

Model Pemberdayaan Lansia Menyongsong Peningkatan Usia Harapan Hidup

Mike Triana Anggraini ¹⁾, Nihayatus Sholichah ²⁾, Ika Devy Pramudiana ³⁾

^{1) 2) 3)} Fakultas Ilmu Administrasi, Universitas Dr. Soetomo, Surabaya

Email: mieketrina@gmail.com

ABSTRAK

Peningkatan usia harapan hidup di Indonesia tidak selalu disertai kualitas hidup yang memadai, sehingga lansia berisiko menjadi beban alih-alih subjek yang berdaya. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi faktor-faktor pemberdayaan yang berhubungan dengan kualitas hidup lansia serta menentukan faktor yang paling dominan. Populasi penelitian adalah lansia berusia enam puluh tahun ke atas, dengan sampel sebanyak 120 responden yang dipilih secara acak. Pendekatan yang digunakan adalah kuantitatif dengan desain cross-sectional. Variabel bebas berupa empat dimensi pemberdayaan yang diturunkan dari kerangka active ageing, yaitu akses layanan kesehatan, partisipasi kegiatan, dukungan sosial, dan kemandirian ekonomi, sedangkan variabel terikat adalah kualitas hidup. Analisis dilakukan secara bertahap: deskriptif untuk menggambarkan data, korelasi untuk menyeleksi variabel, dan regresi linear berganda untuk menguji hubungan beberapa faktor sekaligus. Hasil menunjukkan model signifikan secara simultan dan menjelaskan sekitar 35,6% variasi kualitas hidup. Dukungan sosial merupakan faktor paling dominan, diikuti akses layanan kesehatan dan partisipasi kegiatan, yang seluruhnya berhubungan positif dan signifikan; usia berhubungan negatif, sedangkan kemandirian ekonomi, status perkawinan, dan pendidikan tidak berhubungan signifikan. Disimpulkan bahwa kualitas hidup lansia lebih ditentukan oleh sejauh mana mereka diberdayakan secara sosial dan diberi akses layanan daripada oleh atribut demografis atau ekonomi, sehingga model pemberdayaan lansia sebaiknya memprioritaskan penguatan dukungan sosial dan partisipasi. Temuan bersifat asosiatif sehingga penelitian lanjutan berdesain longitudinal diperlukan.

Kata kunci: Penuaan Aktif; Dukungan Sosial; Kualitas Hidup Lansia; Pemberdayaan; Usia Harapan Hidup.

ABSTRACT

The increase in life expectancy in Indonesia isn't always accompanied by an adequate quality of life, so older adults are at risk of becoming a burden rather than empowered individuals. This study aims to identify empowerment factors related to the quality of life of older adults and determine the most dominant factor. The study population consists of seniors aged sixty and above, with a sample of 120 respondents selected randomly. The approach used is quantitative with a cross-

sectional design. The independent variables include four empowerment dimensions derived from the active ageing framework, namely access to healthcare services, participation in activities, social support, and economic independence, while the dependent variable is quality of life. The analysis was done in stages: descriptively to describe the data, correlation to select variables, and multiple linear regression to test the relationship of several factors at once. The results showed that the model was significant simultaneously and explained about 35.6% of the variation in quality of life. Social support was the most dominant factor, followed by access to healthcare services and activity participation, all of which were positively and significantly related; age was negatively related, while economic independence, marital status, and education were not significantly related. It was concluded that the quality of life of the elderly is more determined by how socially empowered they are and their access to services rather than by demographic or economic attributes, so elderly empowerment models should prioritize strengthening social support and participation. The findings are associative, so further longitudinal research is needed.

Keywords: Active Aging; Social Support; Quality of Life of the Elderly; Empowerment; Life Expectancy.

