dalam strategi kebijakan *active ageing* WHO
Sumber: Kalache & Kickbush (1997) dalam WHO (2002, p. 14; 2008, p. 27)

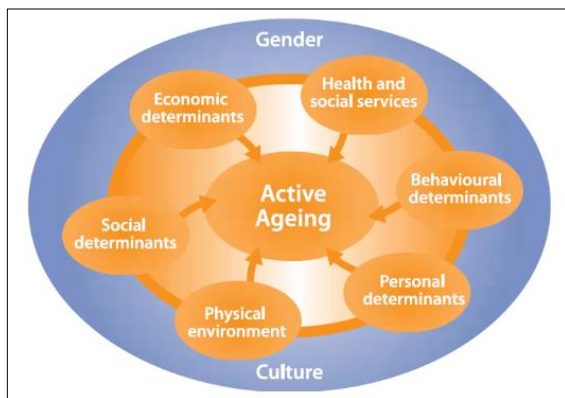
Active ageing punya tiga pilar utama, yaitu partisipasi, kesehatan, dan jaminan (WHO, 2002, p. 45). Lihat Gambar 2. Bersama hak azasi lansia, *active ageing* menggunakan prinsip PBB tentang independensi, partisipasi, harkat-martabat, kepedulian, dan pemenuhan diri (WHO, 2002, p. 13). Ada tujuh determinan yang saling berjaln dan berkelindan dalam *active ageing*, yaitu:

determinan silang-siur (*cross-cutting determinants*) berupa kultur dan gender; sistem pelayanan sosial dan kesehatan; perilaku; faktor personal (dari sisi biologis, genetik, dan psikologis); lingkungan fisik; faktor sosial; dan faktor ekonomi. Determinan kultur dan gender merupakan faktor penting yang melingkupi dan menjadi konteks bagi

enam faktor lain (WHO, 2002, p. 19; WHO, 2008, p. 28). Perhatikan Gambar 3.



Gambar 2. Tiga pilar kerangka kebijakan *active ageing* (WHO, 2002, p. 45)



Gambar 3. Tujuh faktor penting dalam konsep *active ageing* (WHO, 2002, p.19; WHO, 2008, p. 28)

Masih menurut WHO (2002), seiring bertambahnya usia, QoL semakin ditentukan oleh kemampuan seseorang mempertahankan kemandirian dan independensi. Kemandirian atau otonomi dipahami sebagai “kemampuan mengontrol, mengatasi, dan membuat keputusan-

keputusan personal tentang bagaimana seseorang hidup dalam keseharian, menurut aturan dan pilihannya sendiri” (p. 13). Sedangkan independensi adalah “kemampuan menjalankan fungsi dalam kehidupan sehari-hari, seperti kapasitas hidup secara independen tanpa atau dengan sedikit bantuan dari orang lain” (p. 13).

2. Kualitas Hidup Lansia

Setelah menjelaskan latar belakang dan kebijakan *active ageing* beserta sejumlah konsep terkait, bagian berikut akan menjelaskan konsep QoL secara singkat. QoL merupakan istilah sangat populer yang dipakai dalam konteks dan tujuan berbeda-beda, namun definisinya beragam. Ditambah lagi pemakaian oleh berbagai bidang disiplin dengan tradisi masing-masing, hal ini semakin menguatkan QoL sebagai sebagai sebuah konsep yang masih sangat diperdebatkan (Phillips, 2006, p. 1).

WHO juga menganggap QoL sebagai konsep luas, yang memadukan kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat independensi, hubungan sosial, keyakinan dan hubungan personal dengan faktor-faktor lingkungan sekitar (WHO, 1994 dalam WHO, 2002, p. 13). WHO (2002) mendefinisikan QoL sebagai “persepsi individu tentang kondisi hidup dalam konteks kultur dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan kaitannya

dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian mereka” (p. 13). Meskipun ada banyak instrumen QoL yang telah dibuat, menurut Skevington *et al.* (2004), belum ada konsensus tentang QoL di antara para peneliti.