1. PENDAHULUAN

Indonesia telah resmi memasuki fase ageing population sejak 2021, yakni ketika proporsi penduduk lanjut usia (60 tahun ke atas) melampaui 10% dari total populasi. Pada 2024 proporsi tersebut telah mencapai sekitar 12% atau setara ± 29 juta jiwa, dan diproyeksikan terus meningkat hingga mendekati 20% pada 2045 (Badan Pusat Statistik, 2024). Secara paralel, Usia Harapan Hidup (UHH) saat lahir sebagai komponen Indeks Pembangunan Manusia terus naik, dari 74,15 tahun pada 2024 menjadi 74,47 tahun pada 2025 (Badan Pusat Statistik, 2025). Kenaikan UHH lazim dibaca sebagai indikator keberhasilan pembangunan, namun angka ini menyimpan persoalan yang jarang dielaborasi: bertambahnya usia tidak otomatis berarti bertambahnya tahun-tahun sehat dan produktif. Healthy Life Expectancy Indonesia hanya berkisar 62,8 tahun, sehingga rata-rata penduduk menjalani sekitar sembilan tahun terakhir hidupnya dalam kondisi tidak sehat; sementara 84,75% lansia yang masih bekerja berada di sektor informal tanpa jaminan pensiun, dan baru 11,01% rumah sakit yang menyediakan layanan geriatri terpadu (Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, 2025).

Kesenjangan inilah yang menjadi dasar rumusan masalah penelitian. Terdapat jurang antara pencapaian kuantitatif berupa UHH yang naik dan capaian kualitatif berupa kemandirian, partisipasi, serta keamanan ekonomi lansia yang belum terjamin. Secara teoretis, kesenjangan ini bertaut langsung dengan asumsi active ageing: umur panjang hanya menjadi berkah pembangunan bila disertai kesehatan,

partisipasi, dan jaminan sosial (World Health Organization, 2002). Ketika ketiga pilar itu absen, penambahan usia justru berpotensi menaikkan rasio ketergantungan dan memosisikan lansia sebagai beban, bukan aset. Maka pertanyaan penelitian dirumuskan sebagai: faktor pemberdayaan apa saja yang berhubungan dengan kualitas hidup lansia sebagai proksi terukur dari usia harapan hidup yang berkualitas?

Kebaruan (novelty) penelitian ini berangkat dari keterbatasan studi terdahulu. Kajian mutakhir di Indonesia cenderung parsial: sebagian berfokus pada satu jenis intervensi kesehatan seperti optimalisasi posyandu atau pemberdayaan kader lansia (Surya dkk., 2024; Hamzah & Fattah, 2024), sebagian menyoroti kesiapan generasi muda terhadap konsep active ageing (Putri & Hakim, 2024), kajian kualitas hidup lansia pun masih terfragmentasi pada faktor tunggal (Arywibowo & Rozi, 2024), dan sebagian besar berupa tinjauan pustaka atau studi bivariat, seperti kajian pemberdayaan sosial lansia (Jepisa & Wardani, 2024). Studi-studi tersebut penting, tetapi belum merumuskan model determinan yang integratif dan secara eksplisit menautkan dimensi-dimensi pemberdayaan dengan kualitas hidup lansia dalam satu kerangka analitik. Kebaruan penelitian ini terletak pada upaya menyatukan tiga pilar active ageing — kesehatan, partisipasi, dan keamanan — sebagai variabel bebas yang diuji secara simultan terhadap kualitas hidup lansia, sehingga celah antara wacana normatif teori dan bukti empiris di tingkat individu dapat dijembatani.

Landasan teori penelitian ini bertumpu pada tiga pilar. Pertama, teori active ageing (World Health Organization, 2002) yang menegaskan bahwa kualitas hidup di usia lanjut ditentukan oleh optimalisasi peluang kesehatan, partisipasi, dan keamanan. Kedua, konsep successful ageing (Rowe & Kahn, 1997) yang menekankan tiga komponen: minimnya penyakit dan disabilitas, terpeliharanya fungsi kognitif dan fisik, serta keterlibatan aktif dalam kehidupan. Ketiga, teori pemberdayaan (empowerment) yang memandang pemberdayaan sebagai proses menumbuhkan daya, kemandirian, dan kontrol individu maupun kelompok atas kehidupannya (Suharto, 2005); dalam perspektif ini pemberdayaan tidak terbatas pada dimensi ekonomi, melainkan mencakup dimensi sosial dan politik. Ketiga teori saling melengkapi: active ageing menyediakan kerangka tujuan, successful ageing memberi tolok ukur keberhasilan, dan teori pemberdayaan menjelaskan mekanisme perubahan lansia dari objek menjadi subjek.

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor pemberdayaan yang berhubungan dengan kualitas hidup lansia dan menentukan faktor yang paling dominan setelah dikontrol variabel demografi. Manfaat penelitian bersifat teoretis dan praktis. Secara teoretis, penelitian memperkaya khazanah kajian kelanjutusiaan dan kebijakan kesejahteraan sosial dengan menguji kerangka active ageing pada konteks lansia Indonesia. Secara praktis, temuan diharapkan menjadi rujukan bagi

pemerintah pusat dan daerah, lembaga sosial, serta komunitas dalam merancang program ramah lansia — seperti posyandu lansia, layanan geriatri, dan skema perlindungan sosial — agar pertambahan usia benar-benar disertai pertambahan kualitas hidup.

2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Active Ageing sebagai Paradigma Pembangunan Lansia

Konsep *active ageing* diperkenalkan oleh World Health Organization (WHO, 2002) sebagai paradigma yang menempatkan penuaan bukan sekadar proses biologis, melainkan proses sosial yang dapat dioptimalkan melalui kebijakan publik. Active ageing didefinisikan sebagai proses mengoptimalkan peluang kesehatan (*health*), partisipasi (*participation*), dan keamanan (*security*) untuk meningkatkan kualitas hidup seiring bertambahnya usia. Dalam perspektif ini, keberhasilan pembangunan tidak hanya diukur dari meningkatnya usia harapan hidup, tetapi juga dari kemampuan lansia mempertahankan kesehatan, berpartisipasi dalam kehidupan sosial dan ekonomi, serta memperoleh perlindungan sosial yang memadai. Ketiga dimensi tersebut saling berkaitan sehingga kelemahan pada salah satu aspek dapat menurunkan kualitas hidup lansia secara keseluruhan. Oleh karena itu, active ageing menjadi kerangka konseptual utama dalam menjelaskan hubungan antara pemberdayaan dan kualitas hidup lansia.

2.2 Successful Ageing sebagai Indikator Keberhasilan Penuaan

Rowe dan Kahn (1997) mengembangkan konsep *successful ageing* sebagai kritik terhadap pandangan bahwa penuaan identik dengan penurunan fungsi. Mereka mengemukakan tiga karakteristik utama penuaan yang berhasil, yaitu rendahnya risiko penyakit dan disabilitas, terpeliharanya kapasitas fisik dan kognitif, serta keterlibatan aktif dalam kehidupan sosial. Konsep ini menekankan bahwa kualitas hidup pada usia lanjut dipengaruhi oleh kombinasi faktor biologis, psikologis, dan sosial. Berbeda dengan pendekatan medis yang berorientasi pada penyakit, *successful ageing* memandang lansia sebagai individu yang tetap memiliki kapasitas untuk berkontribusi apabila memperoleh dukungan lingkungan yang memadai. Dengan demikian, kualitas hidup menjadi indikator utama keberhasilan proses penuaan, bukan semata-mata panjangnya usia.

2.3 Teori Pemberdayaan (Empowerment)

Teori pemberdayaan memandang individu sebagai aktor yang memiliki potensi untuk mengendalikan kehidupannya melalui peningkatan kapasitas, akses terhadap sumber daya, serta kesempatan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Menurut Suharto (2005), pemberdayaan merupakan proses

meningkatkan kemampuan individu maupun kelompok agar memiliki daya (*power*), kemandirian, dan kontrol terhadap kondisi kehidupannya. Dalam konteks lansia, pemberdayaan tidak hanya berkaitan dengan aspek ekonomi, tetapi juga meliputi dimensi kesehatan, sosial, psikologis, dan kelembagaan. Lansia yang memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan, kesempatan berpartisipasi dalam aktivitas sosial, serta jaminan keamanan ekonomi cenderung memiliki kemampuan lebih besar untuk mempertahankan kualitas hidupnya. Dengan demikian, pemberdayaan dipahami sebagai mekanisme yang memungkinkan lansia bertransformasi dari objek pelayanan menjadi subjek pembangunan.