Namun demikian, QoL bukanlah konsep yang baru muncul karena, menurut Kaasa dan Loge (2003), istilah ini telah ada sejak zaman Yunani Kuno yang telah memiliki sistem pelayanan kesehatan. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan QoL pasien. Kemudian, di masa setelah Perang Dunia II, menurut Phillips (2006), Lord Beveridge membangun sistem layanan untuk menciptakan *welfare state*. Sistem layanan tersebut difokuskan untuk memberantas lima musuh besar (*the five giants*) yang sangat terkait erat dengan isu QoL. *The five giants* yang dimaksud adalah kemiskinan (*want*), penyakit (*disease*), kebodohan (*ignorance*), lingkungan kumuh atau rusak (*squalor*), dan pengangguran (*idleness*). Menurut Phillips, kelima masalah utama tersebut menjadi inti dari konsep QoL yang bersifat sosial, sehingga di luar itu tampaknya kurang menjadi perhatian para ahli (p. 40).

Secara umum, menurut Phillips (2006, p. 1), QoL punya tiga aspek yang berbeda yaitu dua aspek di tingkat individu dan satu lagi di tingkat kolektif. Pada tingkat individu, aspek pertama bersifat objektif, seperti penghasilan,

kondisi hidup, dan tingkat harapan hidup. Aspek kedua bersifat subjektif yang menyangkut kebahagiaan dan pemenuhan emosional individu. Sementara, pada tingkat kolektif juga dijumpai dua pendekatan berbeda yang dipengaruhi ideologi atau cara pandang terhadap manusia, yakni libertarian (individualis) dan egalitarian (sosialis).

Dalam pandangan objektif di tingkat individu, QoL seseorang dinilai berdasarkan ukuran atau standar tertentu yang ditetapkan para ahli. Phillips (2006) menyebut pandangan ini sebagai pendekatan impersonal, saintifik, atau pendekatan “konsensus” atau “normatif” (p. 41). Berlawanan dengan posisi ini, pandangan subjektif terhadap QoL individu menjadikan kebahagiaan, *subjective well-being* (SWB) dan kepuasan hidup (*life satisfaction*), di samping sejumlah komponen lain, sebagai patokan sekaligus menjadi komponen utama. Pandangan ini dikatakan sebagai pendekatan personal atau eksperiensial (p. 41) karena mengacu pada keputusan atau pilihan masing-masing individu (*people’s own verdicts*) tentang apa yang mempengaruhi QoL mereka (p. 1). Komponen-komponen utama dalam pendekatan subjektif saling berkaitan, berhubungan erat dengan QoL, dan merupakan konsep yang selalu menjadi perdebatan sengit (*highly contested constructs*), terutama konsep kebahagiaan. Kebahagiaan ditentukan

lagi dari dua pandangan berbeda, apakah secara subjektif atau objektif (p.15). Meskipun begitu, banyak ahli menilai SWB dan *subjective happiness* lebih mudah digunakan dan lebih demokratis meskipun susah diverifikasi dan divalidasi.

Dibanding kebahagiaan, SWB dianggap lebih kompleks dan bersifat multi-dimensional, yang terdiri dari tiga komponen: *pleasant affect*, *unpleasant affect*, dan kepuasan. Selain itu, kebermaknaan hidup sebagai dimensi dari spiritualitas atau *self-knowledge*, juga termasuk di dalamnya (p. 18, 21). Menurut Saxena (2007), seperti dikutip Swartz dan Tisdell (2008), WHO meletakkan spiritualitas sebagai bagian dari QoL, khususnya terkait keberagaman (*religiousness*) dan keyakinan pribadi. Meski tidak menyediakan definisi spiritualitas, WHO telah merancang suatu instrumen untuk mengukur dimensi ini (p. 89).

QoL terkait kesehatan (*health-related quality of life* atau HRQOL) punya kesamaan dengan QoL di tingkat individu. Ada dua pendekatan utama atau ukuran yang berbeda, yaitu subjektif dan objektif. Ukuran objektif fokus pada status kesehatan fungsional, sementara ukuran subjektif lebih pada kesehatan dan *well-being* (Phillips, 2006, p. 41; Skevington *et al.*, 2004, p. 299). HRQOL telah memiliki ratusan instrumen. Definisi

kesehatan menurut WHO secara luas diterima dan sesuai dengan ragam definisi QoL. Isu otonomi atau kemandirian lansia, yang masih menjadi perdebatan, juga tercakup di dalamnya (Phillips, 2006, p. 40). Namun demikian, sebagian besar instrumen HRQOL digunakan untuk keperluan penelitian dan kurang cocok untuk praktik klinis sehari-hari (Kaasa & Loge, 2003, p.17)