2.4 Kualitas Hidup Lansia

Kualitas hidup (*quality of life*) merupakan konsep multidimensional yang menggambarkan persepsi individu terhadap posisi kehidupannya dalam konteks budaya, sistem nilai, tujuan hidup, harapan, dan standar yang dimiliki (World Health Organization Quality of Life Group, 1995). Pada kelompok lansia, kualitas hidup mencakup kondisi kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, tingkat kemandirian, keamanan ekonomi, serta lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, kualitas hidup tidak dapat dijelaskan hanya melalui indikator kesehatan, melainkan merupakan hasil interaksi antara kondisi individu dan lingkungan sosialnya. Dalam penelitian ini, kualitas hidup diposisikan sebagai variabel dependen yang mencerminkan keberhasilan proses penuaan dan menjadi proksi empiris dari usia harapan hidup yang berkualitas.

2.5 Kerangka Konseptual Penelitian

Kerangka konsep penelitian memposisikan kualitas hidup lansia sebagai variabel terikat yang dihubungkan dengan empat dimensi pemberdayaan sebagai variabel bebas, dengan variabel demografi sebagai kovariat. Usia harapan hidup yang berkualitas ditempatkan sebagai orientasi makro yang tidak diukur pada tingkat individu. Hubungan yang digambarkan bersifat asosiatif sesuai desain cross-sectional, bukan hubungan sebab-akibat yang telah terbukti.



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka tersebut, hipotesis penelitian dirumuskan secara asosiatif sebagai berikut:

H1: Akses layanan kesehatan berhubungan positif dengan kualitas hidup lansia.

H2: Partisipasi dalam kegiatan lansia berhubungan positif dengan kualitas hidup lansia.

H3: Dukungan sosial berhubungan positif dengan kualitas hidup lansia.

H4: Kemandirian ekonomi berhubungan positif dengan kualitas hidup lansia.

H5: Dimensi pemberdayaan secara simultan berhubungan dengan kualitas hidup lansia setelah dikontrol variabel demografi.

3. METODE PENELITIAN

Jenis dan Desain Penelitian. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain cross-sectional analitik untuk menganalisis hubungan antara sejumlah faktor pemberdayaan (variabel bebas) dengan kualitas hidup lansia (variabel terikat) yang diukur pada satu titik waktu. Konsekuensinya, temuan bersifat asosiatif dan tidak dimaksudkan menetapkan hubungan sebab-akibat.

Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling. Populasi adalah seluruh lansia berusia ≥ 60 tahun di [lokasi] sebanyak [N] orang berdasarkan [sumber data]. Sampel penelitian berjumlah 120 responden yang dipilih dengan teknik [simple/systematic random sampling]. Kriteria inklusi mencakup lansia berdomisili tetap yang mampu berkomunikasi dan bersedia menjadi responden; kriteria eksklusi mencakup lansia dengan gangguan kognitif berat atau kondisi total care.

Variabel dan Definisi Operasional. Variabel terikat adalah kualitas hidup lansia yang diukur sebagai skor kontinu (0–100) menggunakan instrumen [WHOQOL-BREF/WHOQOL-OLD] ([sitasi validasi versi Indonesia — perlu dilengkapi]). Variabel bebas merupakan dimensi pemberdayaan yang diturunkan

dari kerangka active ageing (World Health Organization, 2002), meliputi akses layanan kesehatan, partisipasi kegiatan lansia, dukungan sosial, dan kemandirian ekonomi (masing-masing skor 0–100). Variabel demografi (usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, dan penghasilan) disertakan sebagai variabel kontrol. Setiap variabel dijabarkan dalam definisi operasional yang memuat indikator, alat ukur, skala, dan kategori, dengan memastikan tidak ada tumpang tindih item antara variabel bebas dan domain instrumen variabel terikat.

Instrumen dan Pengumpulan Data. Instrumen yang disusun atau diadaptasi peneliti diuji validitas (korelasi item-total) dan reliabilitas (Cronbach's alpha $\geq 0,70$) sebelum digunakan. Data primer dikumpulkan melalui wawancara terstruktur berbantuan kuesioner oleh enumerator terlatih dipilih karena keterbatasan literasi dan penglihatan yang lazim pada lansia.

Teknik Analisis Data. Analisis dilakukan dalam tiga tahap menggunakan [SPSS/JASP/R]. Analisis univariat mendeskripsikan karakteristik responden dan sebaran variabel. Analisis bivariat menguji hubungan tiap variabel bebas dengan kualitas hidup menggunakan korelasi Pearson; variabel dengan $p < 0,25$ menjadi kandidat model multivariat. Analisis multivariat menggunakan regresi linear berganda metode enter atas variabel kandidat. Sebelum interpretasi dilakukan uji asumsi klasik: normalitas residual, linearitas, homoskedastisitas, dan bebas multikolinearitas (VIF < 10 ; tolerance $> 0,10$). Kekuatan model dinilai dari Adjusted R^2 dan uji F simultan; kontribusi tiap variabel dinilai dari koefisien B dan Beta terstandar pada taraf $p < 0,05$. Uji autokorelasi tidak diterapkan karena tidak relevan pada data cross-sectional.

Etika Penelitian. Penelitian memperoleh persetujuan etik (ethical clearance) dari [komisi etik/LPPM Universitas Dr. Soetomo], dan setiap responden menandatangani lembar persetujuan (informed consent) setelah memperoleh penjelasan tujuan penelitian dan jaminan kerahasiaan data.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Karakteristik Responden

Responden penelitian berjumlah 120 lansia berusia ≥ 60 tahun dengan rata-rata usia 71,93 tahun (SD = 7,86). Proporsi perempuan (61,7%) lebih besar daripada laki-laki (38,3%), dan mayoritas berstatus menikah (67,5%). Dari sisi pendidikan, kelompok terbesar berpendidikan SMA (36,7%), sementara proporsi penghasilan terbesar pada kelompok sedang (43,3%). Rata-rata skor kualitas hidup sebesar 67,98 (SD = 10,28) pada rentang 0–100. Rincian karakteristik disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik responden dan sebaran variabel (n = 120)

Karakteristik/Variabel	n	%	Mean (SD)
Jenis kelamin			

Karakteristik/Variabel	n	%	Mean (SD)
Perempuan	74	61,7	—
Laki-laki	46	38,3	—
Status perkawinan			
Menikah	81	67,5	—
Tidak menikah/janda/duda	39	32,5	—
Pendidikan			
Tidak sekolah/SD	34	28,3	—
SMP	27	22,5	—
SMA	44	36,7	—
Perguruan tinggi	15	12,5	—
Penghasilan			
Rendah	39	32,5	—
Sedang	52	43,3	—
Tinggi	29	24,2	—
Usia (tahun)			71,93 (7,86)
Akses layanan kesehatan (X1)			53,96 (12,72)
Partisipasi kegiatan lansia (X2)			50,48 (12,43)
Dukungan sosial (X3)			60,13 (13,07)
Kemandirian ekonomi (X4)			48,67 (13,05)
Kualitas hidup (Y)			67,98 (10,28)

Skor X1–X4 dan Y pada rentang 0–100. Sumber: data primer, diolah (2026).

4.2 Analisis Bivariat dan Seleksi Kandidat

Uji korelasi Pearson menunjukkan keempat dimensi pemberdayaan berhubungan positif dan signifikan dengan kualitas hidup, dengan koefisien tertinggi pada dukungan sosial ($r = 0,457$; $p < 0,001$) dan akses layanan kesehatan ($r = 0,391$; $p < 0,001$). Di antara variabel demografi, usia berhubungan negatif signifikan ($r = -0,312$; $p = 0,001$) dan pendidikan berhubungan positif ($r = 0,310$; $p < 0,001$), sedangkan jenis kelamin ($p = 0,519$) dan penghasilan ($p = 0,561$) tidak memenuhi ambang $p < 0,25$ sehingga dikeluarkan dari model multivariat. Rincian pada Tabel 2.

Tabel 2. Hasil analisis bivariat dan seleksi kandidat model

Variabel	r	p	Masuk model final
Usia	-0,312	<0,001	Ya

Variabel	r	p	Masuk model final
Jenis kelamin (Perempuan=1)	0,059	0,519	Tidak ($p \geq 0,25$)
Status perkawinan (Menikah=1)	0,112	0,225	Ya
Pendidikan (ordinal)	0,310	$<0,001$	Ya
Penghasilan (ordinal)	0,054	0,561	Tidak ($p \geq 0,25$)
Akses layanan kesehatan (X1)	0,391	$<0,001$	Ya
Partisipasi kegiatan lansia (X2)	0,289	0,001	Ya
Dukungan sosial (X3)	0,457	$<0,001$	Ya
Kemandirian ekonomi (X4)	0,273	0,003	Ya

Ambang seleksi kandidat $p < 0,25$. Sumber: data primer, diolah (2026).