Instrumen untuk mengukur QoL dari WHO dibuat oleh WHOQOL Group dengan nama WHOQOL-100. Instrumen berisi 100 item yang dikelompokkan menjadi 25 faset dan dikelompokkan lagi ke dalam enam domain. Versi singkatnya disebut WHOQOL-BREF yang terdiri dari empat domain QoL, yaitu fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Di antara sejumlah item, dijumpai aspek spiritualitas dalam domain psikologis (Skevington *et al.*, 2004, p. 300, 307).

Dalam perawatan paliatif, yakni perawatan bagi lansia yang penyakitnya sudah tidak bisa lagi ditangani secara medis, ada sejumlah instrumen untuk mengukur kualitas hidup lansia, seperti dirinci Kaasa dan Loge (2003, p.15-16), yaitu: SEIQOL (*The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*), TIQ (*The Therapy Impact Questionnaire*), MQOL (*The McGill Quality of Life Questionnaire*), The Misoula-vitas QOL index, LEQ (*The Life Evaluation Questionnaire*), dan MQLS (*The McMas-*

ter *Quality of Life Scale*). Dari semua instrumen ini, hanya ada beberapa yang tampaknya relevan untuk dijelaskan.

Pertama, MQOL memiliki 17 item kuesioner yang berasal dari interview dengan pasien, literatur, dan instrumen yang ada. Kuesioner terbagi dalam lima sub-skala: *physical wellbeing*, simptom fisik, simptom psikologis, *existential wellbeing*, dan dukungan atau hubungan. Instrumen ini telah divalidasi pusat-pusat kajian dengan pasien dari layanan paliatif dan kemudian dikombinasikan dengan pasien penderita kanker yang tidak dirawat di rumah sakit (*oncology out-patients*) dan dari layanan paliatif (Kaasa & Loge, 2003, p. 15-6).

Berikutnya adalah instrumen *the Misoula-vitas QOL index* didesain untuk lansia dengan penyakit berat dengan fokus pada tahap akhir hayat. The Misoula digunakan sebagai definisi dasar untuk pengalaman subjektif individu yang menemui hambatan atau tantangan interpersonal, psikologis, dan eksistensial atau spiritual. Instrumen ini terdiri dari 25 item dan telah divalidasi di *setting hospice*, yang mencakup lima domain: simptom, fungsi, interpersonal, *wellbeing*, dan spiritualitas. Instrumen ini cocok digunakan untuk perencanaan perawatan dan kontrol kualitas, namun validitasnya perlu diuji lebih jauh. *Kemudian*, MQLS dibuat untuk mengases QoL dari perspektif pasien perawatan paliatif. Di dalamnya

ada 32 item kuesioner untuk mengukur domain fisik, emosional, sosial, dan spiritual (Kaasa & Loge, 2003, p. 16).

D. MEMILIH STRATEGI YANG TEPAT

Konsep penuaan aktif (*active ageing*), yang dipromosikan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) untuk semua negara, tampaknya dapat menjadi pilihan tepat dengan berbagai alasan. Konsep *active ageing* mempertimbangkan banyak aspek dalam suatu program atau aktivitas pelayanan bagi lansia. Selain kesehatan, spiritualitas merupakan satu di antara sejumlah aspek penting yang turut dilibatkan. Menurut Kalache dan Kickbush (1997), seperti dikutip WHO (2002), konsep ini lebih inklusif dibanding konsep serupa yang dipromosikan WHO, yakni *healthy ageing*.

Istilah aktif dalam konsep penuaan aktif, menurut WHO (2002), juga diartikan sebagai kontinuitas partisipasi lansia dalam segala aspek kehidupan, seperti sosial, ekonomi, budaya, dan spiritual. Partisipasi merupakan satu dari tiga pilar utama dalam konsep *active ageing*, sementara dua yang lain berupa kesehatan dan keamanan (p.45). Partisipasi juga menjadi salah satu prinsip dalam konsep ini bersama beberapa prinsip lain, seperti hak azasi, independensi, harkat-martabat, kepedulian, dan pemenuhan diri (p. 13).