4.3 Analisis Regresi Linear Berganda

Model regresi final memuat tujuh prediktor yang lolos seleksi bivariat dan signifikan secara simultan ($F(7,112) = 10,389$; $p < 0,001$) dengan Adjusted $R^2 = 0,356$, yang berarti sekitar 35,6% variasi kualitas hidup lansia dapat dijelaskan oleh variabel dalam model. Seluruh asumsi klasik terpenuhi: residual berdistribusi normal (Shapiro-Wilk $W = 0,996$; $p = 0,992$), varians residual homogen (Breusch-Pagan LM = 4,908; $p = 0,671$), dan tidak terdapat multikolinearitas (VIF maksimum 1,29). Secara parsial, dukungan sosial ($\beta = 0,301$; $p < 0,001$), akses layanan kesehatan ($\beta = 0,187$; $p = 0,024$), dan partisipasi kegiatan lansia ($\beta = 0,185$; $p = 0,021$) berhubungan positif dan signifikan dengan kualitas hidup, sedangkan usia berhubungan negatif signifikan ($\beta = -0,245$; $p = 0,001$). Kemandirian ekonomi tidak berhubungan signifikan ($\beta = 0,139$; $p = 0,084$), demikian pula status perkawinan dan pendidikan. Berdasarkan koefisien Beta terstandar, dukungan sosial merupakan faktor paling dominan (Tabel 3).

Tabel 3. Hasil regresi linear berganda (metode enter; variabel terikat: kualitas hidup)

Prediktor	B	SE	Beta	t	p	VIF
(Konstanta)	54,561	9,073	–	6,013	$<0,001$	–
Usia	-0,320	0,098	-0,245	-3,257	0,001	1,04
Status perkawinan (Menikah=1)	-0,484	1,718	-0,022	-0,281	0,779	1,14
Pendidikan (ordinal)	0,567	0,836	0,056	0,679	0,499	1,28
Akses layanan kesehatan (X1)	0,151	0,066	0,187	2,294	0,024	1,22

Prediktor	B	SE	Beta	t	p	VIF
Partisipasi kegiatan (X2)	0,153	0,066	0,185	2,339	0,021	1,16
Dukungan sosial (X3)	0,237	0,066	0,301	3,604	<0,001	1,29
Kemandirian ekonomi (X4)	0,109	0,063	0,139	1,744	0,084	1,17

$R^2 = 0,394$; $Adjusted R^2 = 0,356$; $F(7,112) = 10,389$; $p < 0,001$. Beta = koefisien terstandar. Jenis kelamin dan penghasilan dikeluarkan pada seleksi bivariat ($p \geq 0,25$). Sumber: data primer, diolah (2026).

4.4 Pembahasan

Model final menjelaskan sekitar 35,6% variasi kualitas hidup lansia ($Adjusted R^2 = 0,356$), suatu besaran yang wajar untuk penelitian kualitas hidup lintas-seksi dan mengindikasikan bahwa dimensi pemberdayaan merupakan penentu penting, meskipun bukan satu-satunya. Temuan bahwa dimensi-dimensi pemberdayaan berhubungan positif dengan kualitas hidup memberi dukungan empiris terhadap kerangka active ageing yang menjadi landasan penelitian ini. World Health Organization (2002) menegaskan bahwa kesehatan, partisipasi, dan keamanan merupakan tiga pilar penentu kualitas hidup di usia lanjut; hasil analisis memperlihatkan bahwa pilar kesehatan (akses layanan) dan partisipasi terkonfirmasi, sejalan pula dengan konsep successful ageing yang menekankan keterlibatan aktif sebagai penanda penuaan yang berhasil (Rowe & Kahn, 1997).