Konsep *active ageing* juga dianggap sebagai pendekatan yang tepat dengan adanya pergeseran pendekatan untuk penanganan lansia pada dekade 1990-an. Pergeseran yang dimaksud yakni dari pendekatan berbasis kebutuhan (“*needs-based*” *approach*) menuju ke arah pendekatan berbasis hak (“*rights-based*” *approach*) (Kalache & Kickbush, 1997 dalam WHO, 2002; Chong *et al.*, 2006).

Dengan demikian, konsep *active ageing* beserta pendekatan berbasis hak tersebut dapat dijadikan dasar untuk mendorong pemangku kepentingan, khususnya pemerintah, agar lebih serius melibatkan segala aspek, termasuk spiritual, dalam memberikan pelayanan sosial untuk mewujudkan keseimbangan hidup lansia. Di samping aspek spiritual jelas-jelas tercakup dalam konsep *active ageing*, spiritualitas yang dimiliki lansia merupakan hak yang harus dihormati dan dipenuhi dalam layanan. Pemenuhan kebutuhan spiritual lansia juga dapat diakomodasi melalui prinsip pemenuhan diri. Lebih jauh lagi, determinan kultur juga dapat dijadikan legitimasi agar spiritualitas tercakup dalam sistem pelayanan sosial dan kesehatan bagi lansia, karena pengertian kultur juga mencakup aspek spiritual.

Menurut Gray *et al.* (2008), kultur punya posisi sentral bagi pekerjaan sosial, dan aspek yang paling dekat dengan

kultur adalah spiritualitas dan agama. “Spiritualitas sangatlah penting bagi kehidupan semua kultur yang dianggap aneh bagi pekerjaan sosial profesional yang berkarakter sekuler,” begitu kata Gray *et al.* (2008, p. 9). Dengan demikian, pekerja sosial yang memiliki kompetensi atau sensitivitas kultural berarti dia harus kompeten atau sensitif secara spiritual dan agama pula. Dalam istilah Sheridan (2008, p. 278), “pekerjaan sosial yang sensitif secara spiritual” adalah bentuk perkembangan dari “pekerjaan sosial yang sensitif secara kebudayaan” atau termasuk dalam wujud “berkompeten secara kebudayaan.”

Kultur yang dimaksud di sini dapat merujuk ke definisi menurut Henry *et al.* (1995) yang dikutip Al-Krenawi dan Graham (2009, p. 9) yakni “keseluruhan ide, kepercayaan, nilai, pengetahuan, dan cara hidup sekelompok orang yang memiliki kesamaan latar belakang sejarah, agama, ras, bahasa, etnis, atau sosial.” Antropolog Clifford Geertz menjelaskan enam fitur pokok bahwa: (1) kultur terkonstruksi menurut sejarah dan sosial; (2) orang mencerna atau memahami diri mereka sendiri menggunakan konsep dan struktur simbolik lain yang sudah ada; (3) orang membangun teori pikiran untuk memahami orang lain, yaitu teori bagaimana pikiran bekerja; (4) orang punya keyakinan tentang dunia dan mereka bertindak berdasarkan keyakinan

tersebut; (5) orang terlibat untuk melakukan tindakan bermakna; dan (6) kultur bersifat subjektif dan melibatkan pikiran dan imajinasi (Al-Krenawi & Graham, 2009, p. 9). Dari dua definisi ini tampak bahwa spiritualitas dan agama merupakan bagian penting dari kultur.

Selanjutnya, perspektif *life course* dalam *active ageing* yang mengakui adanya keragaman perkembangan lansia selaras dengan prinsip pekerjaan sosial terkait individuasi atau individualisasi. Selain itu, prinsip utama partisipasi dalam konsep tersebut juga cocok dengan pendekatan pekerjaan sosial yang memiliki karakteristik sangat menekankan pemanfaatan kekuatan dan potensi yang ada pada diri penerima manfaat, dalam hal ini lansia. Cowger dan Snively (2008), misalnya, lebih memilih menggunakan asesmen berbasis kekuatan ketimbang model praktik kekurangan (model defisit). Menurutny, asesmen kekuatan membuat relasi kuasa seimbang antara pekerja sosial dan penerima manfaat. Asesmen kekuatan berarti mengakui kemampuan klien (p. 107). Di antara tujuannya adalah mengidentifikasi kekuatan yang sebelumnya tidak terpikir dan memilih hal-hal positif yang mendukung penyelesaian masalah (p. 112). Setiap potensi dan kekuatan yang dimiliki lansia harus digali dan dipahami, selanjutnya dimanfaatkan untuk pemecahan masalah atau bahkan

pengembangan diri menuju kematangan spiritual mereka.

Seperti dijelaskan Witono (2015), sisi positif lansia Indonesia terletak pada religiusitas dan spiritualitas mereka. Sebagai contoh, ketaatan beribadah, kedekatan dengan Tuhan (*intimacy*), dan keterhubungan lansia dengan keluarga dan kerabatnya (*connectedness*) dapat menjadi modal utama agar tetap sehat secara fisik dan mental, sekaligus sebagai sumber kekuatan untuk penyembuhan di saat sakit. MacKinlay (2006) mengemukakan hal ini bahwa kondisi kesehatan mental tidak hanya terkait baiknya kondisi psikologis dan emosional, namun juga kondisi spiritual.

E. PENUTUP

Konsep yang menjadi dasar tujuan penanganan lansia tidak saja kesehatan dan/atau kesejahteraan sosial yang dari sisi kebijakan telah diperkuat dengan Undang-Undang, tetapi juga QoL. QoL ini bahkan menjadi konsep kunci bagi sejumlah strategi penanganan lansia yang berkembang di dunia. Ada beberapa strategi atau pendekatan bagaimana membuat kualitas hidup lansia terjamin. Sejauh penelusuran literatur, beberapa di antaranya adalah: *healthy ageing*, *successful ageing*, *productive ageing*, *positive ageing*, *active ageing*, dan bahkan ideologi *anti-ageing*. Semuanya memang bertujuan untuk mewujudkan kesehatan

dan kesejahteraan lansia, namun masing-masing berbeda dari sisi prinsip dan penekanannya. Tiga konsep awal banyak dikritik karena ada kecenderungan pada pendekatan biomedikal. Sedangkan *healthy ageing* dan *active ageing* adalah dua konsep hampir serupa yang dipromosikan WHO. Keduanya sama-sama memiliki muara akhir pelayanan lansia berupa QoL. Konsep lain yang mendekati keduanya adalah *positive ageing*.

Ada sejumlah kata kunci yang menjadi patokan untuk menentukan strategi atau pendekatan mana yang cocok bagi penanganan lansia di Indonesia adalah: kemandirian, keaktifan dan partisipasi lansia yang menerus, potensi atau kekuatan, pelayanan berbasis hak, dan inklusif (dengan melibatkan ragam aspek /dimensi, termasuk spiritualitas). *Active ageing* tampaknya menjadi konsep dan strategi yang lebih cocok dengan kondisi /kemampuan Indonesia dan dianggap paling sesuai dengan model kekuatan pekerjaan sosial. Selain itu, penekanan perspektif *life-course*, yang mengakomodir keragaman perkembangan pada setiap lansia, membuat konsep *active ageing* selaras dengan prinsip pekerjaan sosial tentang individualisasi atau individuasi. Seperti halnya pekerjaan sosial, strategi *active ageing* juga sama-sama berupaya menghilangkan stigma atau label negatif yang dilekatkan masyarakat umum pada lansia. Jadi, konsep *active ageing* dipilih

bukan sekadar karena dipromosikan oleh sebuah badan kesehatan dunia bernama WHO, namun karena memiliki berbagai kelebihan dan kecocokan dengan konteks negara dan masyarakat Indonesia.

Referensi

- Agustina, N. (2002). Permasalahan dan Akses Kesehatan Lansia. *Jurnal Perempuan* 25, 7-18.
- Al-Krenawi, A. & Graham, J. R. (2009). *Helping Professional Practice with Indigenous Peoples: The Bedouin-Arab Case*. Maryland: University Press of America, Inc.
- Cardona, B. (2008). 'Healthy Ageing' Policies and Anti-Ageing Ideologies and Practices: On the Exercises of Responsibilities. *Med Health Care and Philos* 11, 475–483.
- Chong, A.ML, Ng, SH., Woo, J., & Kwan, A. YH. (2006). Positive Ageing, the Views of Middle-aged and Older Adults in Hong Kong. *Ageing & Society* 26, 243-65.
- Cowger, C. D. dan Snively, C. A. (2008). Mengases Kekuatan Klien. Dalam Albert R. Roberts dan Gilbert J. Greene (Eds.). *Buku Pintar Pekerja Sosial Jilid 1 (Social Workers' Desk Reference)* (pp. 107-116). Terj. Juda Damanik dan Cynthia Pattiasina. Jakarta: Gunung Mulia.
- Crowther, M.R., Parker, M.W., Achenbaum, W.A., Larimore, W.L., & Koenig, H.G. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited:

- Positive Spirituality--The Forgotten Factor. *The Gerontologist*, 52 (5), 613-20.
- Fahrudin, A. (2012). *Pengantar Kesejahteraan Sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Gray, M., Coates, J. & Bird, M. Y. (2008). Introduction. Dalam Mel Gray, John Coates and Michael Yellow Bird (Eds.). *Indigenous Social Work around the World: Towards Culturally Relevant Education and Practice* (pp. 1-10). Hampshire-Burlington: Ashgate Publishing Company.
- Kaasa, S. & Loge, J.H. (2003). Review Quality of Life in Palliative Care: Principles and Practices. *Palliative Medicine* (17), 11-20.
- Kalache, A. & Keller, I. (1999). The WHO Perspective on Active Ageing. *Promotion & Education* 6 (4), 20-23.
- Kirst-Ashman, K.K. (2010). *Introduction to Social Work & Social Welfare: Critical Thinking Perspectives*. 3rd edition. Belmont CA: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Mackinlay, E. (2008). Introduction: Ageing, Disability and Spirituality. Dalam E. Mackinlay (ed.). *Ageing, Disability and Spirituality* (pp. 11-21). London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Midgley, J. (1995). *Social Development: The Developmental Perspective in Social Welfare*. London: Sage Publications Ltd.
- Minichiello, V. & Coulson, I. (2006). Preface: The Context of Promoting Positive Ageing. Dalam V. Minichiello & I. Coulson (eds.). *Contemporary Issues in Gerontology Promoting Positive Ageing* (pp. xi-xvi). NSW: Allen & Unwin.
- Oxley, H. (2009). *Policies for Healthy Ageing. An overview*. 6 Januari 2013. OECD Health Working Papers, No. 42, OECD publishing, ©OECD. <http://dx.doi.org/10.1787/226757488706>.
- Phillips, D. (2006). *Quality of Life. Concept, Policy and Practice*. London & New York: Routledge.
- Robbins, S.P., Chatterjee, P. & Canda, E.R. (2012). *Contemporary Human Behavior Theory: A Critical Perspective for Social Work*. 3rd Edition. Upper Saddle River, NJ: Allyn & Bacon.
- Skevington, S.M., Lotfy, M. & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychometric Properties and Results of the International Field Trial: A Report from WHOQOL Group. *Quality of Life Research* (13), 299-310.
- Swartz, A.L. & Tisdell, E.J. (2008). A Spiritually Grounded and Culturally Responsive Approach to Health Education. Dalam M.A. Pérez & R.R. Luquis (Eds.), *Cultural Competence in Health Education and Health Promotion* (pp. 87-103). San Francisco: Jossey-Bass.
- Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang *Kesejahteraan Lanjut Usia*.

- Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang *Kesejahteraan Sosial*.
- WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid: Second United Nations World Assembly on Ageing.
- WHO (2008). *Older Persons in Emergencies: An Active Ageing Perspective*. Geneva: WHO Press.
- Witono, T. (2015). *Spiritualitas untuk Kesehatan Mental Lanjut Usia dalam Konteks Pelayanan Sosial*. Disertasi pada Program Doktor Ilmu Kesejahteraan Sosial, Universitas Indonesia.
- Witono, T. (2016). Indonesiaku Kini Semakin Menua. *Quantum: Jurnal Kesejahteraan Sosial*, Vol. XIII No. 22, Juli-Desember 2016, 63-75.
- Woo, J., Ng, SH., Chong, A.ML., Kwan, A.YH, Lai, S., & Sham, A. (2008). Contribution of Lifestyle to Positive Ageing in Hong Kong. *Ageing Int* 32, 269-78.
- Zastrow, C. (2017). *Introduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People*. 12th Edition. Boston: Cengage Learning.