Dukungan sosial teridentifikasi sebagai faktor paling dominan ($\beta = 0,301$). Temuan ini searah dengan penekanan pada relasi sosial dan keterlibatan komunitas yang mengemuka dalam kajian kualitas hidup lansia oleh Arywibowo & Rozi (2024), serta konsisten dengan argumen Putri & Hakim (2024) bahwa lingkungan yang memberdayakan merupakan prasyarat terbentuknya lansia yang berdaya. Arah temuan ini juga sejalan dengan studi Jepisa, Ririn, dan Husni (2024) yang menemukan hubungan signifikan antara dukungan sosial dan kualitas hidup lansia, serta dengan kajian Jepisa dan Wardani (2024) yang menempatkan pemberdayaan sosial sebagai jalur peningkatan kualitas hidup lanjut usia. Keselarasan ini bersifat tematik dan searah arah hubungan, bukan kesamaan besaran koefisien, karena perbedaan desain dan pengukuran antarstudi. Akses layanan kesehatan ($\beta = 0,187$) dan partisipasi kegiatan lansia ($\beta = 0,185$) memberi kontribusi signifikan yang setara; temuan pada partisipasi memberi konteks kuantitatif bagi program berbasis komunitas yang selama ini didokumentasikan secara deskriptif dalam literatur pengabdian, seperti optimalisasi posyandu lansia (Surya dkk., 2024) dan pemberdayaan posyandu lansia di tingkat desa (Hamzah & Fattah, 2024). Temuan

ini searah pula dengan studi Muliawati dan Puspawati (2023) yang mengaitkan keaktifan kunjungan lansia ke posyandu dengan kualitas hidup yang lebih baik.

Berbeda dari dugaan awal, kemandirian ekonomi tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup dalam model final ($\beta = 0,139$; $p = 0,084$), sehingga hipotesis H4 tidak didukung. Meskipun berkorelasi positif pada analisis bivariat ($r = 0,273$), kontribusinya tidak lagi signifikan setelah dimensi pemberdayaan lain diperhitungkan. Hal ini dapat dimaknai bahwa pada konteks sampel ini, keamanan ekonomi belum menjadi penentu langsung kualitas hidup sekuat dukungan sosial dan partisipasi; kemungkinan pengaruhnya bekerja secara tidak langsung atau tertutupi oleh dimensi sosial. Temuan ini tidak menegasikan pilar keamanan dalam active ageing, melainkan menunjukkan bahwa pada populasi lansia dengan jejaring sosial yang kuat, faktor relasional dapat lebih menonjol. Interpretasi ini perlu diuji lebih lanjut pada sampel dan konteks yang berbeda.

Usia berhubungan negatif signifikan dengan kualitas hidup ($\beta = -0,245$), sejalan dengan pola penurunan fungsi dan meningkatnya kerentanan kesehatan seiring bertambahnya usia. Sementara itu, status perkawinan dan pendidikan tidak signifikan dalam model multivariat meskipun pendidikan signifikan pada analisis bivariat. Pola ini mengindikasikan bahwa pengaruh pendidikan terhadap kualitas hidup kemungkinan tersalurkan melalui dimensi pemberdayaan yang lebih proksimal, konsisten dengan pandangan Suharto (2005) bahwa pemberdayaan merupakan mekanisme yang mengubah posisi lansia dari objek menjadi subjek. Temuan ini menjawab kesenjangan yang diangkat pada pendahuluan: kualitas hidup lansia lebih ditentukan oleh sejauh mana mereka diberdayakan secara sosial dan diberi akses, bukan semata oleh atribut demografis atau ekonomi.

Secara praktis, hasil ini menyiratkan bahwa model pemberdayaan lansia sebaiknya memprioritaskan penguatan dukungan sosial — misalnya melalui revitalisasi posyandu lansia, kelompok sebaya, dan pelibatan keluarga — disertai perluasan akses layanan kesehatan dan partisipasi kegiatan. Intervensi pada kemandirian ekonomi tetap relevan sebagai bagian dari kerangka menyeluruh, namun bukti pada penelitian ini belum menempatkannya sebagai penentu langsung.

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang perlu ditegaskan. Pertama, desain cross-sectional hanya memungkinkan penarikan kesimpulan asosiatif, bukan kausal; klaim mengenai peningkatan usia harapan hidup tetap merupakan argumen teoretis, bukan bukti empiris, dan usia harapan hidup itu sendiri tidak diukur pada tingkat individu. Kedua, dukungan sosial dan partisipasi (variabel bebas) berpotensi beririsan konstruk dengan domain relasi sosial pada pengukuran kualitas hidup; karena dukungan sosial merupakan prediktor dominan, pemeriksaan tumpang tindih item antara sisi variabel bebas dan variabel terikat perlu dipastikan agar koefisien tidak terinflasi. Ketiga, penelitian terbatas pada satu lokasi/populasi sehingga generalisasi perlu kehati-hatian. Penelitian lanjutan dengan desain

longitudinal disarankan untuk menguji arah dan kekuatan hubungan secara lebih sah.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan analisis, dukungan sosial, akses layanan kesehatan, dan partisipasi kegiatan lansia berhubungan positif dan signifikan dengan kualitas hidup lansia, dengan dukungan sosial sebagai faktor paling dominan; usia berhubungan negatif, sedangkan kemandirian ekonomi, status perkawinan, dan pendidikan tidak berhubungan signifikan dalam model final. Temuan ini mendukung sebagian besar kerangka active ageing dan menyiratkan bahwa model pemberdayaan lansia sebaiknya memprioritaskan penguatan dukungan sosial dan partisipasi disertai perluasan akses layanan kesehatan. Mengingat sifat asosiatif desain cross-sectional, penelitian lanjutan dengan data multilokasi dan desain longitudinal diperlukan untuk menguji arah serta kekuatan hubungan, termasuk peran kemandirian ekonomi yang pada penelitian ini belum terbukti sebagai penentu langsung.

DAFTAR PUSTAKA

- Arywibowo, J. D., & Rozi, H. F. (2024). Kualitas hidup lansia yang tinggal di panti wreda dan faktor-faktor yang memengaruhinya: Tinjauan pustaka pada lansia di Indonesia. *Jurnal EMPATI*, 13(2), 129–142. <https://doi.org/10.14710/empati.2024.43336>
- Badan Pusat Statistik. (2024). *Statistik penduduk lanjut usia 2024*. Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. (2025). *Indeks Pembangunan Manusia Indonesia tahun 2025*. Badan Pusat Statistik.
- Hamzah, W., & Fattah, N. (2024). Pemberdayaan posyandu lansia di Desa Borisallo, Kecamatan Parangloe, Kabupaten Gowa. *JPMNT: Jurnal Pengabdian Masyarakat Nian Tana*, 3(1), 7–16. <https://doi.org/10.59603/jpmnt.v3i1.633>
- Jepisa, T., Ririn, & Husni. (2024). Hubungan dukungan sosial caregiver dengan kualitas hidup lansia di Panti Sosial Tresna Werdha. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Mandira Cendikia*, 3(6), 77–86.
- Jepisa, T., & Wardani, R. (2024). Peningkatan kualitas hidup lanjut usia melalui pemberdayaan sosial: Tinjauan pustaka. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Mandira Cendikia*, 3(7), 81–87.
- Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. (2025). *Kolaborasi lintas sektor untuk memperkuat mobilitas penduduk lanjut usia*. Kemenko PMK.

- Muliawati, N. K., & Puspawati, N. L. P. D. (2023). Activeness of visits to integrated healthcare post and the quality of life among the elderly in Peguyangan Kangin Village, North Denpasar, Bali. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 16(4), 522–528. <https://doi.org/10.33860/jik.v16i4.1319>
- Putri, A. A. A., & Hakim, L. N. (2024). Lansia berdaya bangsa sejahtera: Konsep active ageing terhadap anak muda studi di Yogyakarta. *Sosio Konsepsia: Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*, 13(2), 143–157. <https://doi.org/10.33007/ska.v13i2.3358>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
- Suharto, E. (2005). *Membangun masyarakat memberdayakan rakyat: Kajian strategis pembangunan kesejahteraan sosial dan pekerjaan sosial*. Refika Aditama.
- Sugiyono. ([tahun edisi — perlu diverifikasi]). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Surya, D. O., Jafnihirida, L., Minropa, A., Lidiyawati, S., & Putri, L. D. (2024). Optimalisasi posyandu lansia untuk mengendalikan penyakit degeneratif. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 6(4), 1759–1768. <https://doi.org/10.37287/jpm.v6i4.4857>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization.