



INDONESIA LONGITUDINAL AGING SURVEY 2023 (BAHASA INDONESIA)

SEPTEMBER 2024

INDONESIA LONGITUDINAL AGING SURVEY 2023 (BAHASA INDONESIA)

SEPTEMBER 2024



Lisensi Creative Commons Attribution 3.0 IGO (CC BY 3.0 IGO)

© 2025 Asian Development Bank, SurveyMETER, dan Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia

Beberapa hak cipta dilindungi undang-undang. Diterbitkan tahun 2025.

ISBN 978-92-9277-267-3 (print); 978-92-9270-869-6 (PDF); 978-92-9270-870-2 (ebook)

Publication Stock No. TCS250116-3

DOI: <http://dx.doi.org/10.22617/TCS250116-3>

Tulisan di publikasi ini mewakili pandangan dari penulis dan tidak menggambarkan pandangan dan kebijakan dari Asian Development Bank (ADB) atau Dewan Gubernur atau pemerintah yang dipresentasikan oleh mereka, bukan pula pandangan atau kebijakan dari SurveyMETER, Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia (LD FEB UI).

ADB, SurveyMETER, dan LD FEB UI tidak menjamin keakuratan data yang ditampilkan dalam laporan ini dan tidak bertanggungjawab atas segala konsekuensi penggunaannya. Penyebutan perusahaan atau produk manufaktur tertentu tidak menunjukkan jika mereka dipromosikan oleh ADB, SurveyMETER, serta LD FEB UI yang dipilih daripada yang lain yang sifatnya serupa namun tidak disebutkan.

Dengan menyebutkan atau mengacu pada wilayah atau area geografis tertentu di dokumen ini, ADB, SurveyMETER serta LD FEB UI tidak bermaksud untuk membuat penilaian apapun terkait status hukum atau status lainnya dari suatu wilayah atau kawasan manapun.

Publikasi ini tersedia di bawah lisensi Creative Commons Attribution 3.0 IGO (CC BY 3.0 IGO) <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/>. Dengan menggunakan isi dari publikasi ini, anda setuju untuk terikat dengan ketentuan lisensi ini. Untuk atribusi, menerjemahkan, adaptasi, dan izin, mohon baca ketentuan dan persyaratan penggunaan pada <https://www.adb.org/terms-use#openaccess>.

Lisensi CC ini tidak berlaku untuk materi hak cipta non-ADB, non-SurveyMETER, and non-LD FEB UI di publikasi ini. Jika materi tersebut terkait dengan sumber yang lain, mohon hubungi pemilik hak cipta atau penerbit dari sumber tersebut untuk mendapatkan izin produksi kembali. ADB, SurveyMETER, dan LD FEB UI tidak bertanggungjawab atas segala klaim yang timbul akibat penggunaan materi tersebut.

Mohon hubungi pubsmarketing@adb.org, jika anda memiliki pertanyaan atau komentar terkait dengan isi publikasi, atau jika anda ingin mendapatkan izin hak cipta dari rencana penggunaan yang tidak tercakup dalam ketentuan ini, atau untuk izin penggunaan logo ADB. Untuk izin penggunaan logo SurveyMETER, mohon hubungi sm@surveymeter.org, dan untuk izin penggunaan logo LD FEB UI, mohon hubungi info@ldfebui.org.

Ralat publikasi ADB dapat dilihat pada <http://www.adb.org/publications/corrigenda>.

Catatan:

Pada publikasi ini, "\$" mengacu pada dollar Amerika Serikat dan "Rp" mengacu pada rupiah.

ADB mengenal "China" sebagai Republik Rakyat Cina; "Korea" dan "Korea Selatan" sebagai Republik Korea; dan "Vietnam" sebagai Viet Nam.

Tabel dan gambar di publikasi ini bersumber dari Indonesia Longitudinal Aging Survey kecuali jika disebutkan lainnya.

Gambar sampul: Menjembatani Kesenjangan Antar Generasi dan Digital (foto oleh Henry Setyo Nugroho dan Yainur Pratomo).

Daftar Isi

Daftar Isi	iii
Daftar Tabel, Gambar, dan Boks	v
Kata Pengantar	xiii
Ucapan Terima Kasih	xiv
Daftar Singkatan	xvi
Ringkasan Eksekutif	xvii
1. PENDAHULUAN	1
Penuaan Penduduk di Indonesia	1
Strategi Nasional Kelanjutan (Stranas Kelanjutan)	5
Perlunya Penelitian Longitudinal Lanjut Usia	6
Inisiasi Indonesia Longitudinal Aging Survey	7
Tujuan Indonesia Longitudinal Aging Survey	8
Signifikansi Indonesia Longitudinal Aging Survey	8
Analisis dan Struktur Laporan	8
2. DESAIN SURVEI	9
Sampel dan Capaian Hasil Wawancara	9
Etik penelitian	14
Pengumpulan Data	14
Validasi dan Kontrol Kualitas Data	15
Bobot Analisis	16
3. PROFIL DEMOGRAFI RESPONDEN SURVEI	17
Profil Pra-Lanjut Usia dan Lanjut Usia	17
4. KONDISI KESEHATAN, SOSIAL, DAN EKONOMI	26
Status Kesehatan	26
Status Sosial	56
Status Ekonomi	70
5. GAYA HIDUP, KEBIASAAN, DAN KONDISI KEHIDUPAN	98
Kebiasaan Individu	98
Kondisi Kehidupan dan Lingkungan Sekitar	108
6. LAYANAN KESEHATAN DAN PERAWATAN LANJUT USIA	113
Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	113
Asuransi Kesehatan	126
Kebutuhan Perawatan Jangka Panjang	132
Profil Para Pemberi Rawat Lanjut usia	139

7. PEMANFAATAN TEKNOLOGI, APLIKASI SELULER, DAN INKLUSI KEUANGAN	147
Akses dan Penggunaan Alat Komunikasi	147
Akses dan Penggunaan Perangkat Tablet/Komputer	153
Penggunaan Aplikasi Seluler	157
Akses ke Pembayaran dan Keuangan Digital	158
8. AKSES INFORMASI DAN KETERLIBATAN SOSIAL	162
Akses Informasi	162
Program Kesejahteraan bagi Lanjut Usia	167
Lampiran	175
Lampiran 1: Menghitung Ukuran Sampel	175
Lampiran 2: Daftar Enumerator	176
Lampiran 3: Strategi Nasional Kelanjutusiaan	177
Daftar Pustaka	186

Daftar Tabel, Gambar, dan Boks

Tabel

2.1. Distribusi Wilayah Sampel	10
2.2. Capaian, Penolakan, dan Proksi Wawancara Individu	11
2.3. Struktur Kuesioner ILAS 2023	12
3.1. Karakteristik Demografi dan Tempat Tinggal Responden berdasarkan Kelompok Umur	17
3.2. Distribusi Responden berdasarkan Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	18
3.3. Temuan Utama dan Arah Kebijakan	25
4.1. Pola Komorbiditas pada Pra-Lanjut Usia dan Lanjut Usia	34
4.2. Klasifikasi Hipertensi pada Orang Dewasa	38
4.3. Ambang Batas Indeks Massa Tubuh	41
4.4. Klasifikasi Obesitas Perut dan/atau Obesitas Sentral pada Orang Dewasa	43
4.5. Aktivitas Kehidupan Sehari-hari pada Lansia (Usia 60 Tahun ke Atas) menurut Kelompok Usia	51
4.6. Aktivitas Kehidupan Sehari-hari pada Lanjut Usia (Usia 60 Tahun ke Atas) menurut Jenis Kelamin	51
4.7. Aktivitas Instrumental Kehidupan Sehari-hari yang Dilakukan oleh Lanjut Usia (60 Tahun ke Atas) menurut Kelompok Umur	53
4.8. Aktivitas Instrumental Kehidupan Sehari-hari yang Dilakukan oleh Lanjut Usia (60 Tahun ke Atas) menurut Jenis Kelamin	53
4.9. Jumlah Anak Responden	64
4.10. Cross-Tabulasi Pendidikan Responden dan Pendidikan Anak Responden	66
4.11. Usia Pensiun menurut Jenis Kelamin	74
4.12. Penerima Manfaat Transfer Pemerintah menurut Kelompok Umur	87
4.13. Kepemilikan Tabungan dan Aset menurut Kelompok Umur, Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	90
4.14. Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan	95
5.1. Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan	112
6.1. Biaya Kesehatan Bulanan Tidak Termasuk Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap	126
6.2. Pembayaran dan Biaya Rerata/Median untuk Pelayanan Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir	130
6.3. Pembayaran dan Biaya Rata-rata/Median untuk Pelayanan Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir	132
6.4. Klasifikasi Orang dengan Kebutuhan Perawatan Jangka Panjang	132
6.5. Waktu yang Dhabiskan oleh Pemberi Rawat Utama dalam Merawat Lansia	143
6.6. Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan	144
7.1. Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan	161
8.1. Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan	174

Gambar

1.1	Persentase Penduduk Indonesia Menurut Kelompok Umur, 1970–2050	2
1.2	Piramida Penduduk Indonesia Tahun 1950, 2000, 2050, dan 2100	3
1.3	Persentase Lanjut Usia dan Rasio Ketergantungan Lanjut Usia, 2009–2021	4
2.1	Wilayah Sampel untuk Indonesia Longitudinal Aging Survey 2023	9
3.1	Tempat Tinggal dan Kelompok Umur	19
3.2	Tempat Tinggal menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	19
3.3	Tingkat Pendidikan menurut Kelompok Umur	20
3.4	Tingkat Pendidikan menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur	21
3.5	Status Perkawinan menurut Kelompok Umur	21
3.6	Status Perkawinan menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur	22
3.7	Bahasa yang digunakan sehari-hari di Rumah menurut Kelompok Umur	22
3.8	Bahasa yang digunakan sehari-hari di Rumah menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur	23
3.9	Pola Perpindahan menurut Kelompok Umur	24
3.10	Pola Perpindahan menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur	24
4.1	Status Kesehatan Subyektif menurut Kelompok Umur	27
4.2	Status Kesehatan Subyektif menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	28
4.3	Penilaian Status Kesehatan Saat Ini Dibandingkan dengan Kondisi Tahun Lalu menurut Kelompok Umur	28
4.4	Penilaian Status Kesehatan Saat Ini Dibandingkan dengan Kondisi Tahun Lalu menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	29
4.5	Nyeri dan Keterbatasan Aktivitas Sehari-hari yang Dialami dalam 30 Hari Terakhir	30
4.6	Tiga Nyeri Tubuh Terbanyak dalam 30 Hari Terakhir yang Membatasi Aktivitas Sehari-hari menurut Kelompok Umur	30
4.7	Tiga Nyeri Tubuh yang Paling Mengganggu Aktivitas Sehari-hari dalam 30 Hari Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	31
4.8	Kondisi Medis yang Didiagnosis oleh Dokter atau Petugas Kesehatan	32
4.9	Responden Didiagnosis Paling Tidak Satu Penyakit oleh Dokter atau Petugas Kesehatan menurut Kelompok Umur	33
4.10	Responden Didiagnosis Paling Tidak Satu Penyakit oleh Dokter atau Petugas Kesehatan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	33
4.11	Prevalensi Tiga Penyakit Teratas yang Didiagnosis oleh Dokter atau Petugas Kesehatan menurut Kelompok Umur	34
4.12	Prevalensi Tiga Penyakit Teratas yang yang Didiagnosis oleh Dokter atau Petugas Kesehatan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	35
4.13	Pasien dengan Keterbatasan Fungsional dalam Aktivitas Sehari-hari menurut Penyakit	36
4.14	Proporsi Pasien dengan Keterbatasan Fungsional dalam Aktivitas Sehari-hari menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	36
4.15	Proporsi Pasien dengan Keterbatasan Fungsional dalam Aktivitas Sehari-hari menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	37
4.16	Klasifikasi Pengukuran Tekanan Darah menurut Kelompok Umur	38
4.17	Klasifikasi Pengukuran Tekanan Darah menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	39
4.18	Pengukuran Tekanan Darah Berdasarkan Diagnosis Dokter dan Pengukuran Lapangan menurut Kelompok Umur	40
4.19	Pengukuran Tekanan Darah Berdasarkan Diagnosis Dokter dan Pengukuran Lapangan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	40
4.20	Status Gizi Berdasarkan Indeks Massa Tubuh menurut Kelompok Umur	42

4.21 Status Gizi Berdasarkan Indeks Massa Tubuh Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	42
4.22 Obesitas Perut dengan Lingkar Pinggang Lebih dari 90 Cm menurut Kelompok Umur	44
4.23 Obesitas Perut dengan Lingkar Pinggang Lebih dari 90 Cm menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	44
4.24 Penggunaan Tangan Dominan menurut Kelompok Umur	45
4.25 Penggunaan Tangan Dominan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	46
4.26 Rata-rata Kekuatan Genggaman Tangan menurut Kelompok Umur	46
4.27 Rata-rata Kekuatan Genggaman Tangan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	47
4.28 Responden dengan Gejala Depresi menurut Kelompok Umur	47
4.29 Responden dengan Gejala Depresi menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	48
4.30 Gangguan Kognitif menurut Kelompok Umur	49
4.31 Gangguan Kognitif menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	49
4.32 Kemandirian Melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari, Usia 60 Tahun ke Atas	51
4.33 Kemandirian Melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari, Usia 60 Tahun ke Atas	52
4.34 Prevalensi Disabilitas Berdasarkan Rekomendasi Ambang Batas Washington Group menurut Kelompok Umur	54
4.35 Prevalensi Disabilitas Berdasarkan Rekomendasi Ambang Batas Washington Group menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	54
4.36 Disabilitas Berdasarkan Skala Washington menurut Kelompok Umur	55
4.37 Disabilitas Berdasarkan Skala Washington menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	56
4.38 Pengaturan Tempat Tinggal menurut Kelompok Usia	57
4.39 Pengaturan Tempat Tinggal menurut Kelompok Usia dan Jenis Kelamin	58
4.40 Pengaturan Tempat Tinggal menurut Lokasi	58
4.41 Pengaturan Tempat Tinggal menurut Suku	59
4.42 Komposisi Anggota Rumah Tangga menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	59
4.43 Anggota Rumah Tangga menurut Suku	60
4.44 Responden Tinggal Dengan atau Dekat dengan Anak menurut Kelompok Umur	60
4.45 Responden Tinggal Dengan atau Dekat dengan Anak menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	61
4.46 Frekuensi Bertemu dengan Anak menurut Kelompok Umur	62
4.47 Frekuensi Bertemu dengan Anak menurut Lokasi Tempat Tinggal	62
4.48 Frekuensi Interaksi dengan Anak secara Tatap Muka atau Virtual menurut Kelompok Umur	63
4.49 Tinggal Dengan Orang Tua menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	63
4.50 Frekuensi Interaksi dengan Orang Tua secara Tatap Muka atau Virtual menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	64
4.51 Anak Responden yang Tinggal Bersama Responden, Tinggal Dekat Responden dan Tinggal di Tempat Lain/Luar Negeri menurut Kelompok Umur	65
4.52 Status Bekerja Anak Responden Usia 15 Tahun Ke Atas menurut Kelompok Umur	65
4.53 Status Bekerja Anak Responden menurut Kelompok Umur	66
4.54 Median Transfer Semua Responden per Tahun	67
4.55 Median Transfer Responden Pra-Lanjut Usia per Tahun	67
4.56 Median Transfer Responden Lanjut Usia per Tahun	68
4.57 Responden sebagai Pengasuh Cucu menurut Kelompok Umur	69
4.58 Responden sebagai Pengasuh Cucu menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	69
4.59 Responden sebagai Pengasuh Cucu menurut Lokasi Tempat Tinggal	69
4.60 Status Ketenagakerjaan menurut Kelompok Usia	70
4.61 Status Ketenagakerjaan menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	71

4.62 Alasan Tidak Bekerja menurut Kelompok Umur	72
4.63 Alasan Tidak Bekerja menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	72
4.64 Alasan Pensiun menurut Kelompok Umur	73
4.65 Alasan Pensiun menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	73
4.66 Status Ketenagakerjaan Responden Bekerja menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	75
4.67 Status Ketenagakerjaan Responden Bekerja menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	75
4.68 Sektor Ketenagakerjaan Responden menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	76
4.69 Sektor Ketenagakerjaan Responden menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	76
4.70 Tipe Pekerjaan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	77
4.71 Tipe Pekerjaan menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	77
4.72 Karakteristik Pekerjaan Responden Pra-Lanjut Usia	78
4.73 Karakteristik Pekerjaan Responden Lanjut Usia	78
4.74 Kepuasan Bekerja Responden Pra-Lanjut Usia	79
4.75 Kepuasan Bekerja Responden Lanjut Usia	79
4.76 Keinginan Terus Bekerja Pada Pekerjaan Sekarang menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	80
4.77 Rencana Setelah Pensiun Pada Pekerjaan Sekarang menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	80
4.78 Kondisi Mengenai Pensiun menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	81
4.79 Kondisi Mengenai Pensiun menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	81
4.80 Kepuasan Hidup Setelah Pensiun menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	82
4.81 Kepuasan Hidup Setelah Pensiun menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	82
4.82 Kepuasan Hidup dan Kondisi Mengenai Pensiun	83
4.83 Sumber Pendapatan yang Diterima menurut Kelompok Umur	84
4.84 Sumber Pendapatan yang Diterima menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	85
4.85 Sumber Pendapatan menurut Kelompok Umur	85
4.86 Sumber Pendapatan menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	86
4.87 Median Pendapatan dan Transfer Tahunan menurut Sumber dan Kelompok Umur	88
4.88 Median Pendapatan dan Transfer Tahunan menurut Sumber dan Kelompok Umur	88
4.89 Median Pengeluaran dan Pendapatan menurut Kelompok Umur	89
4.90 Tipe Tabungan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	91
4.91 Tipe Tabungan menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	91
4.92 Tipe Aset yang Dimiliki Responden menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	92
4.93 Tipe Aset yang Dimiliki Responden menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan	93
4.94 Median Total Tabungan dan Aset Responden menurut Kelompok Umur	94
5.1 Perokok Aktif menurut Kelompok Umur	98
5.2 Perokok Aktif menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	99
5.3 Responden yang Pernah Merokok menurut Kelompok Umur	100
5.4 Responden yang Pernah Merokok menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	100
5.5 Umur Responden yang Pernah Merokok Pada Saat Mulai Merokok menurut Kelompok Umur	101
5.6 Umur Responden yang Pernah Merokok Pada Saat Mulai Merokok menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	101
5.7 Lama Merokok Di Antara Perokok Aktif menurut Kelompok Umur	102
5.8 Lama Merokok Di Antara Perokok Aktif menurut Jenis Kelamin	102
5.9 Jenis Rokok yang Dihisap oleh Perokok Aktif dan Responden yang Pernah Merokok menurut Kelompok Umur	103
5.10 Frekuensi Merokok (Jumlah Batang per Hari) menurut Kelompok Umur	103

5.11	Frekuensi Merokok (Jumlah Batang per Hari) menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	104
5.12	Umur Berhenti Merokok pada Responden yang Pernah Merokok menurut Kelompok Umur	104
5.13	Umur Berhenti Merokok pada Responden yang Pernah Merokok menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	105
5.14	Konsumsi Minuman Beralkohol Saat Ini menurut Kelompok Umur	105
5.15	Konsumsi Minuman Beralkohol Saat Ini menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	106
5.16	Riwayat Konsumsi Minuman Beralkohol menurut Kelompok Umur	106
5.17	Riwayat Konsumsi Minuman Beralkohol menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	107
5.18	Umur Responden Saat Mulai Mengonsumsi Minuman Beralkohol menurut Kelompok Umur	107
5.19	Usia Responden Saat Mulai Mengonsumsi Minuman Beralkohol menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	108
5.20	Kebutuhan Perbaikan Rumah untuk Rumah Ramah Lansia menurut Kelompok Umur	109
5.21	Kebutuhan Perbaikan Rumah untuk Rumah Ramah Lansia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	110
5.22	Perspektif tentang Kejadian Penelantaran atau Kekerasan Fisik/Verbal terhadap Lanjut Usia di Lingkungan Sekitar menurut Kelompok Umur	111
5.23	Perspektif tentang Kejadian Penelantaran atau Kekerasan Fisik/Verbal terhadap Lanjut Usia di Lingkungan Sekitar menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	111
6.1	Skrining Kesehatan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	113
6.2	Skrining Kesehatan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	114
6.3	Alasan Tidak Melakukan Skrining Kesehatan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	114
6.4	Alasan Tidak Melakukan Skrining Kesehatan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	115
6.5	Kunjungan Rawat Jalan atau Perawatan Medis di Rumah dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	116
6.6	Kunjungan Rawat Jalan atau Perawatan Medis di Rumah dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	116
6.7	Frekuensi Kunjungan Rawat Jalan atau Perawatan Medis di Rumah dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	116
6.8	Frekuensi Kunjungan Rawat Jalan atau Perawatan Medis di Rumah dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	117
6.9	Kunjungan Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Tipe Fasilitas Kesehatan	118
6.10	Kunjungan Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur, Jenis Kelamin, dan Tipe Fasilitas Kesehatan	118
6.11	Pendamping Utama Saat Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	119
6.12	Pendamping Utama Saat Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	119
6.13	Riwayat Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	120
6.14	Riwayat Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	120
6.15	Frekuensi Perawatan Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	121
6.16	Frekuensi Perawatan Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	121
6.17	Tipe Fasilitas Kesehatan untuk Rawat dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	122
6.18	Tipe Fasilitas Kesehatan untuk Rawat dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	122
6.19	Alasan Melakukan Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir	123

6.20	Tiga Penyebab Utama Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	124
6.21	Tiga Penyebab Utama Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	124
6.22	Pendamping Utama Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	125
6.23	Pendamping Utama Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Usia dan Jenis Kelamin	125
6.24	Tipe Kepemilikan Asuransi Kesehatan menurut Kelompok Umur	127
6.25	Tipe Kepemilikan Asuransi Kesehatan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	127
6.26	Sumber Pembiayaan Asuransi Kesehatan menurut Kelompok Umur	128
6.27	Sumber Pembiayaan Asuransi Kesehatan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	128
6.28	Jenis Asuransi Kesehatan yang Digunakan untuk Perawatan Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	129
6.29	Jenis Asuransi Kesehatan yang Digunakan untuk Perawatan Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	129
6.30	Jenis Asuransi Kesehatan yang Digunakan untuk Perawatan Rawat Inap menurut Kelompok Umur	131
6.31	Jenis Asuransi Kesehatan yang Digunakan untuk Perawatan Rawat Inap menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	131
6.32	Responden Lanjut Usia dengan Kebutuhan Perawatan Jangka Panjang menurut Kelompok Umur	133
6.33	Responden Lanjut Usia dengan Kebutuhan Perawatan Jangka Panjang menurut Jenis Kelamin	133
6.34	Responden dengan Perspektif Positif terkait Perumahan atau Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur	134
6.35	Responden dengan Perspektif Positif terkait Perumahan atau Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	134
6.36	Kesiapan atau Kesediaan Responden Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur	135
6.37	Kesiapan atau Kesediaan Responden Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	135
6.38	Alasan Siap dan Bersedia Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur	136
6.39	Alasan Siap dan Bersedia Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	137
6.40	Alasan Tidak Siap dan Tidak Bersedia Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur	137
6.41	Alasan Tidak Siap dan Tidak Bersedia Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	138
6.42	Kesediaan Menggunakan Layanan/Bantuan Kunjungan Rumah Saat Berusia Lanjut menurut Kelompok Umur	138
6.43	Kesediaan Menggunakan Layanan/Bantuan Kunjungan Rumah Saat Berusia Lanjut menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	139
6.44	Lanjut Usia (60 Tahun ke Atas) Tanpa Pemberi Rawat menurut Kelompok Umur	139
6.45	Lanjut Usia (60 Tahun ke Atas) Tanpa Pemberi Rawat menurut Jenis Kelamin	140
6.46	Lanjut Usia (60 Tahun ke Atas) Tanpa Pemberi Rawat menurut Kebutuhan Perawatan Jangka Panjang	140

6.47 Responden dengan Anggota Rumah Tangga sebagai Pemberi Rawat Utama menurut Kelompok Umur	140
6.48 Responden dengan Anggota Rumah Tangga sebagai Pemberi Rawat Utama menurut Jenis Kelamin	141
6.49 Pemberi Rawat Utama Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin Lanjut Usia	141
6.50 Pemberi Rawat Utama Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin Lanjut Usia	142
6.51 Tingkat Pendidikan Pemberi Rawat Utama	142
6.52 Status Perkawinan Pemberi Rawat Utama	142
6.53 Hubungan Pemberi Rawat Utama dan Lanjut Usia	143
6.54 Upah dan Gaji Pemberi Rawat Utama	144
7.1 Akses Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/ Rumah) menurut Kelompok Umur	147
7.2 Akses menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/ Rumah) menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	147
7.3 Akses Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) menurut Tingkat Pendidikan	148
7.4 Akses Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) menurut Lokasi Tempat Tinggal	148
7.5 Mampu Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) Secara Mandiri menurut Kelompok Umur	149
7.6 Mampu Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) Secara Mandiri menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	149
7.7 Mampu menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) Secara Mandiri menurut Tingkat Pendidikan	150
7.8 Mampu Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) Secara Mandiri menurut Lokasi Tempat Tinggal	150
7.9 Akses menggunakan Telepon Pintar, Telepon Genggam, atau Telepon Rumah Secara Mandiri menurut Kelompok Umur	151
7.10 Akses Menggunakan Telepon Pintar, Telepon Genggam, atau Telepon Rumah Secara Mandiri menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	151
7.11 Akses menggunakan Telepon Pintar, Telepon Genggam, atau Telepon Rumah menurut Tingkat Pendidikan	152
7.12 Akses Menggunakan Telepon Pintar, Telepon Genggam, atau Telepon Rumah menurut Lokasi Tempat Tinggal	152
7.13 Akses Menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Kelompok Umur	154
7.14 Akses Menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	154
7.15 Akses menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Tingkat Pendidikan	154
7.16 Akses menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Lokasi Tempat Tinggal	155
7.17 Mampu Menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer secara Mandiri menurut Kelompok Umur	155
7.18 Mampu menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer secara Mandiri menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	156
7.19 Mampu Menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Tingkat Pendidikan	156
7.20 Mampu Menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Lokasi Tempat Tinggal	156
7.21 Mampu Menggunakan Aplikasi (seperti Gojek atau Grab, Tokopedia atau Shopee, dan M-Banking) menurut Kelompok Umur	157

7.22	Mampu Menggunakan Aplikasi (seperti Gojek atau Grab, Tokopedia atau Shopee, dan M-Banking) menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	157
7.23	Penggunaan Kartu Debit atau ATM untuk Pembelian, Pembayaran, dan Transfer dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	158
7.24	Penggunaan Kartu Debit atau ATM untuk Pembelian, Pembayaran, dan Transfer dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	159
7.25	Penggunaan Telepon Pintar dan/atau Internet untuk Pembelian, Pembayaran, atau Transfer dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur	159
7.26	Penggunaan telepon pintar atau Internet untuk Pembelian, Pembayaran, atau Transfer dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	160
8.1	Kegiatan Responden Mencari Informasi	162
8.2	Kegiatan Mencari Informasi menurut Kelompok Umur	163
8.3	Kegiatan Mencari Informasi menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	163
8.4	Partisipasi dalam Kegiatan Keluarga dan Sosial	164
8.5	Partisipasi dalam Kegiatan Sukarela/Amal menurut Kelompok Umur	164
8.6	Partisipasi dalam Kegiatan Sukarela/Amal menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	165
8.7	Kegiatan Merawat Lanjut Usia dan Cucu	165
8.8	Waktu yang Digunakan untuk Membantu/Merawat Lanjut Usia dan Cucu, menurut Kelompok Umur	166
8.9	Waktu yang Digunakan untuk Membantu/Merawat Lanjut Usia dan Cucu, menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	166
8.10	Kegiatan dan Layanan untuk Lanjut Usia menurut Kelompok Umur	167
8.11	Kegiatan dan Layanan untuk Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	168
8.12	Partisipasi dalam Kegiatan dan Layanan menurut Kelompok Umur	169
8.13	Partisipasi dalam Kegiatan dan Layanan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	170
8.14	Frekuensi Partisipasi dalam Kegiatan dan Layanan Selama Satu Tahun Terakhir menurut Kelompok Umur	171
8.15	Frekuensi Partisipasi dalam Kegiatan dan Layanan Selama Satu Tahun Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin	172

Boks

4.1	Perbandingan Indikator Strategi Nasional Kelanjutusiaan dan Temuan ILAS	32
4.2	Perbandingan Indikator Strategi Nasional Kelanjutusiaan dan Temuan ILAS	43
4.3	Perbandingan Indikator Strategi Nasional Kelanjutusiaan dan Temuan ILAS	52
4.4	Perbandingan Indikator Strategi Nasional Kelanjutusiaan dan Temuan ILAS	173

Kata Pengantar

Penuaan penduduk merupakan tren besar yang membentuk perekonomian dan masyarakat di Asia dan Pasifik. Populasi 60 tahun ke atas di kawasan ini diproyeksikan akan berlipat ganda dari 567,7 juta jiwa pada tahun 2022 menjadi 1,2 miliar jiwa pada tahun 2050, yang merupakan seperempat dari populasi kawasan ini. Transisi demografi yang cepat membawa tantangan dan peluang bagi masyarakat, lanjut usia, dan keluarga mereka di kawasan ini, termasuk Indonesia, dimana jumlah dan proporsi penduduk yang berusia 60 tahun atau lebih telah mengalami pertumbuhan yang stabil. Data demografi ini telah meningkat dari 2,2 juta (3,2%) pada tahun 1950 menjadi 12 juta (6,5%) pada tahun 1990, mencapai 30,1 juta (10,8%) pada tahun 2022. Proporsi populasi lanjut usia diperkirakan akan meningkat menjadi 21,9% pada tahun 2050.

Indonesian Longitudinal Aging Survey (ILAS) 2023 dilakukan dengan tujuan memantau tren terkait populasi lanjut usia di Indonesia, melembagakan reformasi berbasis data untuk meningkatkan sistem kesehatan dan jaminan sosial bagi para lanjut usia, serta menilai dan memantau tujuan kebijakan dan indikator sasaran yang tertuang dalam Peraturan Presiden No. 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan.

ILAS 2023 merupakan tonggak penting dalam upaya berkelanjutan negara ini untuk memperluas dan memperdalam pengetahuan untuk lebih memahami proses dan konsekuensi penuaan penduduk serta kondisi kesejahteraan lanjut usia. ILAS diharapkan dapat berperan penting dalam menginformasikan kebijakan pembangunan sosial di masa mendatang di Indonesia. Kami mengundang para pembuat kebijakan, akademisi, dan pemangku kepentingan lainnya untuk secara aktif memanfaatkan data ILAS guna memenuhi tujuan ini.



Albert Park

Chief Economist and Director General
Economic Research and Development
Impact Department
Asian Development Bank



Ni Wayan Suriastini

Survey Director – Team Leader
SurveyMETER



Maliki

Deputy for Population and Employment
Ministry of National Development Planning (BAPPENAS)
Republic of Indonesia

Ucapan Terima Kasih

Indonesian Longitudinal Aging Survey (ILAS) 2023 mendapatkan dukungan dari proyek pengetahuan dan bantuan teknis Asian Development Bank (ADB), 6556-REG: Tantangan dan Kesempatan Penuaan Penduduk di Asia – Memperkuat Data dan Analisis untuk Penuaan yang Sehat dan Produktif, didukung oleh Japan Fund for Prosperous and Resilient Asia and the Pacific. ILAS 2023 dilaksanakan sebagai langkah awal dalam menghasilkan data panel longitudinal penuaan penduduk.

Tim peneliti dari Lembaga Penelitian SurveyMETER dan Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia melakukan ILAS 2023 dengan arahan dari Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS dan ADB. Ni Wayan Suriastini memimpin tim penelitian sebagai direktur survei–team leader, dengan I Dewa Gede Karma Wisana sebagai perencana survei dan manajer database; Paksi Walandouw sebagai ahli manajemen kontrol kualitas dan pengetahuan; Edy Purwanto sebagai manajer pengumpulan data lapangan dan produksi; Amalia Rifana Widiastuti sebagai manajer teknis; Ernisa Asanti, Dwi Oktarina, Cici Permata Rusadi, dan Abror Tegar Pradana sebagai data analis; dan Santi Wulandari, Ginanjar Dwi Pratiwi, Shifa Fauzia, dan Anita Permata Sari sebagai spesialis data.

Aiko Kikkawa, ekonom senior, dan Lilibeth Poot, staf senior bidang ekonomi, ADB memberikan dukungan teknis dan administratif untuk survei dan publikasi laporan.

Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada BAPPENAS yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam pelaksanaan survei dan persiapan laporan, terutama Maliki, Deputi Bidang Kependudukan dan Ketenagakerjaan; Tirta Sutedjo, Direktur Penanggulangan Kemiskinan dan Pemberdayaan Masyarakat; Dinar Dana Kharisma, Perencana Kebijakan Senior; Fisca Aulia, Perencana Kebijakan Junior. Bantuan dari staf BAPPENAS seperti Aqilah Farhani, Anggita Suwandani, dan tim lanjut usia BAPPENAS juga kami hargai.

Kami juga ucapkan terima kasih kepada Kementerian Koordinator Pembangunan Masyarakat dan Kebudayaan, Kementerian Sosial, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Keuangan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Ketenagakerjaan, Badan Pusat Statistik, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, dan Otoritas Jasa Keuangan atas dukungan yang diberikan untuk survei dan persiapan laporan.

Kami mengucapkan terima kasih atas masukan yang diberikan oleh Meredith Wyse, spesialis pembangunan sosial senior, ADB, dan ADB Indonesia Resident Mission.

Kami berterima kasih kepada enumerator kami atas komitmen dan kesabaran selama proses pengumpulan data, dan kepercayaan serta kesediaan responden kami untuk berpartisipasi dalam survei. Kami berterima kasih kepada Ni Wayan Suriastini atas kepemimpinan dan dedikasinya dalam membimbing dan membentuk studi ini. Kami akan sangat merindukan beliau, namun kerja kerasnya akan selamanya menginspirasi.

Kawandiyono Santoso, Wawan Setiawan Watmawidjaja, Ragil Safitri, Sri Lestari dari SurveyMETER dan Abror Tegar Pradana dari Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia membantu menerjemahkan laporan awal dari Bahasa Indonesia ke Bahasa Inggris. Laporan kemudian disunting oleh Tuesday Soriano, dengan Michael Cortes bertanggungjawab untuk desain tata letak dan tata cetak dan staf ADB berperan sebagai proofreaders. Tim berterima kasih atas bimbingan dan dukungan yang diberikan oleh Departemen Manajemen Komunikasi dan Pengetahuan ADB.

Daftar Singkatan

ADL	activity of daily living
BAPPENAS	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CAPI	computer-assisted personal interview
COVID-19	coronavirus disease
IADL	instrumental activity of daily living
IFLS	Indonesia Family Life Survey
ILAS	Indonesia Longitudinal Aging Survey
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
mmHg	millimeters of mercury
PBI	penerima bantuan iuran
Puskesmas	pusat kesehatan masyarakat
SLS	satuan lingkungan setempat
WHO	World Health Organization

Ringkasan Eksekutif

Indonesia Longitudinal Aging Survey (ILAS) merupakan survei pertama di Indonesia yang menyediakan informasi representatif dan komprehensif mengenai demografi, situasi sosial dan ekonomi, status kesehatan serta lingkungan hidup kelompok lanjut usia saat ini dan di masa depan. Survei ini bertujuan untuk membantu pemerintah memantau proses penuaan penduduk Indonesia, menerapkan reformasi berbasis data pada sistem layanan kesehatan dan jaminan sosial bagi warga negara dari segala usia, serta mengukur tujuan dan dampak kebijakan kelanjutusiaan. ILAS dirancang sebagai survei panel (longitudinal) dengan menindaklanjuti kelompok individu yang sama dari waktu ke waktu sehingga perkembangan kelanjutusiaan dapat dipantau di berbagai kelompok responden.

Laporan ini menyajikan hasil ILAS gelombang pertama yang dilaksanakan pada bulan Mei hingga Juni 2023. ILAS mewawancarai 4.084 responden berusia 45 tahun ke atas yang berdomisili di sembilan wilayah (Sumatera Barat, Lampung, Jawa Barat, Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, dan Maluku), di mana proporsi lanjut usia di wilayah tersebut mencapai atau mendekati 10%. Responden terdiri dari 60,8% pra-lanjut usia (berusia 45–59 tahun) dan 39,2% lanjut usia (berusia 60 tahun ke atas). Data ILAS merepresentasikan pra-lanjut usia dan lanjut usia di wilayah ini.

Kondisi tempat tinggal dan struktur keluarga

Lebih dari separuh responden lanjut usia menyatakan tinggal bersama pasangan, anak dan/atau cucu mereka dalam rumah tangga multigenerasi serta menjaga hubungan yang aktif melalui komunikasi yang sering dan saling mendukung. Namun, jumlah lanjut usia yang tinggal sendiri meningkat seiring bertambahnya usia. Selain itu, sebanyak 14% perempuan lanjut usia melaporkan tinggal sendiri, dengan beberapa di antaranya memiliki interaksi yang terbatas dengan anak-anak dan komunitas mereka. Median jumlah anak yang masih hidup di antara responden pra-lanjut usia hampir setengah dari kelompok responden lanjut usia (dari 4 menjadi 2 anak). Selain itu, jumlah lanjut usia dengan status cerai mati baik laki-laki maupun perempuan meningkat pesat seiring bertambahnya usia. Kerentanan yang lebih tinggi di antara perempuan lanjut usia juga terlihat jelas dalam laporan ini. Beberapa perempuan lanjut usia bahkan berada pada risiko yang lebih besar terhadap ketidak-terjaminan ekonomi dan isolasi sosial. Perubahan struktur keluarga dan lingkungan pendukung lainnya bagi para lanjut usia, sebagaimana ditunjukkan oleh data, menuntut perlunya kebijakan yang lebih besar untuk menjamin kesejahteraan para lanjut usia dalam berbagai dimensi kehidupan sosial dan ekonomi mereka.

Kesehatan fisik dan keterbatasan fungsional

Harapan hidup di Indonesia telah meningkat, tetapi tidak semua tambahan tahun tersebut merupakan tahun-tahun kehidupan yang sehat. Sekitar 64% dari pra-lanjut usia dan 70% dari lanjut usia telah menerima diagnosis untuk setidaknya satu penyakit. Beberapa penyakit yang paling banyak dilaporkan di antara para lanjut usia termasuk tukak lambung (maag) atau gangguan pencernaan lainnya (33,4%), hipertensi (30,9%), dan kolesterol tinggi (15,1%). Namun, kejadian yang dilaporkan sebagian besar

mengabaikan prevalensi sebenarnya. Pengukuran tekanan darah yang dilakukan selama wawancara ILAS menemukan bahwa 57,6% lanjut usia melaporkan tingkat tekanan darah yang dianggap hipertensi, tetapi hanya dua dari lima kasus hipertensi yang terdeteksi sebelumnya didiagnosis oleh dokter. Hingga 65% responden survei tidak menjalani pemeriksaan kesehatan dalam satu tahun terakhir dan 31% tidak memiliki asuransi kesehatan. Merokok merupakan salah satu risiko kesehatan utama dan ILAS menemukan bahwa 65% pra-lanjut usia laki-laki dan 53% lanjut usia laki-laki saat ini merokok. Data ILAS juga menunjukkan bahwa hingga 31% responden lanjut usia menunjukkan gejala gangguan kognitif. Upaya berkelanjutan untuk mempromosikan gaya hidup sehat dan pencegahan serta pemeriksaan penyakit, termasuk skrining terkait gangguan kognitif, perlu diperkuat.

Perawatan jangka panjang

Morbiditas dapat menyebabkan keterbatasan pada fungsi fisik pasien. Data ILAS menunjukkan bahwa 11,6% lanjut usia memerlukan layanan perawatan jangka panjang karena berbagai tingkat kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Di antara penyakit yang diungkapkan, demensia/Alzheimer merupakan penyakit yang paling melemahkan, dimana 65,8% dari mereka yang didiagnosis melaporkan kesulitan fungsional. Di antara lanjut usia yang menyatakan membutuhkan perawatan, 2,7% tidak tinggal bersama pemberi rawat dan mengalami kekurangan dukungan yang memadai. Kebijakan yang lebih kuat diperlukan demi memenuhi kebutuhan perawatan jangka panjang bagi lanjut usia di tengah perubahan pengaturan tempat tinggal dan berkurangnya jumlah anak yang dapat mendukung para lanjut usia. Sebagian besar perawatan hari tua diberikan oleh anggota keluarga (74,3%) dan sebagian besar dilakukan terutama oleh perempuan (65,5%). Namun, harapan mengenai bagaimana seseorang akan menerima layanan perawatan hari tua terus berkembang, dengan 69% responden menyatakan kesediaan mereka untuk menerima layanan perawatan di rumah. Selain itu, dua dari lima responden yang bersedia menerima layanan perawatan di rumah mengatakan mereka juga bersedia membayar untuk layanan tersebut. Berbagai kebijakan harus mendorong penyediaan layanan perawatan oleh pemerintah dan swasta serta mempromosikan pengembangan ekonomi perawatan melalui kemitraan.

Keterjaminan finansial hari tua

Para lanjut usia mengandalkan berbagai sumber pendapatan termasuk pendapatan mereka sendiri, seperti upah, pendapatan sewa dan pendapatan usaha, serta dividen finansial (58,3% responden memiliki sumber pendapatan ini), transfer dari anak-anak (76,6%), dan transfer dari pemerintah (30,8%). Proporsi lanjut usia yang menerima pendapatan pensiun secara rutin tetap rendah, berkisar antara 8% hingga 15% tergantung pada kelompok usia yang sebagian besar mencakup tenaga kerja perkotaan dan tenaga kerja terampil yang pensiun dari pekerjaan formal. Ketika para lanjut usia pensiun dari pekerjaan dan berhenti menerima upah, peran transfer dari anak-anak menjadi semakin penting. Aset harta, termasuk tabungan, merupakan sumber-sumber keuangan lainnya di saat pensiun. Hingga 85% responden menyatakan memiliki aset harta, yang sebagian besar berupa rumah tinggal dan lahan pertanian dengan likuiditas rendah. Selain itu, 24% responden mengungkapkan memiliki tabungan dalam bentuk tabungan hari tua (9,3%), tabungan haji (15,2%) dan tabungan bank (37%). Dengan cakupan pensiun yang masih rendah saat ini, program transfer pemerintah sangat penting sebagai sumber pendapatan bagi para lanjut usia. Pola pendapatan dan pengeluaran di berbagai kelompok umur dipengaruhi oleh pembayaran transfer pemerintah. Dengan demikian, penargetan program yang lebih baik akan memberikan manfaat bagi lanjut usia yang belum menerima manfaat apa pun. Meningkatkan program perlindungan sosial bagi para lansia juga membantu untuk mengurangi beban keuangan pada generasi sandwich ini.

Ketenagakerjaan dan pensiun

Sebagian besar lansia di Indonesia masih bekerja dan berharap untuk terus bekerja sampai usia tua. Secara keseluruhan, 69% responden masih bekerja, namun terdapat perbedaan yang signifikan antara laki-laki (82%) dan perempuan (58%). Seperti yang diperkirakan, persentase penduduk bekerja terus menurun seiring bertambahnya usia, dari 86% di antara mereka yang berusia 40-an, turun menjadi 66% di awal usia 60-an dan menjadi 30% di akhir usia 70-an, dengan sekitar setengah dari pekerja lanjut usia bekerja paruh waktu. Sebagian besar para lanjut usia bekerja di sektor informal, khususnya di sektor-sektor bergaji rendah seperti sektor pertanian (56%) dan sektor jasa bernilai tambah rendah (32%). Banyak pekerja dalam kelompok pra-lanjut usia dan lanjut usia mengharapkan mereka itu akan terus bekerja hingga usia lanjut, dengan 35% mengatakan mereka akan bekerja selama kesehatan mereka memungkinkan, sementara 16% ingin memiliki usaha mereka sendiri setelah resmi pensiun, dan 15% berencana bekerja dengan jam kerja yang dikurangi. Indonesia dapat memanfaatkan potensi para pekerja lanjut usia (*silver dividends*), yang merupakan keuntungan dari tambahan produktivitas tenaga kerja lanjut usia dalam beberapa dekade mendatang dengan munculnya para pekerja lanjut usia yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi. Proporsi pra-lanjut usia dengan pendidikan sekolah menengah atas atau lebih tinggi melebihi kelompok lanjut usia sebesar 21,4%. Kebijakan pasar tenaga kerja yang aktif harus ditingkatkan agar memungkinkan integrasi lanjut usia ke dalam angkatan kerja, untuk menyelaraskan keterampilan baru dengan kemajuan teknologi, dan memperbaiki lingkungan kerja serta mengurangi tekanan fisik pada kesehatan pekerja. Seiring meningkatnya pekerja lansia yang terus bekerja di sektor informal demi memenuhi kebutuhan mereka, pemerintah dapat melindungi mereka dengan memperluas dan memperkuat perlindungan tenaga kerja serta akses terhadap asuransi sosial dan pensiun.

Keterlibatan sosial

Dengan menyusutnya jumlah keluarga, migrasi desa-kota yang terus berlangsung, dan berubahnya norma budaya seputar peran keluarga, masyarakat akan berperan lebih besar dalam mendukung keluarga untuk memenuhi kebutuhan para lanjut usia dan berfungsi sebagai pusat keterlibatan sosial bagi lanjut usia. Menurut survei ini, para lanjut usia berpartisipasi dalam berbagai kegiatan sukarela dan pertemuan sosial (65,3%) serta acara keagamaan (61,1%), namun banyak juga yang tidak berpartisipasi karena tanggung jawab rumah tangga dan perawatan, kondisi kesehatan yang memburuk dan kurangnya akses fisik untuk menghadiri acara sosial. Upaya harus diarahkan agar memungkinkan para lanjut usia bersosialisasi dan berpartisipasi dalam kegiatan kemasyarakatan. Inisiatif-inisiatif ini dapat membantu memerangi isolasi sosial, meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan, mencegah penurunan kognitif, serta memanfaatkan keterampilan dan pengetahuan berharga dari para lanjut usia untuk kepentingan masyarakat. Teknologi informasi yang berkembang pesat telah meningkatkan kesejahteraan para lanjut usia dengan menawarkan berbagai bentuk komunikasi alternatif yang membuat mereka merasa lebih dekat dengan keluarga dan orang-orang terkasih, namun kesenjangan digital terlihat jelas di antara kelompok usia, dan hanya sedikit lanjut usia yang memperoleh manfaat dari perkembangan tersebut. Dengan fakta tersebut, data ILAS menunjukkan bahwa kelompok lanjut usia di masa depan akan lebih paham teknologi dan lebih bergantung pada teknologi demi memenuhi kebutuhan mereka di usia lanjut.

Indonesia Longitudinal Aging Survey 2023 dan Strategi Nasional Kelanjutusiaan

ILAS merupakan sumber data dan informasi lengkap yang membantu mengidentifikasi kebutuhan para lanjut usia terkini, mengidentifikasi hambatan dan kesenjangan dalam penyelenggaraan layanan sosial dan

kesehatan bagi para lanjut usia, serta memahami harapan dan kesiapan menghadapi usia lanjut di antara kelompok lansia di masa mendatang. ILAS dapat membantu pemerintah memantau kemajuan pencapaian target yang ditetapkan oleh Strategi Nasional Kelanjutusiaan. Penilaian awal kami menunjukkan bahwa beberapa target telah terpenuhi atau berada di jalur yang tepat dalam mencapai target seperti persentase lanjut usia mandiri (80% dari target Strategi Nasional Kelanjutusiaan pada tahun 2024 dibandingkan dengan 82% dari ILAS 2023), sementara target lainnya masih jauh dari target yang ingin dicapai, seperti prevalensi malnutrisi di antara para lanjut usia (40% dari target Strategi Nasional Kelanjutusiaan pada tahun 2024 dibandingkan dengan 44,5% dari ILAS 2023). ILAS diharapkan dapat berperan penting dalam mendukung proses pembuatan kebijakan berbasis bukti dalam kebijakan kelanjutusiaan di Indonesia. ILAS akan menjadi instrumen yang lebih ampuh untuk menginformasikan kebijakan setelah survei gelombang kedua dilakukan agar menjadikannya kumpulan data panel. Hal ini akan memungkinkan analisis yang lebih teliti dan lengkap tentang proses penuaan dan dampak kausal dari kebijakan kelanjutusiaan.

1. PENDAHULUAN

Penuaan Penduduk di Indonesia

Fenomena penuaan penduduk terjadi secara global. Pada tahun 2022, terdapat 771 juta orang yang berusia 65 tahun ke atas. Jumlah ini diperkirakan akan mencapai dua kali lipat pada tahun 2050 (UN DESA 2022). Pada tahun 2022, sekitar 627 juta penduduk berusia 60 tahun atau lebih tinggal di wilayah Asia-Pasifik yang merupakan 61% dari penduduk lanjut usia dunia. Penduduk tersebut diperkirakan akan mencapai 1,3 miliar pada tahun 2050, yakni sekitar 63% dari jumlah penduduk lanjut usia secara global (UN DESA 2022).

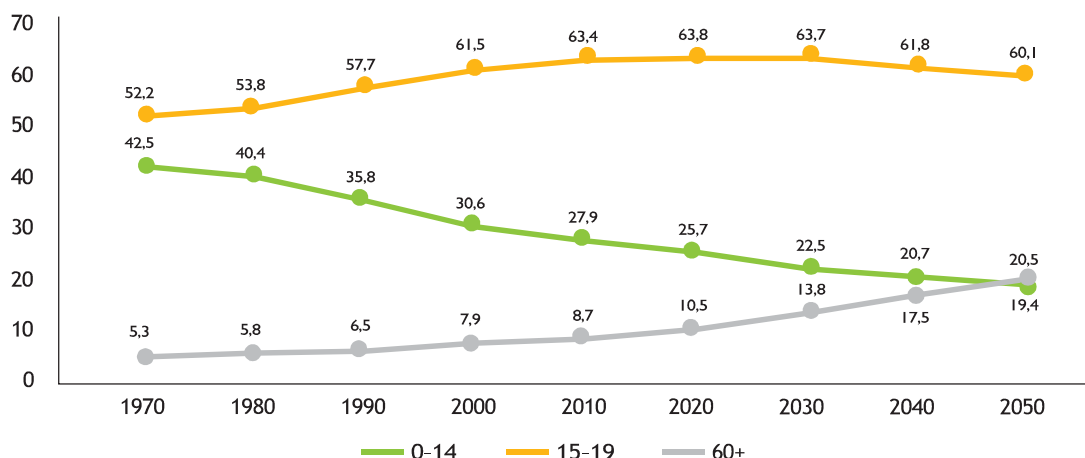
Penuaan penduduk terjadi akibat adanya penurunan tingkat fertilitas dan kematian yang disertai dengan peningkatan angka harapan hidup. Dalam kurun waktu kurang dari 100 tahun telah terjadi penurunan tingkat fertilitas di wilayah Asia-Pasifik, dari 6,0 anak per perempuan pada tahun 1963 menjadi 1,9 anak per perempuan pada tahun 2022. Selain itu, angka harapan hidup juga diperkirakan akan terus meningkat dalam kurun waktu 30 tahun. Tingkat kematian terus mengalami penurunan dari tahun ke tahun di mana perempuan diperkirakan akan hidup lebih lama dibandingkan dengan laki-laki, yakni mencapai usia lebih dari 80 tahun pada tahun 2050 (UN DESA 2022).

Meskipun negara maju mengalami perubahan demografi lebih cepat daripada negara berkembang namun pada tahun 2050 diperkirakan 80% penduduk lanjut usia di dunia akan hidup di negara berkembang, termasuk di Indonesia (Shetty 2012). Persentase penduduk berusia 60 tahun ke atas di Indonesia terus mengalami peningkatan, dari 3,2% pada tahun 1950 menjadi 6,5% pada tahun 1990, dan mencapai 10,5% pada tahun 2020 (UN DESA 2022). Badan Pusat Statistik (2023) memperkirakan bahwa persentase populasi lanjut usia akan meningkat hingga 21,9% pada tahun 2050. Suatu wilayah dikatakan memiliki struktur penduduk tua ketika proporsi penduduk lanjut usia di wilayah tersebut mencapai 10% atau lebih (Adioetomo et al. 2018; Badan Pusat Statistik 2022). Pada tahun 2021, 8 dari 34 provinsi di Indonesia sudah memasuki struktur penduduk tua yaitu DI Yogyakarta (15,52%), Jawa Timur (14,53%), Jawa Tengah (14,17%), Sulawesi Utara (12,74%), Bali (12,71%), Sulawesi Selatan (11,24%), Lampung (10,22%), dan Jawa Barat (10,18%). Sisanya, 26 provinsi Indonesia mengalami penuaan penduduk yang lebih lambat dibandingkan dengan provinsi yang masuk ke kelompok pertama. Meskipun demikian, persentase lanjut usia di provinsi Sumatera Barat (9,86%), Kalimantan Selatan (9,81%), dan Maluku (8,55%) hampir mendekati 10%.

Proporsi penduduk berusia 0–14 tahun di Indonesia menurun secara bertahap sedangkan proporsi penduduk yang berusia 60 tahun atau lebih terus meningkat. Pada tahun 2050, penduduk usia 60 tahun atau lebih diperkirakan akan melebihi proporsi penduduk usia 0–14 tahun (20,5% dibandingkan 19,4%). Proporsi penduduk usia 15–59 tahun akan mulai mengalami penurunan setelah tahun 2020 (Gambar 1.1). Piramida penduduk pada Gambar 1.2 menggambarkan perubahan populasi penduduk Indonesia dari tahun 1950 hingga 2100.

Struktur usia penduduk Indonesia dari tahun 1950, 2000, 2050, dan 2100 telah mengalami perubahan (Gambar 1.2). Struktur umur penduduk suatu populasi dipengaruhi oleh tingkat fertilitas, mortalitas, dan migrasi. Tingkat kelahiran yang tinggi yaitu angka fertilitas total lebih dari lima anak per perempuan pada

Gambar 1.1: Persentase Penduduk Indonesia Menurut Kelompok Umur, 1970–2050 (%)



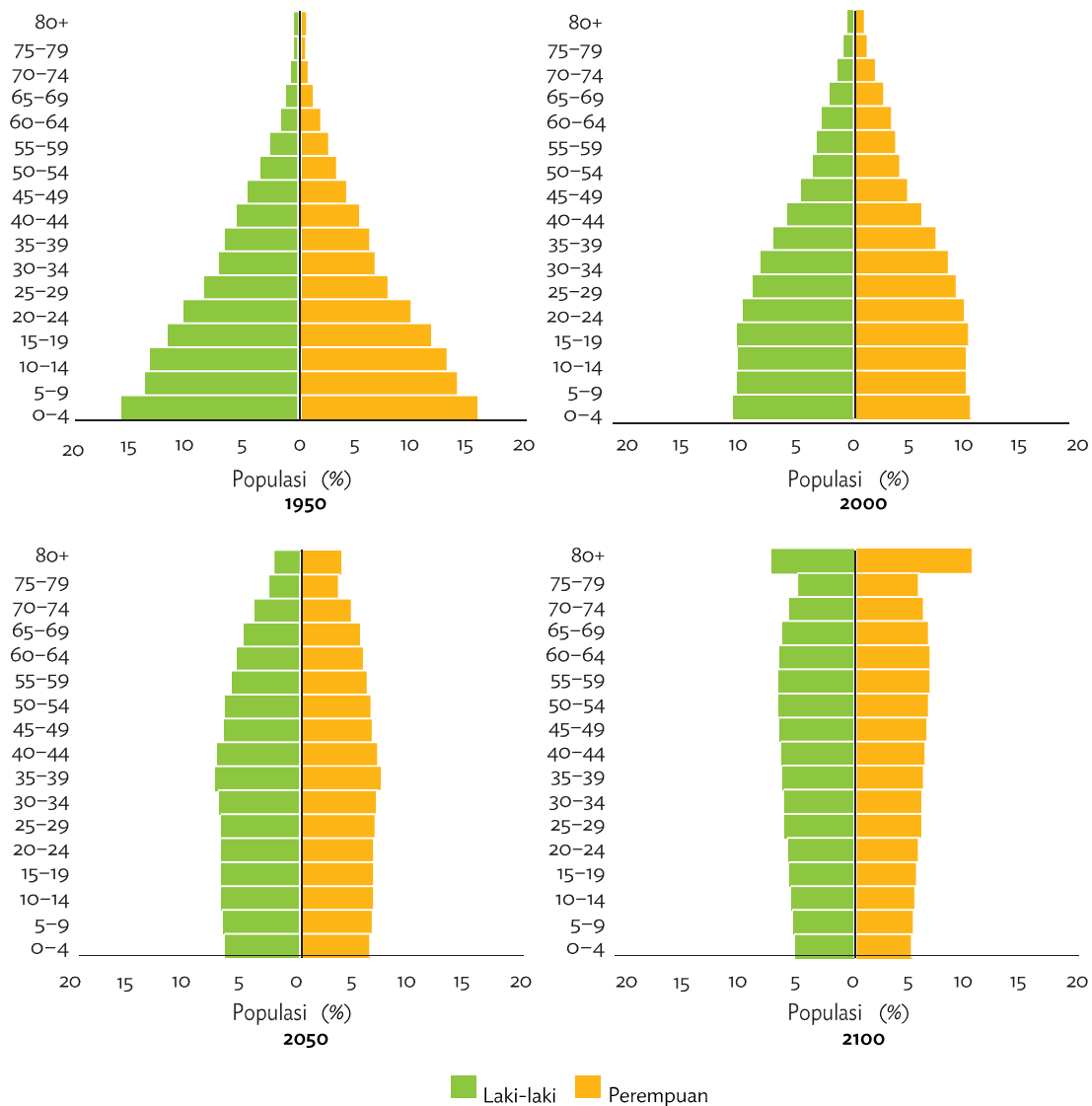
Sumber: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2022. World Population Prospects 2022. Online Edition.

periode 1950–1975 di Indonesia menyebabkan struktur umur penduduk Indonesia muda, ditunjukkan dengan piramida penduduk yang ekspansif berbentuk segitiga dengan dasar lebar pada tahun 1950. Penurunan tingkat kelahiran menyebabkan persentase penduduk usia muda menjadi turun sedangkan pada waktu yang sama terjadi peningkatan persentase lanjut usia (Badan Pusat Statistik 2022). Pada tahun 2020, terdapat 28,5 juta penduduk yang berusia 60 tahun atau lebih yang merupakan 10% dari total penduduk Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa Indonesia telah memasuki struktur penduduk tua, lebih cepat dari perkiraan sebelumnya yakni pada tahun 2035. Proporsi penduduk berusia 60 tahun atau lebih diprediksi akan mencapai 20,5% pada tahun 2050, hampir dua kali lipat dari proporsi tahun 2020 (Badan Pusat Statistik 2022).

Peningkatan angka harapan hidup terjadi secara global dari 66,8 tahun pada tahun 2000 menjadi 73,3 tahun pada tahun 2019 (WHO 2023b). Seperti negara lain di dunia, angka harapan hidup saat lahir di Indonesia juga mengalami peningkatan. Angka harapan hidup menangkap angka kematian di setiap tahapan kehidupan di mana peningkatannya berhubungan dengan kesejahteraan dan kesehatan (Murray et al. 2022). Namun, penurunan angka kematian di Indonesia secara keseluruhan tidak secepat penurunan yang terjadi di negara maju yang menunjukkan perlunya peningkatan dukungan dan upaya agar kesehatan dan kesejahteraan penduduk terjamin (Suriastini, Wijayanti, dan Oktarina 2024). Angka harapan hidup menurun pada tahun 2020 dan 2021 yakni dari 70,5 tahun pada 2019 menjadi 68,8 tahun pada tahun 2020 dan 67,6 pada tahun 2021. Penurunan angka harapan hidup pada dua tahun tersebut kemungkinan disebabkan adanya pandemi COVID-19, karena angka harapan hidup kembali meningkat pada tahun 2022 ketika pandemi COVID-19 sudah terkendali. Angka harapan hidup perempuan pada tahun 2020 adalah 71 tahun, lebih tinggi daripada laki-laki yakni 66,7 tahun. Perbedaan angka harapan hidup laki-laki dan perempuan diperkirakan akan mengalami peningkatan dari 4,3 tahun pada tahun 2020 menjadi 5,2 tahun pada 2050. Angka harapan hidup pada usia 60 tahun penduduk Indonesia, baik laki-laki maupun perempuan juga terus mengalami peningkatan dari masing-masing 15,4 dan 17,5 tahun pada 2000 menjadi 16,2 dan 19,1 tahun pada 2019. Artinya, penduduk yang berusia 60 tahun pada 2019 diperkirakan akan hidup hingga usia 76,2 tahun untuk laki-laki dan 79,1 tahun untuk perempuan (Statistics Indonesia 2022).

Perubahan struktur penduduk juga berdampak pada menurunnya jumlah penduduk usia produktif (15–59 tahun). Konsekuensinya, peningkatan proporsi lanjut usia juga akan meningkatkan rasio ketergantungan lanjut usia. Rasio ketergantungan lanjut usia merupakan perbandingan jumlah penduduk lanjut usia (60+) terhadap jumlah penduduk usia produktif (15–59 tahun). Pada tahun 2021, 17 lanjut usia menerima perawatan dan dukungan dari 100 penduduk usia produktif yang menunjukkan angka ketergantungan

Gambar 1.2: Piramida Penduduk Indonesia Tahun 1950, 2000, 2050, dan 2100
(%)



Catatan: Piramida penduduk Indonesia pada tahun 2050 dan 2100 merupakan proyeksi untuk varian medium.

Sumber: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2022. World Population Prospects 2022. Edisi Online.

lanjut usia adalah sebesar 16,76. Oleh karena itu, merupakan suatu hal yang penting untuk menyediakan program dan dukungan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan lanjut usia sekaligus memberikan dukungan bagi anggota keluarga yang merawat lanjut usia (Gambar 1.3).



Penuaan penduduk yang cepat menimbulkan tantangan dan kesempatan bagi lanjut usia, keluarga, serta komunitas ketika hal tersebut dikaitkan dengan memastikan penyediaan layanan kesehatan, jaminan sosial dan pensiun yang cukup dan berkelanjutan. Banyak negara berkembang di Asia-Pasifik, termasuk Indonesia, akan menghadapi risiko menjadi tua sebelum menjadi kaya. Populasi penduduk usia kerja (15–64 tahun) diperkirakan akan menurun secara bertahap, bahkan penurunan ini akan terjadi secara drastis di beberapa negara. Di sisi lain, umur panjang dapat mempercepat ketimpangan dan kerentanan status ekonomi lanjut usia khususnya lanjut usia perempuan tanpa atau minim penghasilan. Bagi lanjut usia, risiko peningkatan kemiskinan juga diperburuk dengan minimnya jaminan sosial (UN 2022).

Peluang bekerja di Indonesia menurun secara signifikan dengan penambahan usia baik pada laki-laki maupun perempuan. Namun, peluang bekerja perempuan usia 50 tahun atau lebih lebih kecil dari pada laki-laki. Terdapat perbedaan dampak pendidikan pada partisipasi bekerja di antara laki-laki dan perempuan. Perempuan dengan pendidikan universitas lebih mungkin menjadi bagian dari angkatan kerja tetapi hal ini berlaku sebaliknya pada laki-laki. Selain itu, sektor formal cenderung mempekerjakan orang-orang dengan pendidikan yang lebih tinggi dan menawarkan manfaat jaminan kesehatan. Sebaliknya, orang-orang dengan pendidikan yang lebih rendah seringkali mendapatkan pekerjaan di sektor informal, tanpa akses ke jaminan kesehatan atau pensiun yang mendorong mereka untuk tetap bekerja (Budiarti dan Kharisma 2022).

Penuaan penduduk dan meningkatnya angka harapan hidup menyebabkan perubahan demografi dan epidemiologi yang berakibat pada meningkatnya risiko penyakit tidak menular. Secara global, penyakit tidak menular seperti penyakit jantung, *stroke*, diabetes, kanker, dan gangguan pernafasan kronis merupakan alasan utama dalam mengakses layanan kesehatan serta merupakan penyebab kematian di antara lanjut usia (Bloom 2019; WHO 2020). Lanjut usia juga rentan terhadap depresi, demensia, dan penurunan

kemampuan fungsional untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Suriastini et al. 2021; Suriastini et al. 2020; AoA 2009). Namun, pengetahuan dan pelatihan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan (Puskesmas) terutama terkait pencegahan dan penanganan demensia pada lanjut usia masih rendah (Suriastini et al. 2023c). Selain itu, kurangnya pemberi rawat profesional dan tinggal jauh dari keluarga berpengaruh pada meningkatnya isolasi sosial, yang akan berdampak negatif pada kesehatan lanjut usia di masa depan, khususnya pada kelompok berpenghasilan rendah dengan keterbatasan akses ke pendidikan dan teknologi (Holt- Lunstad, Smith, dan Layton 2010; Zickuhr dan Madden 2012). Pada kenyataannya, kepuasan hidup lanjut usia sangat dipengaruhi oleh interaksi sosial dengan keluarga, teman, dan komunitas (Rogers dan Mitzner 2017).

Negara-negara yang mengalami penuaan penduduk sesungguhnya dapat mengubah beban demografi, ekonomi, dan sosial menjadi peluang dengan memanfaatkan peluang ekonomi (*silver economy*) dari populasi lanjut usia yang sehat, berpendidikan, dan berpengalaman (Matsukura et al. 2018). Pendidikan, ketrampilan, dan pembelajaran sepanjang hayat harus terus digalakkan sebagai kunci untuk meningkatkan kapasitas penduduk lanjut usia. Perkembangan teknologi dan internet dapat digunakan untuk meningkatkan mobilitas lanjut usia agar lanjut usia tetap produktif. Untuk negara berkembang seperti Indonesia, memahami pola pekerjaan dan mengevaluasi efektivitas kebijakan dan program yang mendorong partisipasi kerja lanjut usia merupakan suatu hal penting untuk dilakukan.

Strategi Nasional Kelanjutusiaan (Stranas Kelanjutusiaan)

Pemerintah Indonesia telah merumuskan beberapa kebijakan untuk mengatasi tantangan-tantangan dari fenomena penuaan penduduk. Peraturan Presiden No. 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan bertujuan untuk mewujudkan penduduk lanjut usia yang mandiri, sejahtera dan bermartabat. Strategi ini dirancang sejalan dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional, Rencana Aksi Hak Asasi Manusia, dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan.

Stranas Kelanjutusiaan memiliki visi “mewujudkan kehidupan lanjut usia Indonesia yang mandiri, sejahtera, dan bermartabat”. Dalam upaya untuk merealisasikan visi tersebut, dirumuskan 3 (tiga) misi utama diantaranya (1) membangun dan memantapkan sistem, mekanisme, dan kapasitas sumber daya lanjut usia berdasarkan siklus hidup manusia; (2) membangun dan mengembangkan sistem peningkatan kesejahteraan lanjut usia dan kelanjutusiaan secara terintegrasi; (3) menciptakan lingkungan yang aman dari ancaman fisik maupun mental bagi lanjut usia, termasuk menghormati martabat, kepercayaan, kebutuhan, dan privasi serta hak lanjut usia.

Strategi yang disusun dalam Stranas Kelanjutusiaan ditujukan untuk mencapai visi Stranas Kelanjutusiaan berdasarkan masalah dan tantangan kelanjutusiaan yang terjadi di Indonesia. Stranas kelanjutusiaan terdiri dari lima strategi yaitu: (1) peningkatan perlindungan sosial, jaminan pendapatan, dan kapasitas individu; (2) peningkatan derajat kesehatan dan kualitas hidup lanjut usia; (3) pembangunan masyarakat dan lingkungan ramah lanjut usia; (4) penguatan kelembagaan pelaksana program kelanjutusiaan; dan (5) penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan terhadap hak lanjut usia.

Peraturan Presiden mengenai Strategi Nasional Kelanjutusiaan bertujuan untuk memberikan pedoman kepada kementerian dan lembaga pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota dalam merancang kebijakan, program, serta aktivitas yang berkaitan dengan populasi

lanjut usia sebagai kontribusi dalam proses pembangunan di tingkat nasional maupun lokal. Setiap kegiatan yang termasuk dalam indikator stranas melibatkan kementerian atau lembaga yang bertanggung jawab serta kementerian atau lembaga terkait. Kementerian atau lembaga ini berperan penting dalam mengoordinasikan, melaksanakan, dan mendukung kegiatan, serta mendorong harmonisasi dan integrasi kegiatan. Kementerian atau lembaga yang terlibat bertugas memantau dan memastikan pencapaian target kegiatan di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota, bahkan hingga tingkat individu. Oleh karena itu, data yang dihasilkan dari penelitian ILAS berperan dalam membantu pemantauan indikator stranas pada level mikro.

Stranas Kelanjutusiaan memiliki indikator pada level makro dan mikro. Meskipun demikian, topik-topik yang ada di ILAS berhubungan erat dengan indikator-indikator yang ada di Stranas Kelanjutusiaan sehingga data yang diperoleh dari perspektif pengguna dapat mencerminkan kebutuhan terhadap penyelenggaraan program kelanjutusiaan. Misalnya pada level mikro, Stranas Kelanjutusiaan menggunakan prevalensi gangguan gizi pada lanjut usia yang secara langsung dapat dijawab dengan data ILAS. Indikator Stranas pada tingkat makro yang berfokus pada sisi supply (penyedia program), tidak tercakup dalam data ILAS karena penelitian ini menitikberatkan pada perspektif pengguna. Contohnya, salah satu indikator Stranas Kelanjutusiaan menggunakan indikator jumlah kabupaten/kota yang ramah lanjut usia yang secara langsung tidak dapat dijawab oleh ILAS tetapi ILAS memiliki data lain dalam konteks ramah lanjut usia yaitu persepsi tentang kompleks/perumahan khusus lanjut usia dengan fasilitas ramah lanjut usia. Pembahasan mengenai stranas selanjutnya dibahas dalam boks tersendiri (Boks 4.1–Boks 4.4).

Perlunya Penelitian Longitudinal Lanjut Usia

Survei longitudinal telah terbukti menjadi sumber data yang kuat dalam penelitian-penelitian di bidang ekonomi dan sosial (Thomas et al. 2012). Tidak seperti penelitian cross-sectional, penelitian longitudinal dapat digunakan untuk mengevaluasi hubungan antara perkembangan penyakit dan faktor-faktor risiko yang mempengaruhinya, termasuk dampak dari suatu intervensi dari waktu ke waktu (van Belle et al. 2004). Belum ada penelitian longitudinal di Indonesia yang fokus pada perubahan sosial, demografi, ekonomi, dan kesehatan pada lanjut usia sebelum dilaksanakannya ILAS. Dua survei longitudinal besar yang dilakukan di Indonesia adalah Indonesia Family Life Survey (IFLS) (RAND Social and Economic Well-Being n.d.) dan Study of the Tsunami Aftermath and Recovery.¹ IFLS merupakan survei longitudinal pada individu, rumah tangga, komunitas, dan penyedia layanan tetapi survei tersebut tidak menyediakan data yang detail terkait dukungan keluarga, faktor psikososial, dan penilaian kognitif pada lanjut usia. Study of the Tsunami Aftermath and Recovery merupakan survei yang serupa dengan IFLS yang fokus pada dampak tsunami Samudera Hindia di wilayah Aceh, Sumatra. Data dan analisis yang berkualitas terkait kesehatan, penuaan penduduk, dan topik terkait lainnya dapat membantu pemerintah Indonesia untuk memantau pembangunan dan mengembangkan kebijakan ekonomi, sosial, kesehatan, jaminan sosial, dan kebijakan reformasi lainnya bagi lanjut usia.

Data longitudinal telah digunakan dalam perumusan kebijakan terkait lanjut usia di banyak negara terutama di negara-negara maju. Kebijakan terkait kesetaraan lanjut usia di Inggris disusun berdasarkan analisis data dari English Longitudinal Study of Aging, yang fokus pada kepuasan lanjut usia terhadap lingkungan tempat tinggal mereka pada tahun 2002–2003 dan 2014–2015 (Sait dan Jivraj 2022). Data Korean Longitudinal Study of Aging dari tahun 2006 hingga 2018 digunakan sebagai masukan bagi pemerintah Korea Selatan terkait pentingnya partisipasi sosial bagi lanjut usia (Zhao et al. 2018).

¹ The Study of the Tsunami Aftermath and Recovery is a collaborative project between Duke University; SurveyMETER (Indonesia); the University of California, Los Angeles; the University of Pennsylvania; the University of Southern California; the World Bank; and BPS. <https://www.stardata.org/>

Data penelitian Health and Retirement Study dari tahun 1992 hingga 2014 digunakan untuk mengevaluasi kebijakan pengendalian penggunaan tembakau serta peraturan terkait harga rokok dan lingkungan bebas merokok pada lanjut usia di Amerika Serikat (Kalousová 2020). Pemerintah Britania Raya menggunakan data Minimum Income for Healthy Living dari tahun 2003 hingga 2022 untuk menganalisis dinamika perubahan nilai dana pensiun yang diperlukan agar lanjut usia di wilayah tersebut dapat hidup sehat (Watts dan Netuveli 2022). Rekomendasi pentingnya kebijakan yang menjamin kesetaraan dalam pemanfaatan layanan kesehatan (spesialis) pada lanjut usia di Kanada juga muncul berdasarkan analisis dengan menggunakan data penelitian longitudinal Canadian National Population Health Survey antara 1998-1999 dan 2010-2011 (Pulok dan Hajizadeh 2022).

Beragam strategi telah disusun oleh Pemerintah Indonesia berkaitan dengan jaminan dan perlindungan sosial, derajat dan kualitas hidup lansia, lingkungan ramah lanjut usia, kelembagaan program kelanjutusiaan, serta perlindungan hak lanjut usia (Pemerintah Indonesia 2021). Hal tersebut juga diatur dalam Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Republik Indonesia No. 4 Tahun 2022 (Pemerintah Indonesia 2022). Pemantauan indikator-indikator strategi nasional kelanjutusiaan dilakukan secara rutin setiap tahun untuk memastikan upaya pemerintah dalam menghadapi fenomena population aging dapat berjalan efektif, tepat sasaran, dan adaptif terhadap kondisi unik di setiap daerah di Indonesia. Informasi yang dikumpulkan oleh ILAS dapat digunakan untuk memonitor beberapa indikator dalam level rumah tangga dan individu yang ada di dalam Stranas Kelanjutusiaan, diantaranya adalah partisipasi dalam kegiatan sosial dan keagamaan; perlindungan kesehatan (jaminan kesehatan); gangguan gizi, kemampuan fungsional (activities of daily living [ADLs] dan instrumental activities of daily living [IADLs]); pemeriksaan kesehatan; penyakit tidak menular; gangguan mental (depresi di ILAS); serta penggunaan teknologi, informasi, dan komunikasi.

Inisiasi Indonesia Longitudinal Aging Survey

Asian Development Bank mendukung survei tingkat mikro terhadap kohort lanjut usia saat ini dan masa datang melalui bantuan pengetahuan dan bantuan teknis, 6556-REG: Tantangan dan Kesempatan Penuaan Penduduk di Asia – Memperkuat Data dan Analisis untuk Penuaan yang Sehat dan Produktif, dengan tujuan menghasilkan data panel longitudinal yang representatif secara nasional. Data yang dikumpulkan akan memberikan informasi yang komprehensif tentang lanjut usia Indonesia yang dapat membantu proses pembuatan kebijakan berbasis bukti di Indonesia. Indonesia merupakan satu dari tiga negara sasaran di wilayah Asia-Pasifik. Bantuan teknis dimulai dengan survei tingkat mikro untuk mengumpulkan informasi mendetail tentang kesehatan fisik dan psikososial, fungsi kognitif, serta kesejahteraan ekonomi dan sosial lanjut usia dengan mewawancarai lanjut usia saat ini dan masa depan.

Untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam perumusan kebijakan jangka menengah dan panjang terkait penuaan penduduk di Indonesia, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS) dan Asian Development Bank menunjuk Lembaga Penelitian SurveyMETER dan Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia sebagai pelaksana ILAS 2023 dengan dukungan dari beberapa kementerian terkait. Sejak tahun 2021, serangkaian pertemuan yang melibatkan lembaga pemerintah maupun non-pemerintah seperti BAPPENAS, Kementerian Koordinator Pembangunan Masyarakat dan Kebudayaan, Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional telah dilaksanakan sebagai bagian dari inisiasi ILAS 2023. Pertemuan tersebut berperan penting dalam pengembangan metode penelitian serta evaluasi kuesioner ILAS.

Tujuan Indonesia Longitudinal Aging Survey

Tujuan utama dari ILAS adalah menyediakan informasi mengenai profil lanjut usia untuk membantu pemerintah dalam memantau perkembangan penuaan penduduk di Indonesia, melakukan reformasi berbasis data untuk sistem jaminan kesehatan dan sosial lanjut usia, serta mengevaluasi target kebijakan seperti Stranas Kelanjutusiaan yang memerlukan data pada level rumah tangga dan individu.

Tujuan khusus dari ILAS adalah sebagai berikut

1. mengumpulkan data demografi, ekonomi, status kesehatan dan sosial lanjut usia Indonesia;
2. mengidentifikasi kebutuhan lanjut usia saat ini, perlindungan sosial yang diperlukan, dan kebijakan terkait lainnya yang relevan;
3. mengidentifikasi hambatan dan kesenjangan dalam penyediaan layanan sosial dan kesehatan bagi lanjut usia; dan
4. sebagai bahan penyusunan profil lanjut usia di Indonesia.

Signifikansi Indonesia Longitudinal Aging Survey

ILAS merupakan survei longitudinal lanjut usia pertama di Indonesia. Hasil dari survei ini dapat digunakan sebagai sumber data untuk pemantauan tahunan beberapa kebijakan nasional, termasuk Stranas Kelanjutusiaan, terutama untuk indikator-indikator pada level rumah tangga dan individu. Penyusunan kebijakan-kebijakan baru terkait pendidikan, aplikasi dan pemanfaatan teknologi digital, serta kesehatan dapat menggunakan hasil dari survei ini. Analisis dengan mempertimbangkan kelompok umur, jenis kelamin, dan fase kehidupan (pra-lanjut usia dan lanjut usia) dapat membantu perumusan kebijakan dengan mempertimbangkan pola perbedaan yang teridentifikasi dari masing-masing kelompok tersebut.

Struktur Laporan

Aspek-aspek kesehatan, sosial, dan ekonomi dalam ILAS dianalisis secara seksama berdasarkan kelompok umur (per 5 tahun), jenis kelamin, dan fase kehidupan yang dibedakan menjadi pra-lanjut usia (45–59 tahun) dan lanjut usia (60 tahun ke atas). Penjelasan temuan ILAS disusun secara terstruktur dalam beberapa bagian. Bagian 3 membahas profil demografi dan distribusi pra-lanjut usia dan lanjut usia berdasarkan wilayah tempat tinggal. Bagian 4 mencakup uraian tentang status kesehatan, ekonomi, dan sosial pra-lanjut usia dan lanjut usia. Bagian kesehatan mencakup kesehatan fisik, mental, kognitif, dan fungsional sedangkan bagian status sosial dan ekonomi menjelaskan kondisi keluarga, pekerjaan, pendapatan, pengeluaran, tabungan, dan aset. Bagian 5 membahas gaya hidup, kebiasaan, kondisi rumah dan lingkungan tempat tinggal. Bagian 6 menguraikan tentang layanan yang tersedia bagi lanjut usia seperti layanan kesehatan, perawatan jangka panjang, asuransi, dan profil pemberi rawat. Pada bagian 7 terdapat pembahasan mengenai penggunaan teknologi dan inklusi finansial. Terakhir, bagian 8 menguraikan partisipasi lanjut usia dalam kegiatan sosial di rumah maupun di lingkungan sekitar.

Hasil temuan ILAS 2023 memberikan analisis yang komprehensif mengenai aspek-aspek yang perlu dipersiapkan dan dikembangkan untuk meningkatkan kesejahteraan lanjut usia. Boks 4.1-Boks 4.4 membahas perbandingan antara hasil ILAS dengan indikator-indikator Stranas Kelanjutusiaan, terutama terkait topik kesehatan. Perbandingan ini dapat bermanfaat untuk mengukur keberhasilan tujuan dari Stranas Kelanjutusiaan.

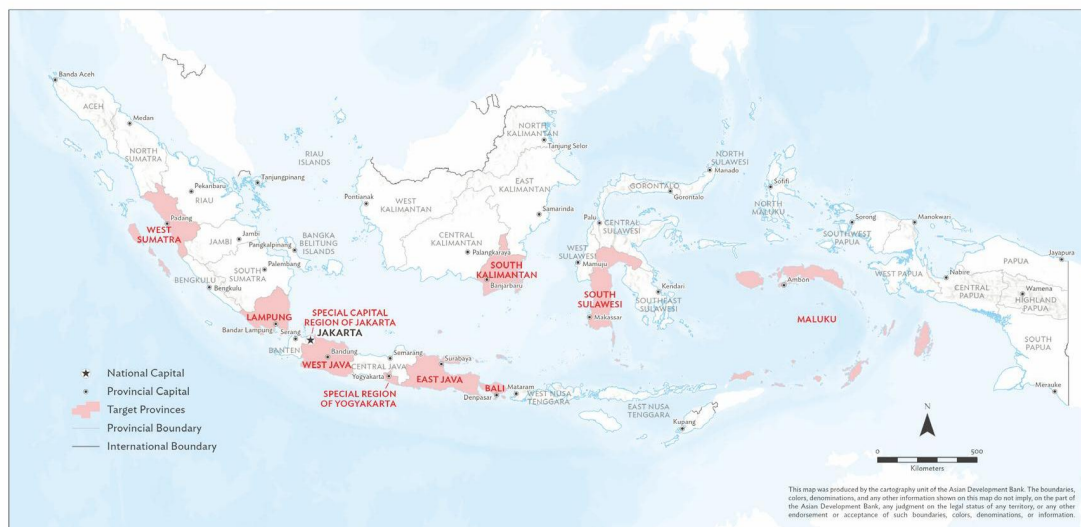
2. DESAIN SURVEI

Sampel dan Capaian Hasil Wawancara

Sampel

Pemilihan sampel ILAS dilakukan berdasarkan wilayah dengan proporsi populasi penduduk lanjut usia tinggi atau sudah memasuki aging population (populasi penduduk lanjut usia melebihi 10%). Di Indonesia, populasi penduduk lanjut usia tertinggi diantaranya terdapat di Sumatera Barat, Lampung, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, dan Sulawesi Selatan (Susenas, 2021). Sedangkan Provinsi Jawa Barat, Kalimantan Selatan, serta Maluku merupakan beberapa provinsi dengan persentase populasi penduduk lanjut usia mencapai 9% dan pada survei ini terpilih sebagai representasi wilayah di Indonesia dengan proporsi lanjut usia mendekati 10%. Secara keseluruhan, terpilih sembilan provinsi di Indonesia sebagai wilayah penelitian. Multistage Random Sampling digunakan sebagai metode pemilihan sampel dengan mempertimbangkan karakteristik sosial-ekonomi, perbedaan antara desa dan kota, persentase penduduk 45-69 tahun, serta persentase penduduk 70 tahun atau lebih. Pemilihan sampel dilakukan secara acak sistematis dari 17 rumah tangga yang memiliki anggota rumah tangga berusia 45 tahun atau lebih dari masing-masing desa terpilih (Lampiran 1).

Gambar 2.1: Wilayah Sampel untuk Indonesia Longitudinal Ageing Survey 2023



Proses listing dalam ILAS 2023 dilakukan untuk mengidentifikasi rumah tangga target di setiap wilayah survei. Setelah memperoleh izin dari kantor desa/kelurahan dengan persetujuan dari Kementerian Dalam Negeri, provinsi, dan kabupaten/kota, petugas melakukan pengacakan untuk menentukan dua SLS yang menjadi target survei. Petugas melakukan verifikasi jumlah rumah tangga dengan anggota rumah tangga berusia 45 tahun atau lebih serta memastikan adanya rumah tangga target wawancara yang memiliki lanjut usia dengan beberapa tingkat ketergantungan seperti membutuhkan bantuan sedang, sangat butuh bantuan, butuh bantuan sepenuhnya, dan mendekati akhir hayat. Petugas juga harus memastikan bahwa jumlah rumah tangga target dalam suatu SLS adalah minimal 30 rumah tangga, untuk meminimalisasi kekurangan sampel. Rumah tangga yang telah teridentifikasi dikelompokkan menjadi dua kategori, yakni rumah tangga yang memiliki lanjut usia dengan ketergantungan dan rumah tangga tanpa lanjut usia dengan ketergantungan. Selanjutnya, pengacakan dilakukan dengan menggunakan komputer untuk menentukan 17 rumah tangga target, dimana satu dari 17 rumah tangga terpilih merupakan rumah tangga dengan lanjut usia ketergantungan. Secara keseluruhan dari sembilan provinsi, survei dilakukan di 24 kabupaten/kota, 72 kecamatan, 144 desa/enumeration area, dengan jumlah 2.448 sampel rumah tangga dan 4.177 sampel individu (Tabel 2.1).

Table 2.1: Distribusi Wilayah Sampel

No.	Provinsi	Jumlah Kota/ Kab	Jumlah Kecamatan	Jumlah Desa/ EA	Jumlah Rumah Tangga	Jumlah Responden
1	Sumatra Barat	3	9	18	306	549
2	Lampung	3	9	18	306	524
3	Jawa Barat	4	12	24	408	685
4	DI Yogyakarta	3	9	28	306	516
5	Jawa Timur	5	15	30	510	829
6	Bali	2	6	12	204	393
7	Kalimantan Selatan	1	3	6	102	159
8	Sulawesi Selatan	2	6	12	204	360
9	Maluku	1	3	6	102	162
Total		24	72	144	2.448	4.177

EA = Enumeration Area (Wilayah Pencacahan).

Capaian Hasil Wawancara berdasarkan Responden

ILAS 2023 menetapkan sebanyak 2.448 rumah tangga target. Pada tahap pengumpulan data, jumlah kunjungan ke rumah tangga melebihi target yang telah direncanakan. Hal ini terjadi karena beberapa rumah tangga tidak dapat diwawancarai karena beberapa alasan, seperti responden tidak ada di rumah, alamat tidak ditemukan, kondisi kesehatan responden yang buruk, dan penolakan langsung dari pihak responden. Selain itu, terdapat beberapa rumah tangga yang masih tergabung dalam rumah tangga lain. Sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan, rumah tangga yang tidak dapat diwawancarai tersebut digantikan oleh rumah tangga berikutnya. Meskipun demikian, wawancara lengkap berhasil dilakukan pada keseluruhan target 2.448 rumah tangga yang telah ditetapkan (100%).

Tingkat capaian wawancara (response rate) penelitian ILAS 2023 mencapai 97,77%, mengindikasikan bahwa dari total target sebanyak 4.177 individu, wawancara berhasil dilakukan kepada 4.084 individu (Tabel 2.2). Dari jumlah responden yang berhasil diwawancarai secara lengkap, 6,76% diantaranya merupakan responden yang diwawancarai melalui proksi. Wawancara proksi lebih cenderung terjadi di daerah

pedesaan, pada laki-laki, dan lebih sering ditemui pada kelompok lanjut usia, terutama pada individu berusia 80 tahun ke atas. Meski demikian, wawancara proksi juga ditemui pada sekitar 4% sampel individu yang termasuk ke dalam kelompok pra-lanjut usia. Alasan paling umum untuk melakukan wawancara proksi pada kelompok tersebut adalah karena individu sedang pergi pada saat kunjungan petugas (74,0%), kondisi sakit (12,0%), gangguan jiwa (8,3%), tuli (4,2%), dan demensia (1,0%).

Wawancara kasus penolakan dilakukan dalam tiga tahap: tahap pertama di awal wilcah, tahap kedua/revisit ke 1 setelah wawancara kabupaten, dan tahap terakhir/revisit ke 2 di akhir putaran survei. Sebanyak 93 (2,23%) responden menolak untuk diwawancarai, terutama karena kesibukan pekerjaan responden. Kasus penolakan lebih banyak terjadi di daerah perkotaan, terutama pada responden laki-laki dan kelompok pra-lanjut usia berumur 45 sampai 59 tahun.

Tabel 2.2: Capaian, Penolakan, dan Proksi Wawancara Individu

	Capaian hasil wawancara individu		Menolak		Proksi	
	N	%	N	%	N	%
Area						
Perkotaan	1.983	96,68	68	3,32	131	6,61
Perdesaan	2.101	98,82	25	1,18	145	6,90
Jenis Kelamin						
Laki-laki	1.901	96,94	60	3,06	153	8,05
Perempuan	2.183	98,51	33	1,49	123	5,63
Kelompok Umur						
45-49	773	97,11	23	2,89	39	5,05
50-54	855	97,49	22	2,51	28	3,27
55-59	713	97,27	20	2,73	29	4,07
60-64	642	98,32	11	1,68	29	4,52
65-69	499	98,81	6	1,19	35	7,01
70-74	275	97,17	8	2,83	27	9,82
75-79	157	99,37	1	0,63	27	17,20
80+	170	98,84	2	1,16	62	36,47
Siklus Hidup						
Pra-lanjut usia	2.341	97,30	65	2,70	96	4,10
Lanjut usia	1.743	98,42	28	1,58	180	10,33
Total	4.084	97,77	93	2,23	276	6,76

N = frekuensi.

Kuesioner

Penyusunan draft kuesioner ILAS 2023 dikembangkan berdasarkan beberapa pertanyaan yang digunakan dalam studi Malaysia Ageing and Retirement Survey 1, Malaysia Ageing and Retirement Survey 2, Indonesia Family Life Survey (IFLS), Sistem Informasi Lanjut Usia (SILANI), dan Lanjut Usia dan COVID-19 di Indonesia oleh SurveyMETER yang disesuaikan dengan konteks Indonesia dan prioritas kebijakan terkait kelanjutusiaan. Tim peneliti ILAS melakukan diskusi terkait topik wawancara dan daftar pertanyaan dalam kuesioner ILAS, terutama dalam hal penerapan, kesesuaian, serta penggunaan pertanyaan-pertanyaan tersebut dalam konteks lokal. Beberapa masukan diberikan oleh stakeholders dalam pengembangan

kuesioner ILAS 2023, diantaranya berkaitan pertanyaan-pertanyaan untuk mengidentifikasi perkembangan substansi perawatan jangka panjang, disabilitas pada lanjut usia, perlindungan sosial, rencana hari tua, bantuan dan interaksi keluarga, serta partisipasi dalam kegiatan-kegiatan di lingkungan sosial. Pertanyaan berkaitan dengan pelacakan untuk konfirmasi maupun kegiatan survei selanjutnya ditambahkan dalam kuesioner.

Penggunaan kuesioner ILAS 2023 dalam wawancara diawali dengan uji coba tahap pra-pilot dengan tujuan mengetahui waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan wawancara seluruh seksi yang terdapat dalam draft kuesioner. Pengujian kuesioner juga dilakukan pada tahap pilot test 1 dan pilot test 2. Penyesuaian yang dilakukan berdasarkan hasil pilot diantaranya adalah penyesuaian redaksi beberapa pertanyaan agar lebih mudah dipahami oleh responden serta perubahan urutan pertanyaan untuk mempermudah alur wawancara. Berdasarkan hasil pilot test 2, dapat diketahui bahwa rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk melakukan wawancara buku rumah tangga adalah 55 menit, buku individu 50 menit, dan pengukuran kesehatan 15 menit. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat kesesuaian pelaksanaan wawancara dengan draft kuesioner ILAS 2023 terhadap alokasi waktu yang telah direncanakan.

Kuesioner ILAS terdiri dari 3 jenis yaitu buku rumah tangga, buku individu, dan buku pengukuran kesehatan secara objektif (Tabel 2.3). Bagi responden yang tidak dapat diwawancarai, terdapat pertanyaan proksi yang dapat digunakan untuk memberikan gambaran kondisi lanjut usia berdasarkan jawaban dari responden lain, baik dalam rumah tangga yang sama maupun tidak. Pengukuran tinggi lutut dan lingkaran lengan atas (LILA) juga dilakukan untuk memperoleh estimasi status gizi lanjut usia tirah baring (bedridden), dimana pengukuran berat badan dan tinggi badan tidak dapat dilakukan (Nieman 2019).

Table 2.3: Struktur Kuesioner ILAS 2023

Buku	Topik	Data/ Variabel
Buku Rumah Tangga	Cover	<ul style="list-style-type: none"> Jenis kelamin, tanggal lahir, dan kedudukan responden dalam rumah tangga (RT) Penjelasan penelitian dan lembar persetujuan
	Keterangan Sampling (SC)	<ul style="list-style-type: none"> Alamat rumah tangga, nomor telepon
	Daftar Anggota Rumah Tangga (AR)	<ul style="list-style-type: none"> Jenis kelamin, usia, dan hubungan setiap ART dengan kepala rumah tangga
	Karakteristik Rumah Tangga (KR)	<ul style="list-style-type: none"> Pekerjaan kepala rumah tangga Kondisi rumah
	Konsumsi (KS)	<ul style="list-style-type: none"> Konsumsi pangan dan transfer bahan pangan rumah tangga Konsumsi bahan bukan pangan rumah tangga (pakaian, perlengkapan rumah tangga, kesehatan, pendidikan, pajak)
	Informasi Kunjungan ulang (IK)	<ul style="list-style-type: none"> Informasi alamat dan nomor telepon yang dapat dihubungi saat kunjungan ulang
	Catatan Pewawancara (CP)	<ul style="list-style-type: none"> Catatan hasil wawancara untuk keseluruhan seksi di buku rumah tangga
Buku Individu	Cover	<ul style="list-style-type: none"> Penjelasan penelitian dan lembar persetujuan Jenis kelamin, umur, hubungan responden dengan kepala rumah tangga Keterangan Proksi
	Informasi individu (A)	<ul style="list-style-type: none"> Informasi kelahiran, suku, agama, status perkawinan, bahasa, dan pendidikan Akses dan kemampuan menggunakan perangkat teknologi dan informasi, media sosial, serta inklusi keuangan

dilanjutkan pada halaman berikutnya

Table 2.3 lanjutan

Buku	Topik	Data/ Variabel
Buku Individu	Informasi dan dukungan anak/orang tua/saudara/cucu, keluarga lain, teman/tetangga (B)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anak <ul style="list-style-type: none"> • Informasi umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, serta kegiatan utama • Tempat tinggal dan interaksi, baik langsung maupun melalui telepon atau media komunikasi lainnya) • Informasi bantuan yang diterima (uang atau bantuan lainnya) dan diberikan (uang, bantuan lainnya, atau merawat cucu) 2. Orang tua <ul style="list-style-type: none"> • Informasi umur, status perkawinan, serta kondisi • Tempat tinggal dan interaksi, baik langsung, melalui telepon atau media komunikasi lainnya) • Informasi bantuan yang diterima (uang atau bantuan lainnya) dan diberikan (uang, bantuan lainnya) • Kondisi ketergantungan 3. Saudara <ul style="list-style-type: none"> • Informasi umur, jenis kelamin, status perkawinan, anak, pekerjaan, dan kondisi ekonomi • Tempat tinggal dan interaksi, baik langsung, melalui telepon atau media komunikasi lainnya) • Informasi bantuan yang diterima (uang atau bantuan lainnya) dan diberikan (uang, bantuan lainnya) 4. Cucu, keluarga lain, dan teman/tetangga <ul style="list-style-type: none"> • Informasi bantuan yang diterima (uang atau bantuan lainnya) dan diberikan (uang, bantuan lainnya)
	Status Kesehatan (C1)	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi kesehatan umum • Nyeri bagian tubuh • Penyakit terdiagnosis dokter • Masalah kesehatan yang mengganggu aktivitas
	Perilaku berisiko (C2)	<ul style="list-style-type: none"> • Kebiasaan merokok • Kebiasaan minum-minuman keras
	Psikologi (C3)	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan dan perilaku • Perspektif terhadap tempat tinggal dan perawatan bagi lanjut usia • Kekerasan di lingkungan lanjut usia
	ADLs/ADLs (C4)	<ul style="list-style-type: none"> • Partisipasi dalam aktivitas/ kegiatan • <i>Activities of daily living (ADLs)</i> • <i>Instrumental activities of daily living (IADLs)</i>
	Kognisi (C5)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Six-item screener</i> • Gejala awal demensia (khusus responden proksi)
	Pemanfaatan Layanan Kesehatan (C6)	<ul style="list-style-type: none"> • Asuransi Kesehatan • Pemeriksaan Kesehatan • Rawat jalan dan rawat inap • Kegiatan atau layanan lanjut usia
	Ketenagakerjaan (D)	<ul style="list-style-type: none"> • Situasi pekerjaan • Aspek-aspek pekerjaan • Perencanaan pensiun/ berhenti bekerja

dilanjutkan pada halaman berikutnya

Tabel 2.3 lanjutan

Buku	Topik	Data/Variabel
Buku Individu	Ketenagakerjaan (D)	<ul style="list-style-type: none"> Situasi pekerjaan Aspek-aspek pekerjaan Perencanaan pensiun/ berhenti bekerja
	Pendapatan (E)	<ul style="list-style-type: none"> Sumber pendapatan Bantuan dari pemerintah
	Tabungan dan aset (F)	<ul style="list-style-type: none"> Tabungan Kepemilikan rumah Aset
	Alokasi waktu (G)	<ul style="list-style-type: none"> Penggunaan waktu untuk perawatan lanjut usia dan cucu (usia 0-5 tahun) Informasi terkait pemberi rawat lanjut usia
	Catatan Pewawancara (CP)	<ul style="list-style-type: none"> Catatan hasil wawancara untuk keseluruhan seksi di buku individu
Buku Kesehatan (pengukuran objektif)		<ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah Berat badan Tinggi badan Lingkar pinggang Lingkar pinggul Kekuatan otot tangan Tinggi lutut (khusus proksi) Lingkar lengan atas (khusus proksi)

Catatan: Huruf dalam tanda kurung merujuk pada bagian spesifik dari kuesioner survei.

Etik penelitian

Permohonan ethical clearance dan izin penelitian ILAS 2023 diajukan oleh tim peneliti kepada Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN). ILAS 2023 secara resmi memperoleh Izin Etik yang diterbitkan oleh Komisi Etik Bidang Sosial Humaniora BRIN, dengan nomor referensi 558/KE.01/SK/12/2022. Izin tersebut kemudian digunakan untuk berbagai keperluan administrasi terkait penelitian ke berbagai instansi, termasuk Kementerian Dalam Negeri, Kesbangpol Provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, dan desa di seluruh wilayah penelitian.

Pengumpulan Data

Koordinasi pengumpulan data ILAS 2023 secara menyeluruh dipimpin oleh direktur survei yang bertindak sebagai team leader. Team leader didukung oleh tim manajemen survei yang terdiri atas perencana survei, manajer database, ahli manajemen kontrol kualitas dan pengetahuan, manajer pengumpulan data lapangan dan produksi, serta manajer teknis. Tim manajemen survei yang berbasis di kantor secara rutin melakukan observasi dan supervisi terhadap tim lapangan.

Proses pengumpulan data terdiri beberapa kegiatan meliputi pilot test, pelatihan, wawancara, dan pengukuran data kesehatan. Dua sesi pilot test dilakukan untuk mengawali rangkaian kegiatan pengumpulan data ILAS 2023. Pilot test 1 dilaksanakan di wilayah perkotaan Kabupaten Klaten, Jawa Tengah dengan menggunakan metode Paper Assisted Personal Interviewing (PAPI). Pilot test 2 dilakukan di wilayah perdesaan dan perkotaan Kabupaten Maros, Sulawesi Selatan dengan menerapkan program

Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI) untuk listing dan wawancara buku rumah tangga. Pilot test 2 dapat menyempurnakan beberapa hal yang diperlukan dalam pengumpulan data, diantaranya adalah penyempurnaan kuesioner, program CAPI, penentuan jumlah sampel rumah tangga di setiap wilayah, serta meningkatkan metode komunikasi dan pengawasan.

Pada bulan Mei 2023, pelatihan dilakukan dengan melibatkan 61 peserta, termasuk calon petugas wawancara di lapangan dan pemeriksa data di kantor pusat. Peserta dibagi menjadi beberapa kelompok untuk membangun kerjasama tim dan memastikan kesiapan sebelum melakukan wawancara di lapangan. Materi pelatihan mencakup buku rumah tangga, buku individu, dan teknik pengukuran kesehatan yang disampaikan oleh team leader, perencana survei dan manajer database, manajer pengumpulan data lapangan dan produksi, serta manajer teknis/programmer. Proses pembelajaran meliputi penyampaian materi, peragaan pengisian kuesioner, praktek wawancara dalam tim, dan wawancara berpasangan antar petugas. Wawancara langsung dengan melibatkan responden asli (live respondent) dilakukan setelah sesi pemberian materi, dimana setiap tim melakukan wawancara secara lengkap, meliputi wawancara buku rumah tangga, individu, serta melakukan pengukuran kesehatan. Latihan lapangan juga dilakukan oleh semua petugas, dimana setiap tim yang terdiri dari seorang supervisor dan lima enumerator harus melakukan wawancara di 17 rumah tangga dengan rata-rata target individu sebanyak 27.

Pengumpulan data ILAS 2023 dilaksanakan oleh 48 petugas lapangan yang terbagi menjadi 8 tim di 9 provinsi (Lampiran 2). Di masing-masing tim terdapat petugas yang berasal dari provinsi setempat untuk meminimalisasi adanya permasalahan berkaitan dengan penggunaan bahasa lokal. Pengumpulan data dilakukan dari Mei-Juni 2023. Sebelum memulai pengumpulan data, supervisor melakukan pengurusan izin di tingkat desa dan melakukan listing rumah tangga target. Enumerator terlatih melakukan wawancara dengan menggunakan metode CAPI, menggunakan laptop yang telah dilengkapi program data entry dengan daftar pertanyaan kuesioner. Pencatatan jawaban responden dari setiap pertanyaan dilakukan secara elektronik. Pewawancara harus melakukan self-editing setelah selesai melakukan wawancara dan mengirimkan hasil wawancara berupa data ke kantor pusat setiap hari.

Pengumpulan data dilakukan dari Mei sampai Juni 2023, jauh setelah lonjakan kasus COVID-19 yang dilaporkan pada tahun 2021 dan 2022. Penting untuk dicatat bahwa survei ini tidak dirancang untuk menilai dampak pandemi COVID-19 terhadap responden. Oleh karena itu, potensi pengaruh pandemi terhadap hasil survei tidak ditentukan dan tidak dibahas.

Validasi dan Kontrol Kualitas Data

Proses pengawasan kualitas data ILAS 2023 dimulai dari desain program hingga pengunggahan data di website SurveyMETER. Validasi dan kontrol kualitas data melalui beberapa tahapan, meliputi wawancara, pengawasan oleh supervisor lapangan, pengecekan oleh staf PIP di kantor pusat, dan validasi oleh programmer sebelum pengunggahan data.

Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI)

Pengumpulan data ILAS 2023 dilakukan dengan menggunakan metode CAPI, dimana pewawancara melakukan pencatatan jawaban responden dalam program data entry sesuai dengan kuesioner. Pengumpulan data dengan metode CAPI mempercepat proses pengumpulan data, mencegah backlog, dan memungkinkan pengecekan data simultan antar variabel dan buku selama proses wawancara. Program CAPI dari SurveyMETER dilengkapi dengan beberapa fitur tambahan seperti pengecekan semua variabel sudah terisi sesuai dengan pola skip yang ada di kuesioner dan pengecekan konsistensi cek antar variabel dan antar buku untuk mendukung petugas wawancara dalam meningkatkan kualitas data.

Wawancara

Prosedur awal yang dilakukan oleh pewawancara dalam rangka validasi dan kontrol kualitas data adalah pengecekan jam, tanggal, serta kondisi microphone maupun speaker komputer yang digunakan dalam proses pengambilan data. Program CAPI akan menjalankan perekaman baik jam, tanggal, maupun audio kegiatan wawancara secara otomatis yang dapat membantu petugas wawancara untuk melakukan konfirmasi hasil wawancara sebelum pengiriman data. Pengecekan konsistensi antar variable dan antar buku dapat dilakukan oleh petugas wawancara dengan menjalankan fungsi run lookup dan run missing pada program CAPI. Backup data termasuk pengecekan melalui dashboard real-time dilakukan secara berkala.

Pengawasan Supervisor Lapangan

Supervisor lapangan melakukan pengawasan secara manual melalui observasi dan verifikasi terhadap 10% responden yang telah diwawancarai oleh petugas.

Pengecekan data

Terdapat tiga anggota tim PIP yang bertugas melakukan pengawasan dan pemeriksaan data di kantor dengan pengawasan dari Technical Manager/Programmer. Pengecekan data harian dilakukan di kantor pusat untuk memastikan kesesuaian antara data elektronik dengan laporan tim (K1). Konfirmasi dilakukan dengan mendengarkan rekaman audio wawancara masing-masing petugas untuk minimal satu buku rumah tangga, buku individu, dan buku pengukuran kesehatan. Programmer melakukan pengecekan kelengkapan data, sampling, dan pengecekan berkala dengan pembuatan do-file STATA dan penambahan pesan di program CAPI. Setiap minggu, pengecekan keseluruhan data dilakukan untuk mengidentifikasi adanya kesalahan maupun kelengkapan data.

Validasi data

Proses cleaning data dilakukan oleh PIP setelah proses pengambilan data selesai. Pengecekan outlier dan jawaban lainnya dilakukan oleh programmer. Pengunggahan dataset ke website data.surveymeter.org dilakukan setelah semua proses selesai dan codebook final telah disusun.

Bobot Analisis

Temuan yang disajikan dalam Bab 3 hingga Bab 8 laporan ini diperoleh dari analisis sampel guna memastikan bahwa temuan tersebut mewakili karakteristik seluruh populasi dalam penelitian ini dengan memperhitungkan ketidakseimbangan atau bias dalam sampel, sehingga meningkatkan relevansi hasil penelitian.

Setiap wilayah pencacahan diberi bobot tergantung pada proporsi sampel yang dipilih dalam populasi. Bobot dihitung dengan mempertimbangkan hierarki atau tingkatan, dimulai dengan kabupaten dan kotamadya dan diakhiri dengan desa terpilih. Bobot dapat dibagi menjadi bobot rumah tangga dan bobot individu. Distribusi bobot rumah tangga didasarkan pada rasio perkotaan-perdesaan dalam data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2022. Bobot individu dihitung dengan variabel gender sebagai kontrol. Bobot tersebut cocok untuk melakukan analisis di tingkat nasional dan regional, termasuk Sumatera, Jawa, Bali-Kalimantan, dan Sulawesi-Maluku. Karena ukuran sampel yang kecil di Kalimantan dan Maluku, tidak disarankan untuk melakukan analisis di tingkat provinsi. Oleh karena itu, disarankan untuk melakukan analisis untuk provinsi-provinsi tersebut baik pada tingkat regional maupun pada tingkat total. Analisis dalam laporan ini dilakukan pada tingkat individu dengan menggunakan bobot individu.

3. PROFIL DEMOGRAFI RESPONDEN SURVEI

Profil Pra-Lanjut Usia dan Lanjut Usia

ILAS mewawancarai responden yang berusia 45 tahun ke atas. Dengan menggunakan pembobotan survei secara individu (Bagian 2.6 pada Bab 2), jumlah total responden survei adalah 4.101 orang. Dalam laporan ini, responden ILAS dibagi menjadi dua kelompok: kelompok pra-lanjut usia (usia 45-59) dan kelompok lanjut usia (usia 60 tahun ke atas). Dari keseluruhan responden tersebut, 60,8% adalah pra-lanjut usia, sedangkan sisanya 39,2% termasuk dalam kategori lanjut usia (Tabel 3.1). Laporan ILAS 2023 ini menemukan bahwa sebagian besar pra-lanjut usia dan lanjut usia tinggal di Pulau Jawa dan Sumatera. Sementara itu, Kepulauan Maluku memiliki persentase pra-lanjut usia dan lanjut usia terendah (Tabel 3.1).

Tabel 3.1: Karakteristik Demografi dan Tempat Tinggal Responden berdasarkan Kelompok Umur

Variable	Pra-Lanjut Usia (45-59 th) (%)	Lanjut Usia (≥60 th) (%)	Total		Sampel Mentah Tidak Tertimbang
			%	N	
Total	60,8	39,2	100	4.101	4.084
Jenis Kelamin					
Laki-laki	49,1	47,7	48,6	1.993	1.901
Perempuan	50,9	52,3	51,4	2.108	2.183
Perkotaan/ Perdesaan					
Perkotaan	62,3	59,3	61,1	2.509	1.983
Perdesaan	37,7	40,7	38,9	1.592	2.101
Tingkat Pendidikan					
Tanpa Pendidikan/ tidak selesai sekolah dasar	16,3	48,5	28,6	1.174	1.243
Sekolah Dasar	34,4	30,9	33,0	1.181	1.173
Sekolah Menengah Pertama	14,3	7,5	11,7	546	517
Sekolah Menengah Atas	25,2	7,4	18,3	837	791
Diploma/ Universitas	9,9	5,8	8,3	362	360
Status Perkawinan					
Lajang/ Tidak menikah	3,0	1,6	2,5	121	108
Menikah	84,3	58,1	74,2	3.056	3.040
Pisah/ Cerai hidup	3,8	3,3	3,6	151	147
Cerai mati	8,9	37,0	19,7	773	789
Bahasa Sehari-hari					
Bahasa Indonesia	15,9	8,9	13,2	559	635
Jawa	38,8	44,5	41,0	1.653	1.661
Sunda	28,3	28,3	28,3	548	505
Bali	3,6	3,7	3,6	366	364
Minang	3,8	3,9	3,9	502	498
Bugis	4,1	4,4	4,2	213	183
Lainnya	5,5	6,2	5,8	261	238

dilanjutkan pada halaman berikutnya

Tabel 3.1 lanjutan

Variable	Pra-Lanjut Usia (45-59 th) (%)	Lanjut Usia (≥60 th) (%)	Total		Sampel Mentah Tidak Tertimbang
			%	N	
Perpindahan sejak lahir					
Tidak ada perpindahan	66,3	66,6	66,4	2.618	2.578
Perpindahan antar Kecamatan	10,2	9,5	10,0	370	357
Perpindahan antar Kabupaten/ Kota	13,0	13,0	13,0	548	555
Perpindahan antar Provinsi	10,6	10,9	10,7	565	594
Provinsi					
Sumatra Barat	4,1	4,2	4,1	535	541
Lampung	6,3	6,0	6,2	490	511
Jawa Barat	37,9	33,5	36,2	701	674
Daerah Istimewa Yogyakarta	3,4	4,6	3,9	530	516
Jawa Timur	34,0	38,1	35,5	814	819
Bali	3,8	4,1	3,9	397	381
Kalimantan Selatan	3,2	2,3	2,9	150	153
Sulawesi Selatan	6,2	6,1	6,2	328	331
Maluku	1,2	1,1	1,1	155	158

N = frekuensi.

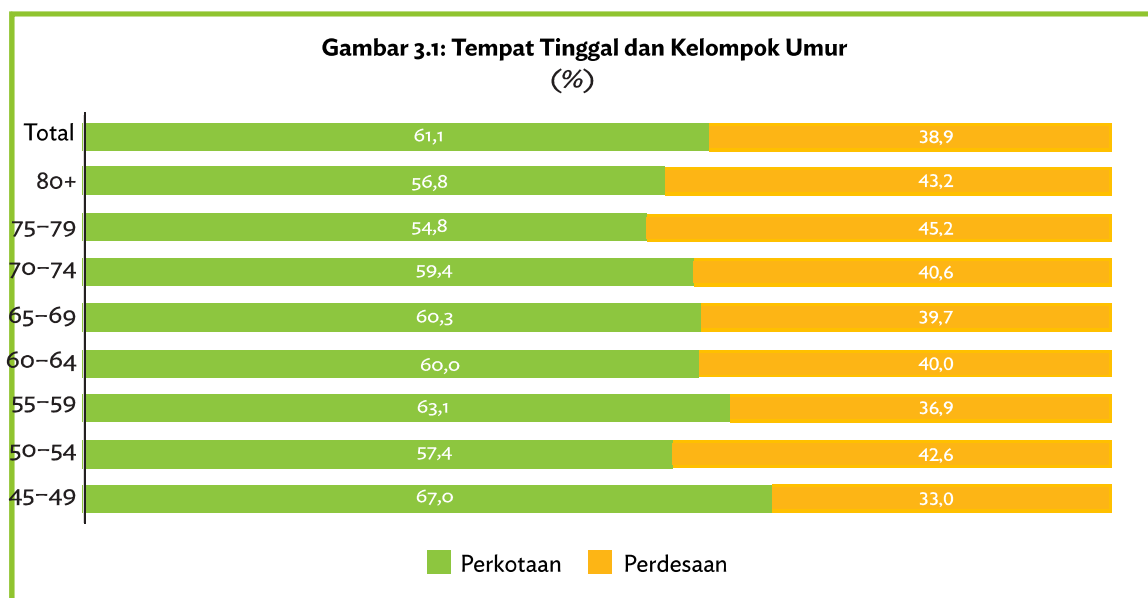
Pada kelompok umur pra-lanjut usia dan lanjut usia, jumlah responden perempuan lebih banyak daripada responden laki-laki (Tabel 3.1 dan Tabel 3.2). Selain itu, proporsi responden perempuan berusia 75 tahun ke atas mengalami peningkatan yang signifikan dibandingkan responden laki-laki (Tabel 3.2).

Tabel 3.2: Distribusi Responden berdasarkan Kelompok Umur dan Jenis Kelamin

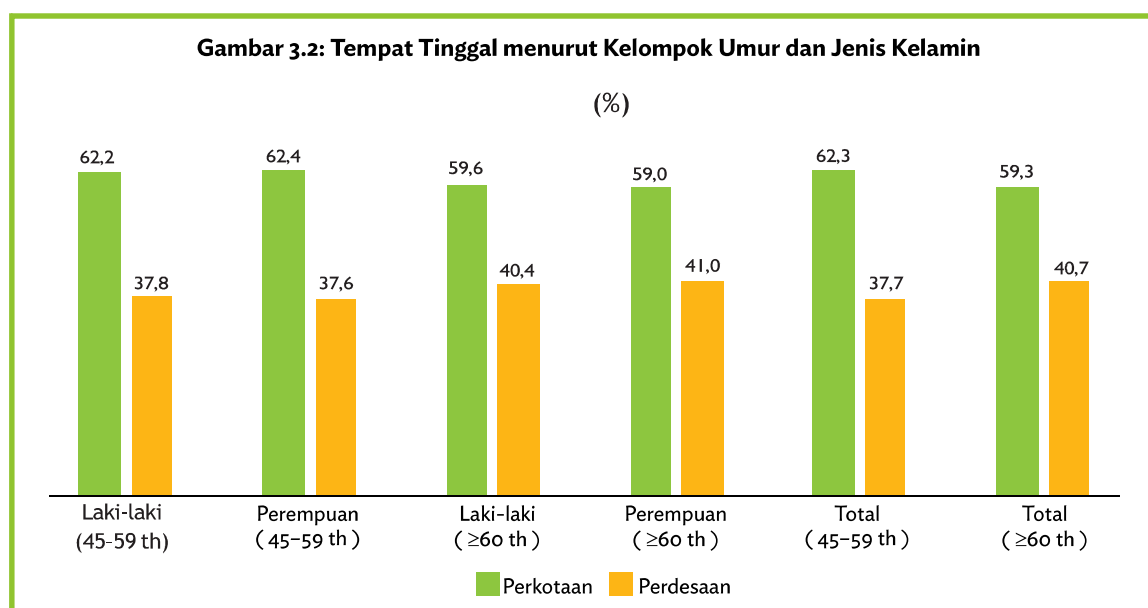
Fase Kehidupan	Kelompok Umur	Laki-laki (%)	Perempuan (%)	N
Total		48,6	51,4	4.101
Pra-lanjut usia	45-49	48,8	51,2	829
	50-54	50,1	49,9	896
	55-59	48,2	51,8	770
	Total pra-lanjut usia (45-59 tahun)	49,1	50,9	2.495
Lanjut usia	60-64	53,4	46,6	609
	65-69	45,3	54,7	464
	70-74	51,4	48,6	247
	75-79	35,8	64,2	127
	80+	36,7	63,3	158
	Total lanjut usia (60+ tahun)	47,7	52,3	1.605

N = frekuensi.

Berdasarkan lokasi tempat tinggal, baik responden kelompok pra-lanjut usia dan lanjut usia lebih banyak yang tinggal di perkotaan dibandingkan di perdesaan (Gambar 3.1 dan Gambar 3.2). Meskipun demikian, tidak ada perbedaan yang mencolok antara responden laki-laki dan perempuan untuk distribusi tempat tinggalnya (Gambar 3.2). Lokasi tempat tinggal dapat memengaruhi kemampuan mereka untuk menjangkau dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, yang pada akhirnya bisa memengaruhi kondisi kesehatan mereka (Laksono, Wulandari, dan Soedirham 2019).

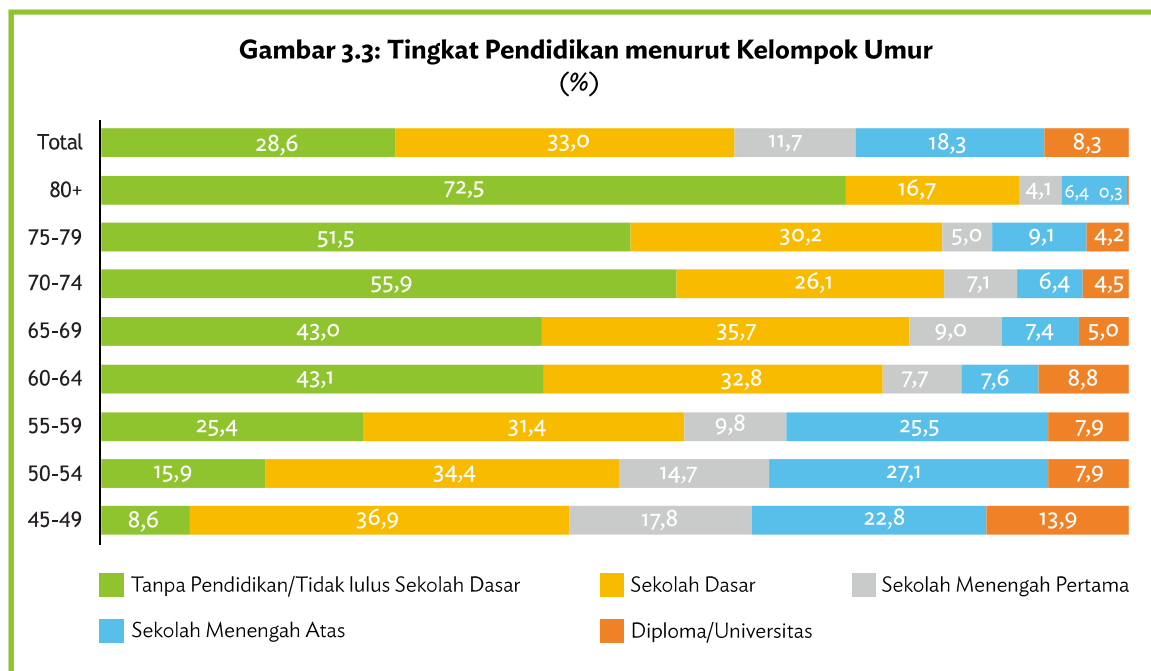


Jumlah penduduk perkotaan di Indonesia diperkirakan akan meningkat pesat dari 53% pada tahun 2015 menjadi 73% pada tahun 2045 (Badan Pusat Statistik 2018).² Hasil ILAS 2023 juga menunjukkan tren serupa, dimana lebih banyak individu baik pra-lansia maupun lansia yang tinggal di wilayah perkotaan (Gambar 3.1 dan Gambar 3.2). Meskipun demikian, apakah orang akan bermigrasi (kembali) dari daerah perkotaan ke daerah perdesaan di usia lanjut masih menjadi pertanyaan empiris. Faktor-faktor yang memengaruhi keputusan tentang tempat tinggal mereka yang berusia di atas 60 tahun dan pensiunan meliputi keadaan lingkungan, lokasi rumah mereka, variasi makanan yang tersedia, dan keinginan untuk tinggal lebih dekat dengan anggota keluarga (Takahashi et al. 2021).



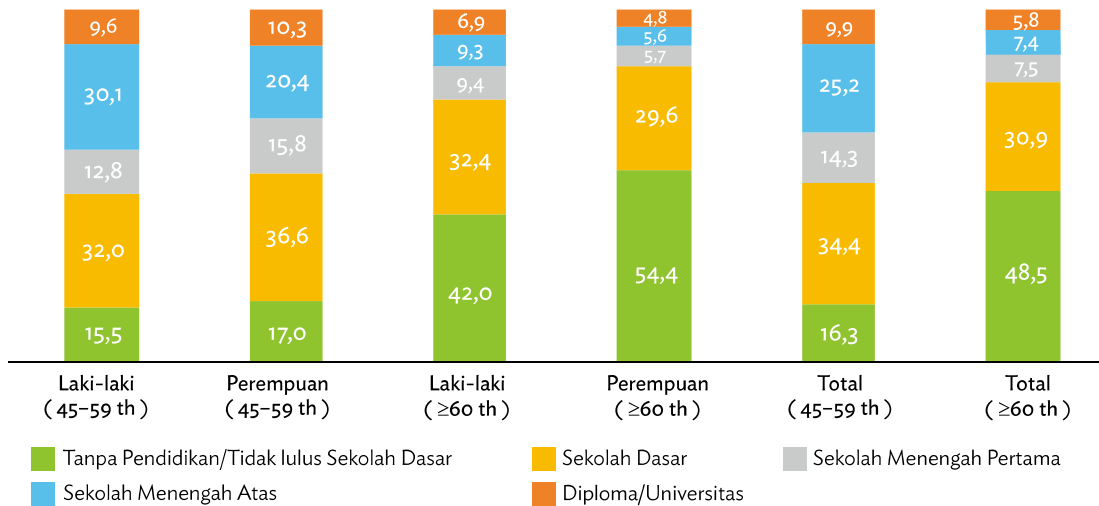
² Berdasarkan Peraturan Kepala Badan Pusat Statistik No.120/2020, klasifikasi perkotaan-perdesaan didasarkan pada faktor-faktor seperti kepadatan penduduk per kilometer persegi, persentase rumah tangga pertanian, dan ketersediaan fasilitas perkotaan di suatu desa (kelurahan). Selain itu, suatu wilayah diklasifikasikan sebagai wilayah perkotaan jika memperoleh skor 9 atau lebih tinggi, sedangkan wilayah perdesaan memperoleh skor di bawah 9 menurut kriteria tersebut.

Secara umum, sebagian besar responden ILAS telah menyelesaikan sekolah dasar (33,0%), sedangkan mereka yang memiliki gelar sarjana hanya sebagian kecil (8,3%) (Gambar 3.3). Proporsi responden yang berusia 45-59 tahun dengan pendidikan di bawah sekolah dasar lebih rendah dibandingkan mereka yang berusia 60 tahun ke atas, yang artinya ada peningkatan pencapaian dalam pendidikan.



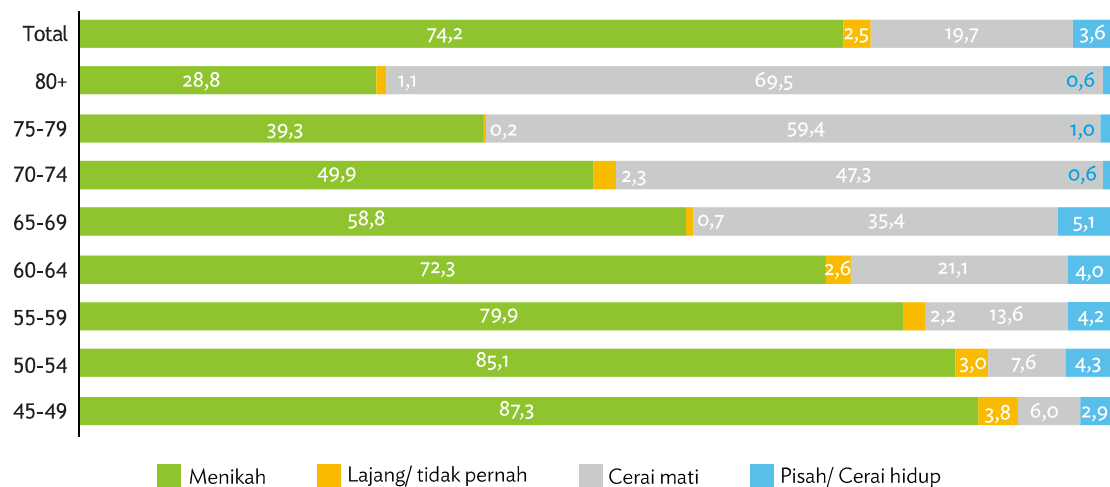
Kelompok pra-lanjut usia memiliki tingkat pendidikan yang jauh lebih tinggi daripada kelompok lanjut usia. Hampir 50% responden berusia di atas 60 tahun tidak bersekolah atau tidak menamatkan sekolah dasar (Gambar 3.4). Selain itu, persentase responden perempuan yang tidak bersekolah atau tidak menamatkan sekolah dasar lebih besar dibandingkan responden laki-laki. Namun, ada penurunan kesenjangan gender dalam pendidikan pada kelompok umur pra-lanjut usia, dengan persentase perempuan yang tidak mengenyam pendidikan atau tidak menamatkan sekolah dasar hampir sama dengan laki-laki (Gambar 3.4). Data ILAS juga menunjukkan adanya peningkatan dalam pencapaian pendidikan, dengan responden pra-lanjut usia memiliki tingkat pendidikan yang rata-rata lebih tinggi daripada responden lanjut usia. Berdasarkan data ILAS, persentase responden pra-lanjut usia yang memiliki ijazah sekolah menengah atas atau di atasnya memiliki persentase 21,9 poin lebih tinggi daripada kelompok lanjut usia. Hal ini berarti tingkat pendidikan kelompok lanjut usia di masa mendatang diperkirakan akan melampaui tingkat pendidikan kelompok lanjut usia saat ini, sehingga mereka memiliki peluang lebih tinggi untuk mendapatkan pekerjaan dan peluang produktif lainnya yang tidak tersedia bagi lanjut usia saat ini. Meskipun lanjut usia di masa mendatang lebih terdidik daripada lanjut usia saat ini, perempuan biasanya mencapai tingkat pendidikan yang lebih rendah daripada laki-laki, yang artinya diperlukan usaha yang berkelanjutan untuk mencapai kesetaraan gender dalam pendidikan.

Gambar 3.4: Tingkat Pendidikan menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur (%)



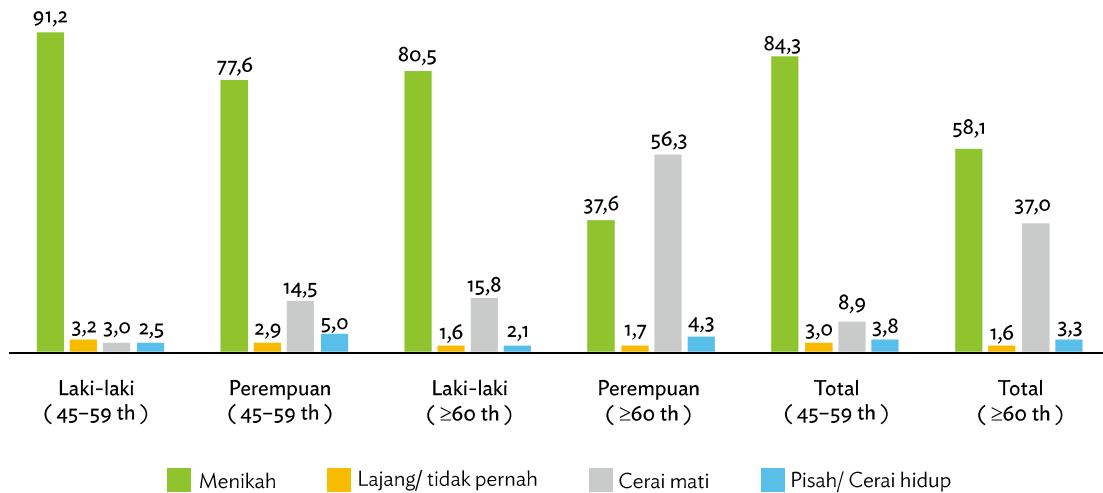
Hasil studi ILAS menunjukkan ada kemungkinan kecenderungan peningkatan jumlah lansia yang tinggal sendiri di masa depan. Hal ini sejalan dengan adanya kecenderungan bahwa semakin banyak pra-lanjut usia yang memilih untuk tetap melajang atau tidak menikah (Gambar 3.5).

Gambar 3.5: Status Perkawinan menurut Kelompok Umur (%)



Untuk kelompok lanjut usia, 41,9% tergolong tinggal melajang (tanpa pasangan), yakni lajang/tidak pernah menikah (1,6%), cerai mati (37%), dan pisah/cerai hidup (3,3%) (Gambar 3.6). Selain itu, persentase kelompok usia 60 tahun ke atas yang memiliki status cerai mati empat kali lipat lebih besar dibandingkan mereka yang dari kelompok usia 45–59 tahun (Gambar 3.6). Persentase status cerai mati pada perempuan juga jauh lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki, baik untuk kelompok pra-lanjut usia maupun kelompok lanjut usia (Gambar 3.6).

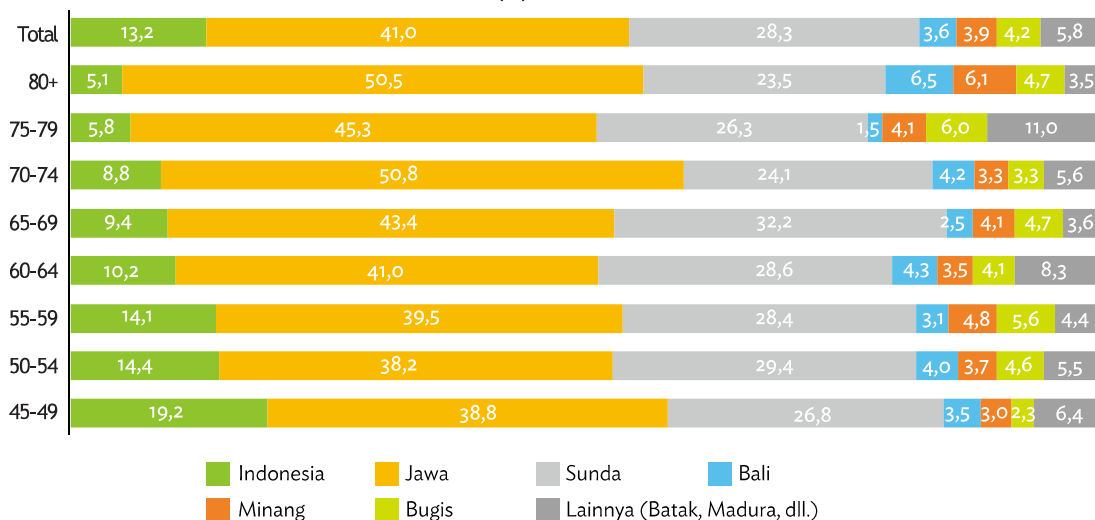
Gambar 3.6: Status Perkawinan menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur (%)



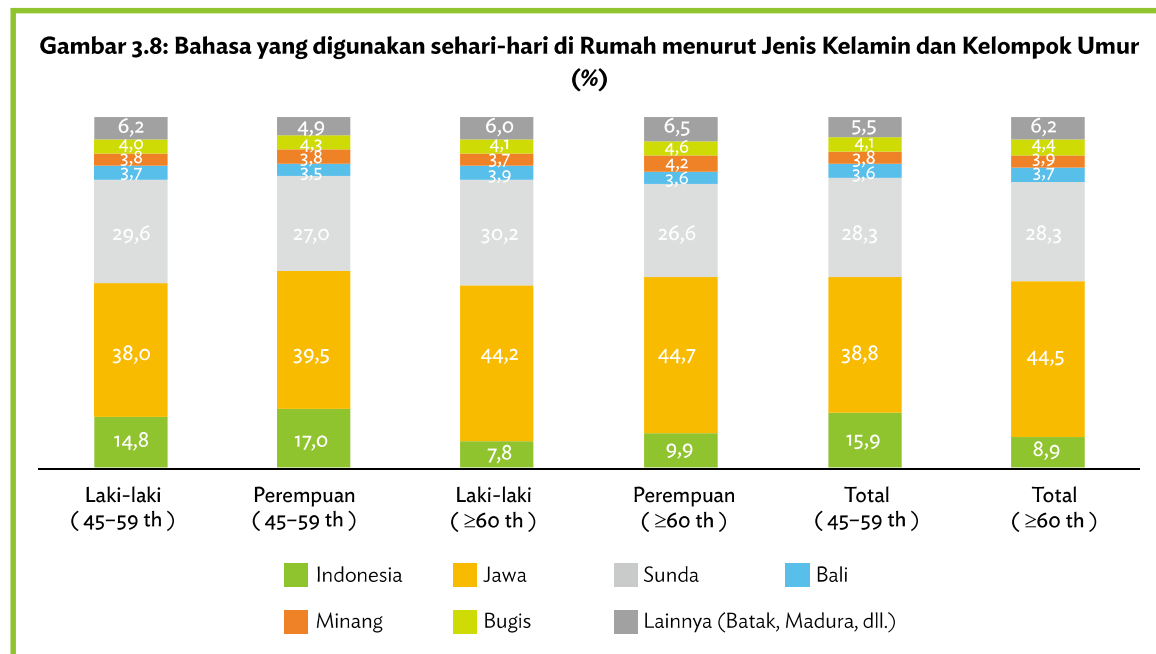
Berdasarkan data Badan Pusat Statistik tahun 2022, harapan hidup laki-laki adalah 69,93 tahun, sekitar 4 tahun lebih rendah dibandingkan harapan hidup perempuan yang mencapai 73,83 tahun. Perempuan memiliki kemungkinan yang lebih kecil untuk menikah lagi setelah kematian pasangannya dibandingkan laki-laki (Cleveland dan Gianturco 1976). Harapan hidup perempuan yang lebih panjang menyebabkan ketidakseimbangan rasio laki-laki dan perempuan dan mengurangi peluang mereka yang perempuan untuk menikah kembali (Carr dan Bodnar-Deren 2009). Perempuan dari kelompok lanjut usia juga memilih untuk tidak menikah lagi karena alasan normatif dan keluarga (Osmani, Matlabi, dan Rezaei 2018).

Penggunaan bahasa Indonesia sebagai bahasa utama di rumah diperkirakan akan meningkat di antara lanjut usia (Gambar 3.7 dan Gambar 3.8).

Gambar 3.7: Bahasa yang digunakan sehari-hari di Rumah menurut Kelompok Umur (%)



Bahasa Indonesia lebih sering digunakan oleh mereka yang berusia 45-59 tahun dibandingkan mereka yang berusia 60 tahun ke atas (Gambar 3.8). Secara umum, perempuan cenderung lebih sering menggunakan bahasa Indonesia di rumah dibandingkan dengan laki-laki, baik kelompok pra-lanjut usia maupun kelompok lanjut usia (Gambar 3.8). Temuan penting lainnya dalam bagian ini adalah lanjut usia juga menggunakan bahasa lain selain Bahasa Indonesia di rumah tangganya.

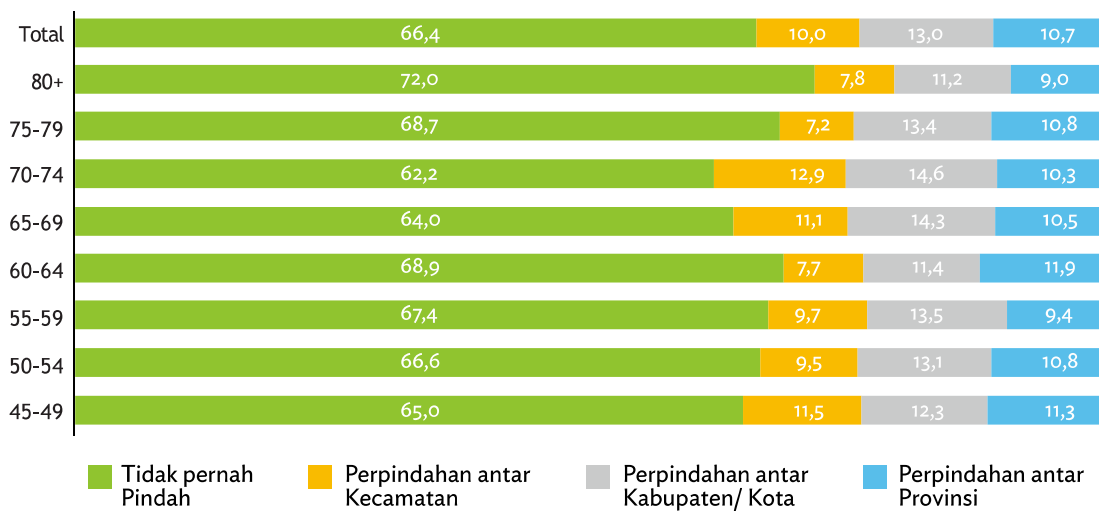


Hasil ILAS menunjukkan bahwa penggunaan Bahasa Indonesia di rumah cenderung lebih tinggi pada lanjut usia di masa mendatang dibandingkan dengan lanjut usia saat ini. Sebuah penelitian menemukan bahwa orang yang lebih muda dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung menggunakan Bahasa Indonesia di rumah dibandingkan orang yang lebih tua dan kurang berpendidikan (Pesau et al. 2023). Hasil studi ILAS sejalan dengan temuan studi tersebut dimana persentase pra-lanjut usia dengan ijazah SMA ke atas 21,4% lebih tinggi dibandingkan kelompok lanjut usia.

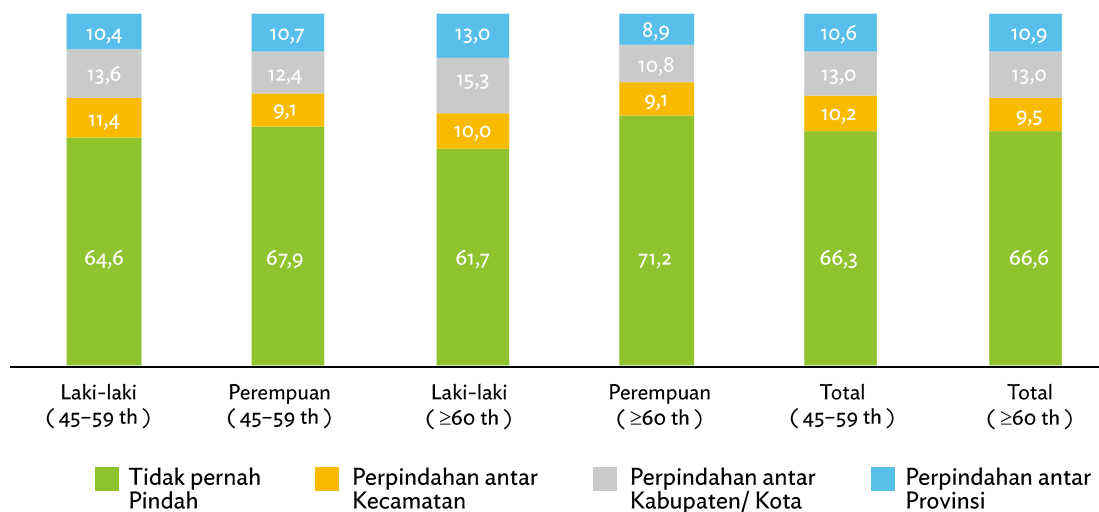
Tidak ada perbedaan signifikan dalam pola migrasi pada semua kelompok usia, dengan proporsi migrasi antar-provinsi ditemukan paling tinggi pada kelompok umur usia 60-64 tahun (Gambar 3.9).

Secara umum, lebih banyak laki-laki yang bermigrasi setelah lahir dibandingkan perempuan (Gambar 3.10). Perpindahan laki-laki cenderung dipengaruhi oleh faktor ekonomi, seperti pekerjaan, sedangkan perpindahan perempuan lebih dipengaruhi oleh faktor keluarga (Pardede, McCann, dan Venhorst 2020). Responden dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi juga cenderung melakukan perpindahan, yang mungkin terjadi karena adanya kesenjangan pendidikan antara jenis kelamin yang disorot dalam ILAS.

Gambar 3.9: Pola Perpindahan menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 3.10: Pola Perpindahan menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur (%)



Tabel 3.3: Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan

No.	Temuan Utama	Rekomendasi Kebijakan
1.	Persentase kelompok pra-lanjut usia (45–59 tahun) yang memiliki pendidikan sekolah menengah pertama dan pendidikan tinggi adalah 49,4%, sedangkan kelompok lanjut usia yang telah menyelesaikan pendidikan sekolah menengah pertama atau pendidikan tinggi hanya 20,7%	<p>Sebagian besar lanjut usia lebih memilih untuk mendapatkan informasi melalui televisi (lihat Bab 8 laporan ini). Oleh karena itu, informasi yang ditujukan kepada lanjut usia bisa dikomunikasikan secara lebih efektif melalui televisi. Misalnya, pesan-pesan kesehatan penting dapat dimasukkan ke dalam sinetron atau program-program lainnya. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengetahui acara atau program TV mana saja yang disukai oleh lanjut usia.</p> <p>Kelompok pra-lanjut usia biasanya lebih akrab dengan teknologi informasi dan komunikasi yang bisa membantu mengakses informasi tentang kesehatan, pengelolaan keuangan, atau kegiatan ekonomi. Diperlukan pendekatan yang berbeda untuk menjembatani kesenjangan pendidikan pada kelompok lanjut usia, seperti melaksanakan kegiatan penjangkauan masyarakat.</p> <p>Diperlukan pengembangan keterampilan bagi lanjut usia agar bisa meningkatkan prospek pekerjaan mereka, khususnya di sektor formal. Salah satu pendekatannya adalah memotivasi para lanjut usia untuk mengikuti pelatihan-pelatihan inisiatif (misalnya, program pra-kerja).</p> <p>Saat ini, program pra-kerja menerima peserta hingga usia 64 tahun. Peningkatan batas usia program perlu dipertimbangkan karena angka harapan hidup yang meningkat, dan menurut penelitian ini, lanjut usia di masa mendatang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi daripada lanjut usia saat ini.</p>
2.	Ada kemungkinan peningkatan jumlah lanjut usia yang tinggal sendiri di masa mendatang, seiring dengan peningkatan persentase responden yang belum menikah (3,0% dari kelompok pra-lanjut usia dan 1,6% dari kelompok lanjut usia).	<p>Untuk mengatasi masalah lanjut usia yang tinggal sendiri yang terus meningkat, pemerintah perlu mengambil langkah kebijakan yang memprioritaskan penyediaan perumahan yang terjangkau dan ramah lanjut usia, jaminan finansial (rencana pensiun), dan perencanaan keuangan. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengevaluasi pengaturan perumahan di masa mendatang dan layanan pendukung untuk mengatasi kebutuhan tersebut. Mendorong kelompok pra-lanjut usia yang bekerja di sektor informal untuk ikut serta dalam BPJS Ketenagakerjaan agar memperoleh perlindungan pendapatan di masa pensiun. Meskipun demikian, penting untuk memperkenalkan skema premi yang tepat agar bisa meningkatkan partisipasi mereka.</p>
3.	Kelompok lanjut usia lebih memilih bahasa lokal sebagai bahasa utama mereka daripada Bahasa Indonesia. Hanya 8,9% lanjut usia yang menggunakan Bahasa Indonesia di rumah mereka.	<p>Penyampaian layanan harus mempertimbangkan preferensi bahasa yang digunakan lanjut usia. Staf yang dapat berbicara dalam bahasa lokal akan berguna dalam membantu klien lanjut usia agar merasa lebih nyaman dan dihormati. Hal ini juga mampu memfasilitasi pemahaman yang lebih baik terhadap informasi yang diterima oleh para lanjut usia, sehingga bisa mengatasi hambatan komunikasi.</p>

4. KONDISI KESEHATAN, SOSIAL, DAN EKONOMI

Status Kesehatan

Kesehatan Fisik

Peningkatan harapan hidup tidak selalu berarti peningkatan harapan hidup sehat. Angka harapan hidup merupakan perkiraan rata-rata jumlah tahun hidup seseorang, sedangkan angka harapan hidup sehat adalah jumlah tahun hidup seseorang yang kemungkinan dapat dijalani tanpa penyakit atau ketidakmampuan (Robine, Saito, dan Jagger 2009).³ Angka harapan hidup sehat bisa menawarkan wawasan tentang keadaan kesehatan secara kuantitatif dan kualitatif, serta mengantisipasi biaya yang terkait dengan layanan perawatan kesehatan dan perawatan bagi lanjut usia. Angka harapan hidup sehat dapat digunakan untuk memperkirakan perubahan dalam partisipasi dan integrasi sosial lanjut usia. Harapannya adalah lanjut usia tidak hanya akan hidup lebih lama, tetapi juga tetap sehat (Jiao 2019). Strategi Nasional Kelanjutan bertujuan untuk meningkatkan angka harapan hidup dari 71 tahun pada tahun 2017 menjadi 75 tahun pada tahun 2024 dan angka harapan hidup sehat dari 62 tahun pada tahun 2017 menjadi 70 tahun pada tahun 2024.

Dari tahun 2000 hingga 2019, kesenjangan antara harapan hidup dan harapan hidup sehat tetap ada.⁴ Hal ini menunjukkan bahwa semakin panjang umur seseorang, semakin besar pula kemungkinan mereka mengalami disabilitas atau mengidap penyakit. Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2020, Indonesia memiliki harapan hidup sehat (Healthy Life Expectancy/HALE) sebesar 62,8 tahun pada tahun 2019 dan harapan hidup sebesar 71,34 tahun. Saat lahir, terdapat perbedaan delapan tahun antara harapan hidup dan harapan hidup sehat. Hal ini berarti orang-orang diproyeksikan menghadapi, secara rata-rata, delapan tahun hidup dengan penyakit atau disabilitas (Bloom 2019).

Bab ini membahas temuan ILAS terkait kesehatan fisik pra-lanjut usia dan lanjut usia. Bab ini menyajikan indikator terkait penilaian kesehatan subjektif, pelaporan nyeri subjektif, penyakit yang didiagnosis dokter, pengukuran kesehatan objektif, kesehatan mental, kesehatan kognitif, kesehatan fungsional, dan status disabilitas.

Penilaian Kesehatan Mandiri

Kondisi Kesehatan secara Umum

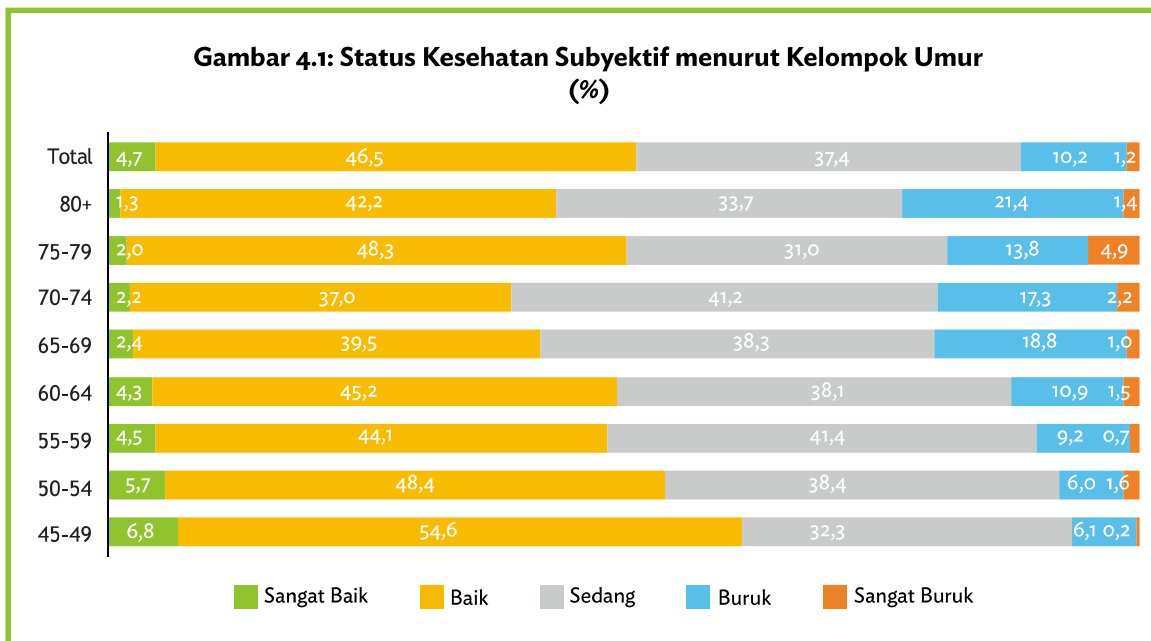
Penilaian kesehatan subjektif (Self-rated health/SRH) merupakan indikator yang banyak digunakan untuk mengukur status kesehatan individu. Penggunaan fasilitas layanan kesehatan sangat terkait dengan SRH (Tamayo-Fonseca 2015) dan dapat memperkirakan morbiditas (Goldberg et al. 2001) dan disabilitas fungsional (Takahashi et al. 2020).

³ Centers for Disease Control and Prevention. Life Expectancy. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/life-expectancy.htm>.

⁴ World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. <https://www.who.int/data/gho>.

Kuesioner ILAS menanyakan tentang kondisi kesehatan terkini dari pra-lanjut usia dan lanjut usia. Studi ini mengungkapkan bahwa kelompok pra-lanjut usia memiliki kesehatan yang lebih baik daripada kelompok lanjut usia, ditunjukkan oleh 48,6% hingga 61,4% dari kelompok umur pra-lanjut usia yang melaporkan kesehatan yang baik atau sangat baik dibandingkan dengan 39,2% hingga 50,3% pada kelompok lanjut usia.

Kelompok pra-lanjut usia juga menunjukkan proporsi yang lebih kecil dari kesehatan yang buruk atau sangat buruk (6,3% hingga 9,9%) daripada kelompok lanjut usia (12,4% hingga 22,8%) (Gambar 4.1). ILAS menemukan peningkatan yang tidak terduga dalam kelompok usia di atas usia 75 tahun yang menggambarkan kesehatan mereka sebagai baik/sangat baik.⁵

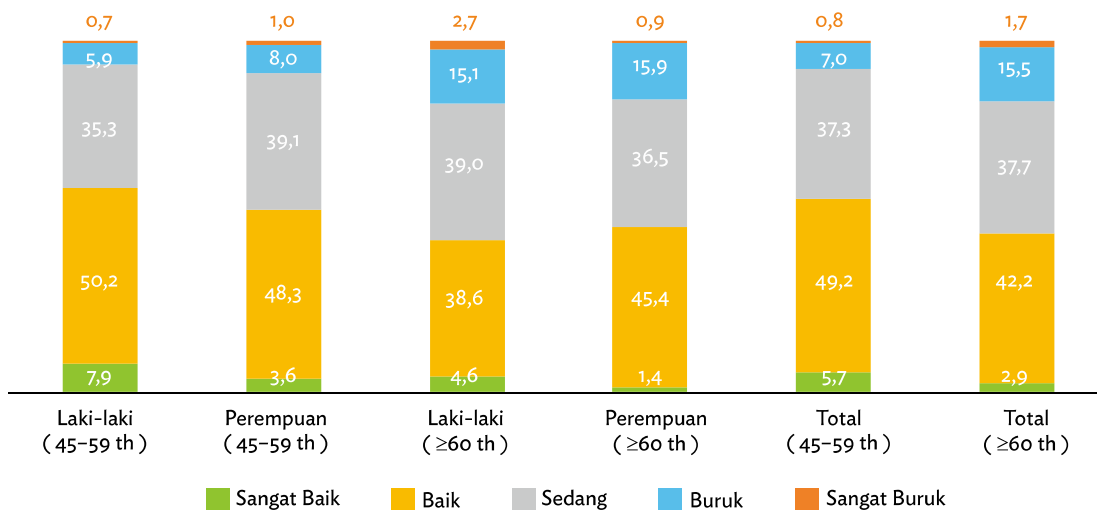


Relatif lebih banyak laki-laki dalam kelompok pra-lanjut usia yang melaporkan kesehatan yang baik atau sangat baik daripada perempuan (58,1% vs 51,9%). Proporsi perempuan yang menyatakan kesehatan mereka buruk atau sangat buruk lebih tinggi (9,0%) daripada laki-laki (6,6%) dalam kelompok usia yang sama. Sebaliknya, lebih banyak perempuan lanjut usia yang mengungkapkan kesehatan mereka baik atau sangat baik daripada laki-laki (46,8% vs 43,2%) dan lebih banyak laki-laki menyampaikan kesehatan yang buruk atau sangat buruk daripada perempuan (17,8% vs 16,8%) (Gambar 4.2).

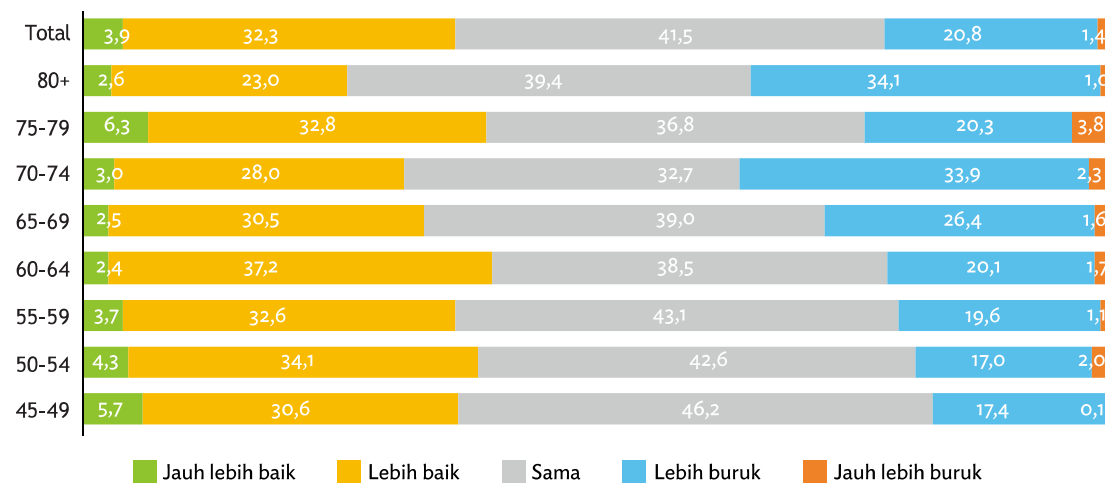
ILAS meminta responden untuk menilai status kesehatan mereka saat ini dibandingkan dengan 12 bulan terakhir. Secara umum, 36,2% responden menyatakan kesehatan mereka lebih baik atau jauh lebih baik dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Angka ini sedikit lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang melaporkan tidak ada perubahan sebesar 41,5% (Gambar 4.3). Meskipun demikian, persepsi tentang kondisi kesehatan yang lebih buruk/jauh lebih buruk meningkat seiring bertambahnya umur.

⁵ Umumnya, penuaan yang sehat ditandai dengan tidak adanya penyakit, kesehatan fisik dan kognitif yang prima, serta partisipasi aktif dalam kegiatan sosial. Akan tetapi, dalam studi terbaru, terjadi pergeseran dari indikator objektif ke subjektif, yang mengukur tingkat kebahagiaan atau kepuasan terhadap penuaan, bahkan saat ada penyakit. Perubahan ini terjadi karena beberapa orang lanjut usia secara subjektif menyatakan bahwa mereka merasa sehat, meskipun indikator kesehatan objektif mereka menunjukkan sebaliknya. Dikenal sebagai “paradoks kesejahteraan”, kondisi ini menunjukkan “ketahanan terhadap berbagai penyakit” (kemampuan untuk merespons dan menahan berbagai penyakit) (Whitmore et al. 2022; Wister et al. 2016). Studi menunjukkan bahwa status kesehatan subjektif lanjut usia dipengaruhi oleh penilaian kesehatan mereka dalam kaitannya dengan teman sebaya, persepsi mereka terhadap penuaan, dan persepsi masyarakat terhadap lanjut usia (Cheng, Fung, dan Chan 2007; Jylhä 2009; Fasel et al. 2021). Akibatnya, lanjut usia yang berusia 75 tahun ke atas mungkin merasa lebih baik daripada rekan-rekan sebayanya. Mereka mungkin merasakan bahwa masyarakat memperlakukan mereka dengan baik atau memiliki sikap positif terhadap kelanjutusiaan.

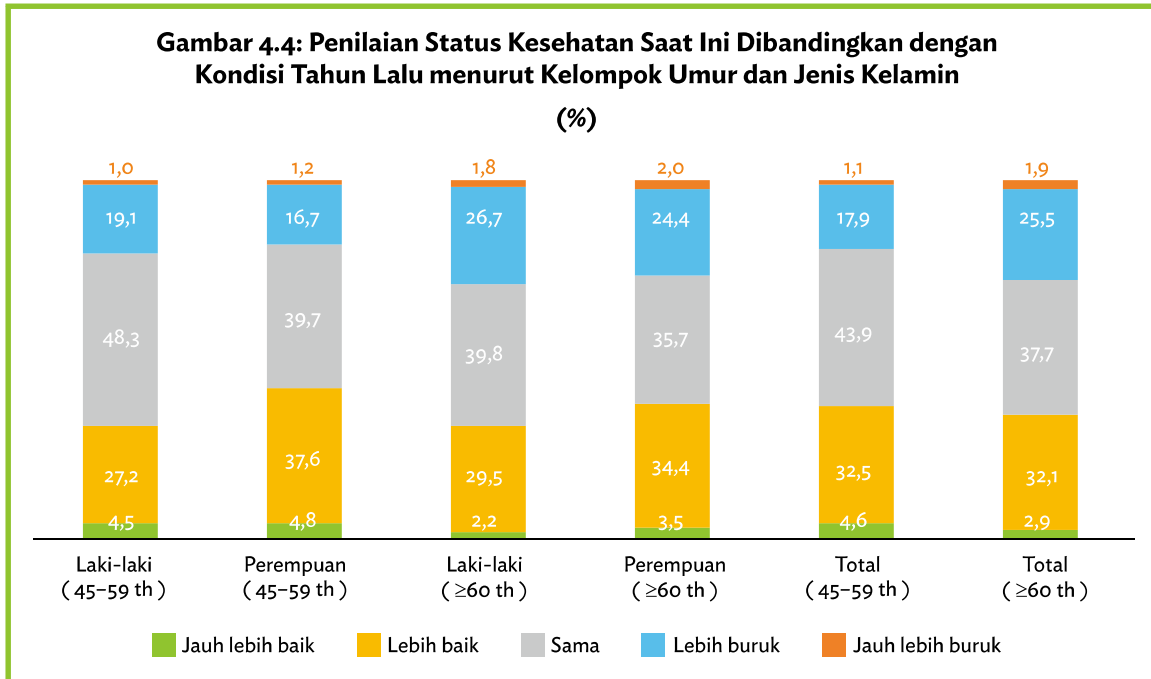
Gambar 4.2: Status Kesehatan Subyektif menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Gambar 4.3: Penilaian Status Kesehatan Saat Ini Dibandingkan dengan Kondisi Tahun Lalu menurut Kelompok Umur (%)



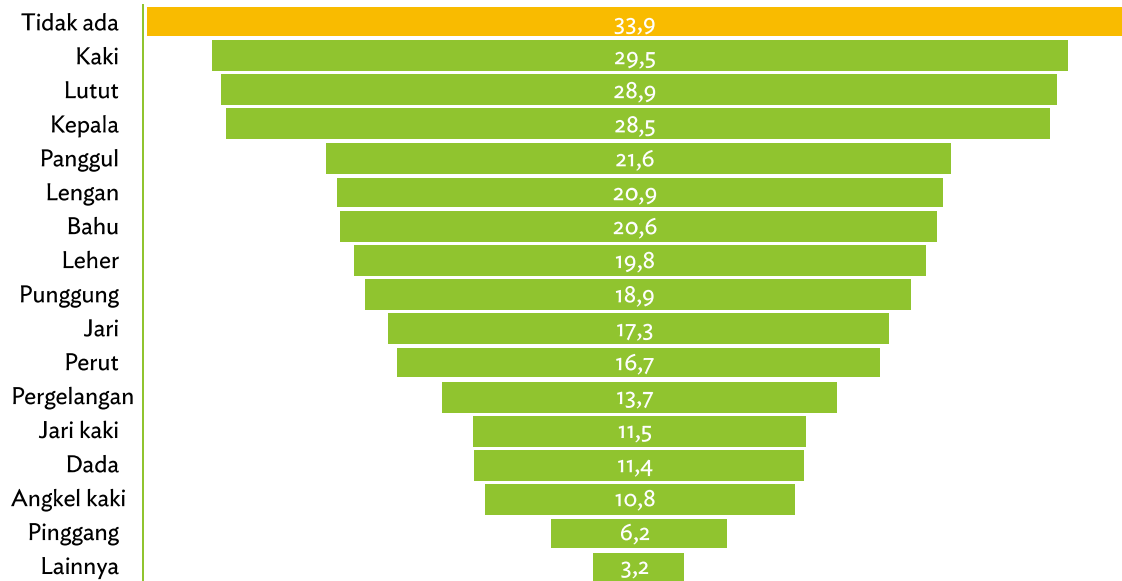
Lebih banyak laki-laki daripada perempuan yang merasa kesehatan mereka lebih buruk dibandingkan tahun sebelumnya (Gambar 4.4). Hal ini mungkin terjadi karena laki-laki mengalami penurunan daya tahan fisik dan psikologis yang lebih cepat di usia tua, karena mereka menggunakan lebih banyak cadangan tubuh di masa muda dan paruh baya (Majnarić et al. 2021).



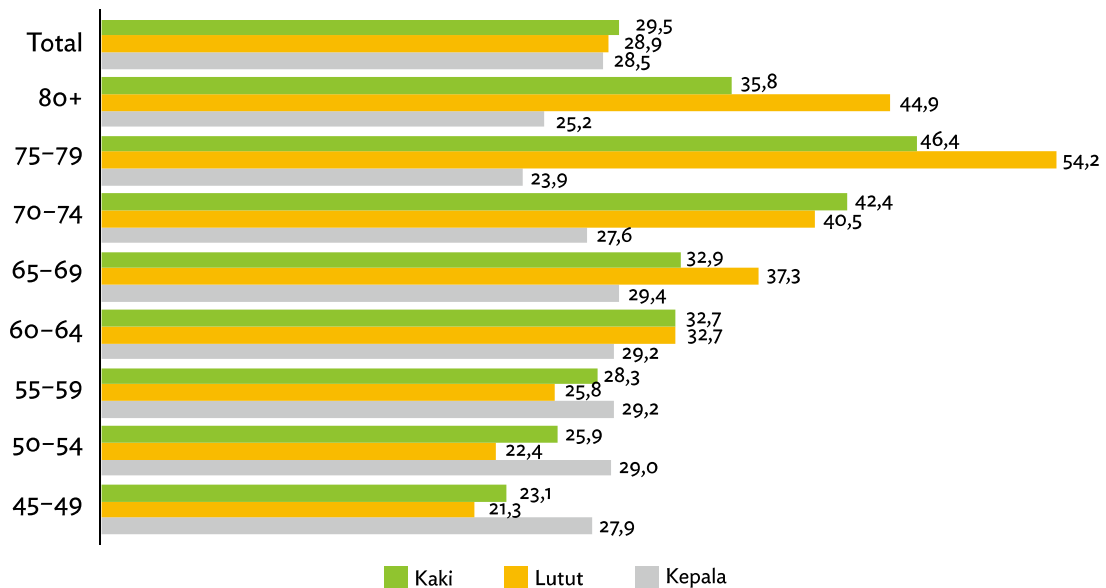
Pengungkapan Rasa Sakit (Keluhan Nyeri)

ILAS menanyakan kepada responden tentang nyeri yang mereka rasakan dalam 30 hari terakhir sehingga membatasi kemampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Responden memiliki pilihan untuk memilih beberapa jawaban tentang nyeri di berbagai bagian tubuh. Lebih dari 30% responden melaporkan bahwa mereka tidak merasakan nyeri di tubuh mereka (Gambar 4.5). Responden menyatakan bahwa bagian tubuh yang paling sering mereka rasakan nyeri adalah kaki (29,5%), lutut (28,9%), dan kepala (28,5%). Semakin menuanya seseorang, semakin besar kemungkinan mereka menyampaikan rasa nyeri di lutut dan kaki mereka (Gambar 4.6).

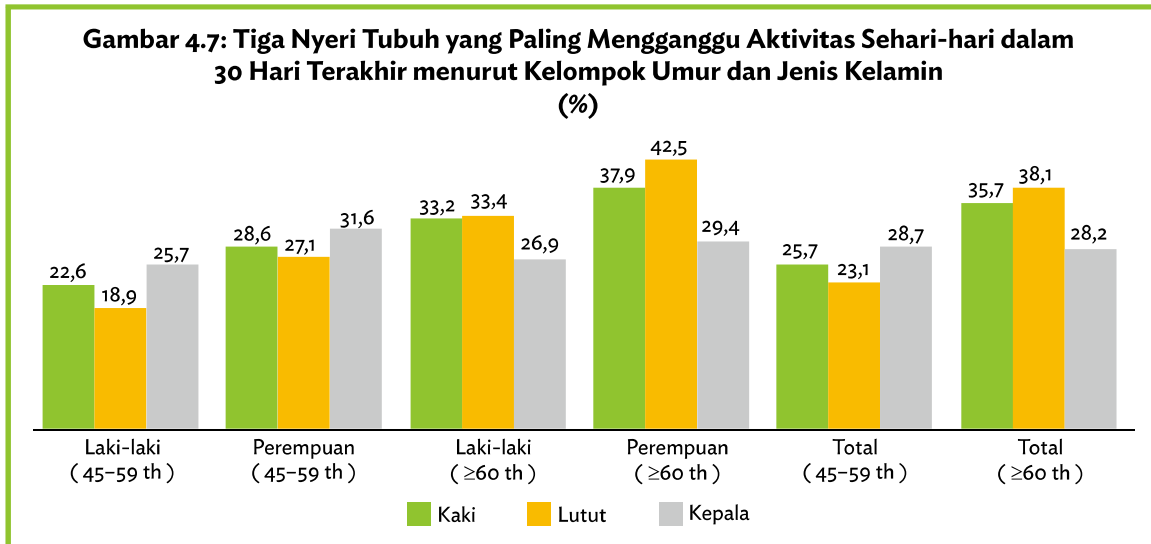
Gambar 4.5: Nyeri dan Keterbatasan Aktivitas Sehari-hari yang Dialami dalam 30 Hari Terakhir (%)



Gambar 4.6: Tiga Nyeri Tubuh Terbanyak dalam 30 Hari Terakhir yang Membatasi Aktivitas Sehari-hari menurut Kelompok Umur (%)



Sebagian besar lanjut usia mengalami nyeri lutut (38,1%), sementara sebagian besar pra-lanjut usia rentan mengalami sakit kepala (28,7%). Secara umum, persentase perempuan yang melaporkan nyeri pada kaki, lutut, dan kepala lebih tinggi daripada laki-laki (Gambar 4.7).

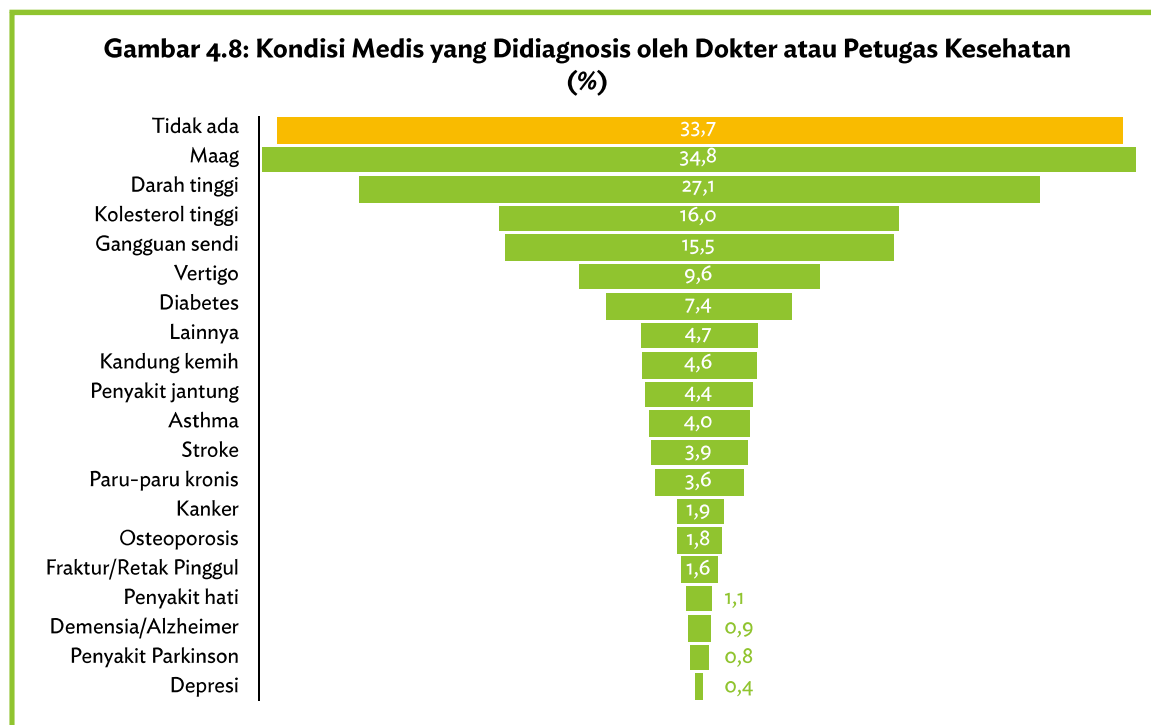


Nyeri pada usia lanjut dapat menimbulkan tantangan perawatan kesehatan yang signifikan karena populasi terus menua, dengan lanjut usia biasanya melaporkan tingkat nyeri yang lebih tinggi daripada pra-lanjut usia (Zimmer et al. 2022). Namun, nyeri seringkali tidak diungkapkan secara sukarela oleh lanjut usia karena mereka melihatnya sebagai bagian alami dari proses penuaan (Kaye, Baluch, dan Scott 2010). Padahal nyeri berdampak pada kualitas hidup (Azizabadi Farahani dan Assari 2010). Rasa nyeri dapat berdampak negatif pada berbagai aspek kualitas hidup. Hal ini termasuk masalah kesehatan umum, fungsi fisik yang berkurang, sikap negatif terhadap penuaan, dan kepuasan hidup yang lebih rendah (O'Sullivan 2017; van Blijswijk et al. 2015). Intensitas nyeri memiliki dampak terkuat pada fungsi fisik, dengan tingkat dan frekuensi nyeri berasosiasi negatif dengan aspek psikologis kualitas hidup, seperti sikap terhadap penuaan dan kepuasan hidup (Johansson et al. 2021). Selain itu, penelitian telah menunjukkan bahwa nyeri dikaitkan dengan harapan hidup yang lebih rendah (Torrance et al. 2010; Nitter dan Forseth 2013), meskipun tidak ada bukti yang jelas tentang hubungan ini dalam beberapa penelitian (Smith et al. 2014). Memastikan bahwa lansia tidak hanya hidup lebih lama, tetapi juga lebih sehat dan lebih bahagia semakin diperhitungkan sebagai kriteria untuk mengukur kualitas hidup yang baik (Phyo et al. 2020). Di Indonesia, nyeri semakin diakui sebagai aspek penting yang harus dikelola dan dicegah untuk menjaga kualitas hidup dan mencapai tujuan Strategi Nasional Kelanjutusiaan untuk harapan hidup dan harapan hidup sehat.

Diagnosis Penyakit

Penyakit tidak menular menempati urutan teratas penyebab kematian terbanyak di Indonesia (WHO 2020). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan adanya lonjakan prevalensi penyakit tidak menular seperti kanker, *stroke*, penyakit ginjal, diabetes melitus, hipertensi, dan kegemukan/obesitas jika dibandingkan dengan data sebelumnya tahun 2013 (Kementerian Kesehatan Indonesia 2019). Lanjut usia memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit tidak menular karena faktor-faktor seperti pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, paparan asap rokok dalam jangka waktu lama, atau konsumsi minuman keras (WHO 2023c). Pada lanjut usia di atas 60 tahun, prevalensi hipertensi yang didiagnosis dokter sebesar 32,6%, diabetes melitus 56%, dan *stroke* 43% (Rukmini et al. 2021).

ILAS menanyakan kepada responden tentang penyakit yang pernah didiagnosis oleh dokter dan/atau petugas kesehatan. Di antara mereka yang pernah mendapatkan diagnosis, lima kondisi medis yang paling sering disebutkan adalah maag atau masalah pencernaan lainnya (34,8%), hipertensi (27,1%), kolesterol tinggi (16,0%), gangguan sendi seperti radang sendi dan rematik (15,5%), dan vertigo (9,6%) (Gambar 4.8).



Boks 4.1: Perbandingan Indikator Strategi Nasional Kelanjutan dan Temuan ILAS

STRATEGI NASIONAL KELANJUTUSIAAN

STRATEGI 2: Peningkatan derajat kesehatan dan kualitas hidup lanjut usia

Arah kebijakan 2.3: Menurunkan angka kesakitan lanjut usia

Indikator: Persentase lanjut usia yang mengalami penyakit tidak menular

Data dasar 2018 (Riskesdas): 65%

Target 2024: 64%

ILAS 2023: 69,8%

Strategi nasional tersebut menargetkan 64% lanjut usia yang menderita penyakit tidak menular pada tahun 2024. Menurut data ILAS, hampir 70% lanjut usia telah menerima diagnosis setidaknya satu penyakit tidak menular. Hal ini menunjukkan bahwa tanpa upaya yang lebih besar maka strategi nasional tersebut tidak akan berhasil dilaksanakan. Evaluasi sangat penting dilakukan untuk mengukur tindakan yang diambil guna memastikan kualitas hidup yang baik bagi lanjut usia.

ILAS = Indonesia Longitudinal Aging Survey, Riskesdas = Riset Kesehatan Dasar.

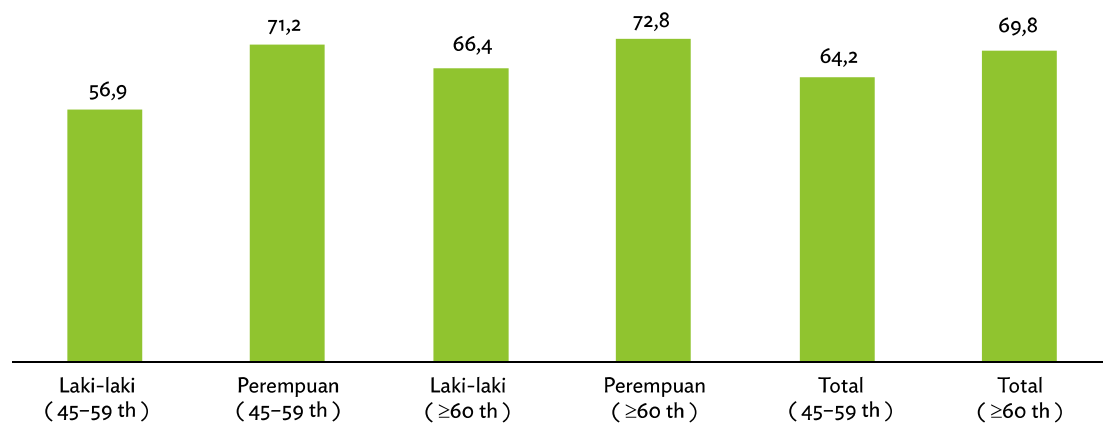
Sumber: Peraturan Presiden Nomor 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutan.

Seiring bertambahnya umur, persentase responden yang telah didiagnosis dengan setidaknya satu penyakit oleh dokter atau petugas kesehatan meningkat dari 62,3% pada kelompok usia 45–49 tahun menjadi 71,2% pada kelompok usia 80 tahun ke atas (Gambar 4.9). Rata-rata, 66,3% responden didiagnosis dengan setidaknya satu penyakit. Sekitar 70% lanjut usia telah menerima diagnosis dokter untuk setidaknya satu penyakit, dengan kejadian yang lebih tinggi pada perempuan daripada laki-laki (Gambar 4.10).

Gambar 4.9: Responden Didiagnosis Paling Tidak Satu Penyakit oleh Dokter atau Petugas Kesehatan menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 4.10: Responden Didiagnosis Paling Tidak Satu Penyakit oleh Dokter atau Petugas Kesehatan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



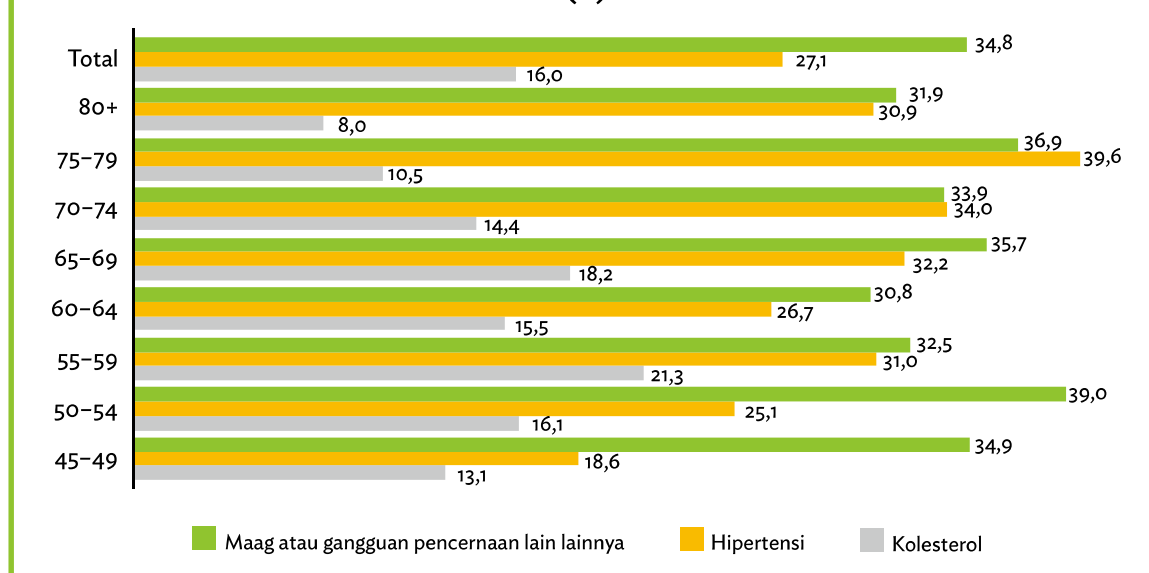
Lanjut usia memiliki prevalensi lebih tinggi mengalami sedikitnya empat penyakit atau komorbiditas dibandingkan dengan pra-lanjut usia (Tabel 4.1). Meskipun demikian, komorbiditas pada pra-lanjut usia harus terus dipantau, karena prevalensinya biasanya meningkat seiring bertambahnya umur (Salive 2013). Proporsi responden yang melaporkan telah didiagnosis dengan kolesterol tinggi lebih rendah pada kelompok usia 80 tahun ke atas (8,0%) dibandingkan dengan rata-rata (16%), sedangkan prevalensi hipertensi meningkat seiring bertambahnya umur (Gambar 4.11).

Tabel 4.1: Pola Komorbiditas pada Pra-Lanjut Usia dan Lanjut Usia

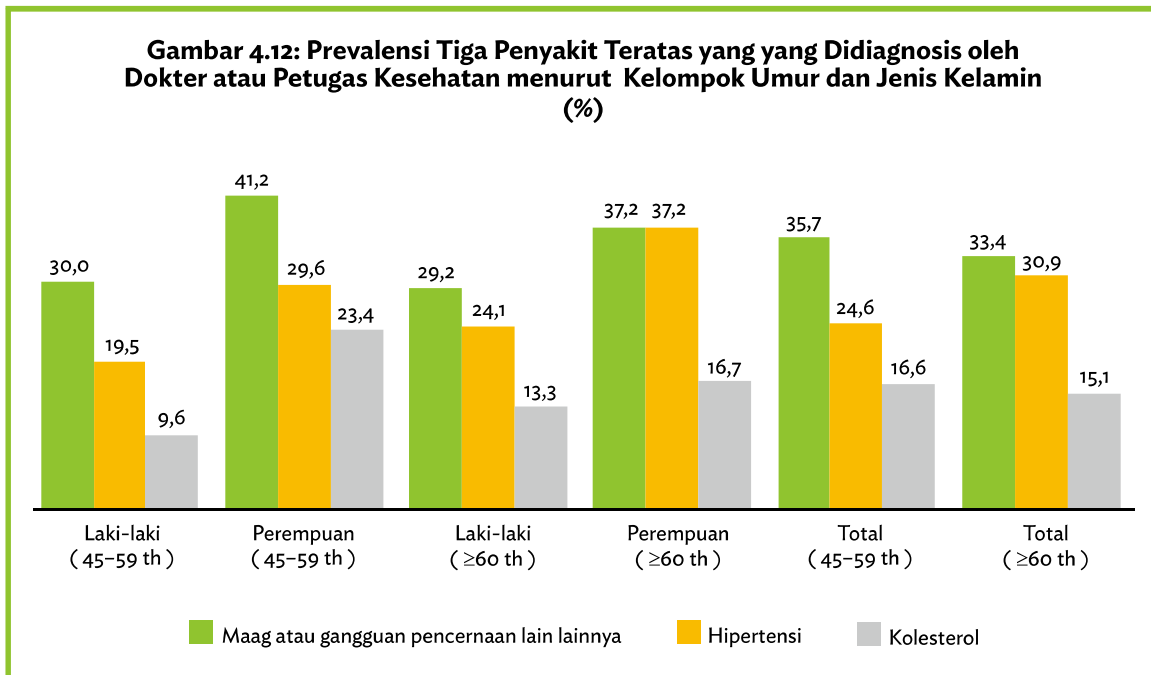
Total Komorbiditas	Pra-Lanjut usia		Lanjut usia		Total	
	%	N	%	N	%	N
1 Penyakit	41,9	698	40,6	459	41,4	1.157
2 Penyakit	29,0	484	23,5	265	26,8	749
3 Penyakit	16,4	274	16,6	187	16,5	461
4 Penyakit	7,6	126	9,6	108	8,4	235
≥5 Penyakit	5,1	85	9,7	110	6,9	195
Total	100,0	1.667	100,0	1.129	100,0	2.796

N = observasi.

Gambar 4.11: Prevalensi Tiga Penyakit Teratas yang Didiagnosis oleh Dokter atau Petugas Kesehatan menurut Kelompok Umur (%)



Perempuan, secara umum, memiliki prevalensi lebih tinggi mengalami tiga penyakit teratas yang didiagnosis dibandingkan dengan laki-laki (Gambar 4.12).

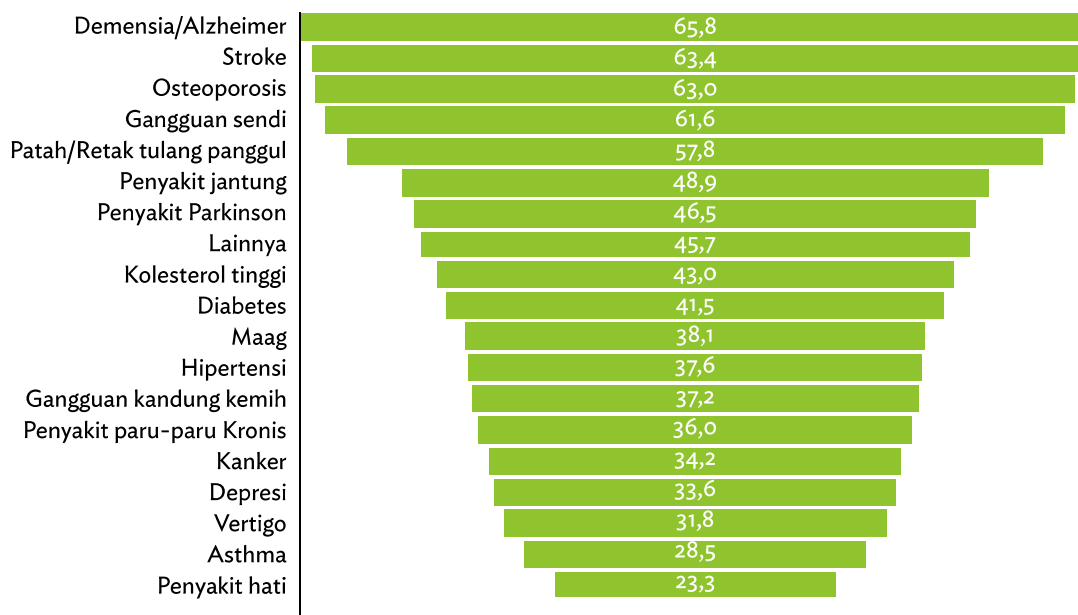


Responden yang menyatakan didiagnosis dengan penyakit tersebut kemudian ditanya apakah penyakit tersebut membatasi aktivitas sehari-hari mereka. Aktivitas harian yang dinilai meliputi mandi, berpakaian, berpindah dari tempat tidur atau kursi, berjalan, menggunakan toilet, dan makan. Daftar aktivitas yang ditanyakan juga mencakup aktivitas instrumental seperti berbelanja, melakukan transaksi perbankan, memasak, mengemudi, membersihkan rumah, dan menggunakan transportasi umum (Miller 2012). Hasil menunjukkan bahwa demensia dan penyakit Alzheimer⁶ merupakan penyakit utama yang membatasi aktivitas responden (65,8% pasien menyatakan keterbatasan), diikuti oleh *stroke* (63,4%) dan osteoporosis (63,0%) (Gambar 4.13).

Analisis lebih lanjut difokuskan pada tiga penyakit teratas yang membatasi aktivitas sehari-hari: demensia dan/atau Alzheimer, *stroke*, dan osteoporosis (Gambar 4.14). Hasilnya menunjukkan bahwa demensia merupakan penyakit yang paling sering dilaporkan yang menyebabkan keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari di antara pra-lanjut usia (73,9%), sedangkan *stroke* merupakan penyebab keterbatasan aktivitas sehari-hari yang paling sering dilaporkan di antara lanjut usia (70,8%) (Gambar 4.15). Lebih banyak perempuan daripada laki-laki, di kedua kelompok usia, melaporkan ketiga penyakit teratas yang membatasi aktivitas harian mereka. Pada laki-laki pra-lanjut usia yang didiagnosis dengan demensia/penyakit Alzheimer, tidak ada keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari yang dilaporkan.

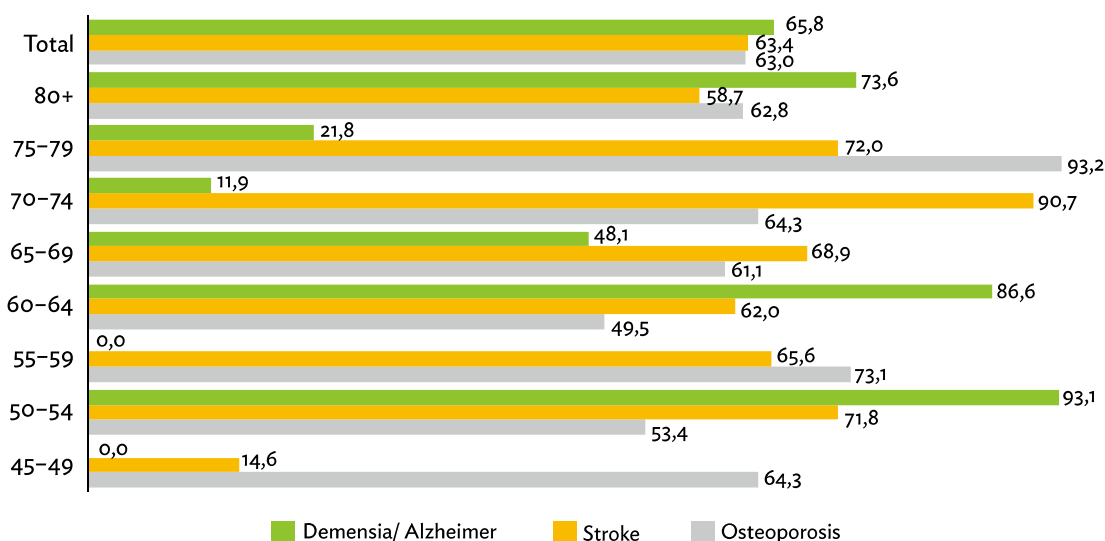
⁶ Selama pengumpulan data, kami menggunakan istilah-istilah sederhana seperti gangguan memori atau pikun untuk memastikan responden mudah memahaminya.

Gambar 4.13: Pasien dengan Keterbatasan Fungsional dalam Aktivitas Sehari-hari menurut Penyakit (%)

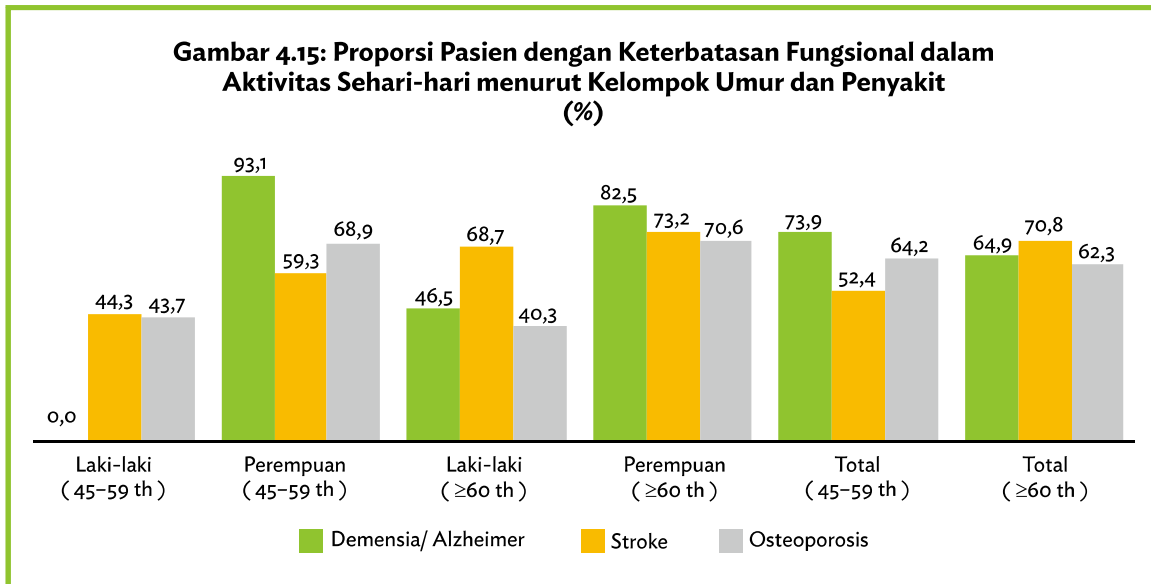


Catatan: Lainnya termasuk alergi (cuaca, debu, dingin, protein, makanan laut), anemia, batu empedu, batu ginjal, demam berdarah, gagal ginjal, epilepsi, kelenjar tiroid, gondok, glaukoma, katarak, meningitis, patah tulang, lupus, demam tifoid, saraf terjepit, TBC, hipotensi, sinusitis, dislokasi tulang, gegar otak, gejala menopause, herpes, kelainan darah, kelenjar getah bening, kelumpuhan total, fibroid rahim, penebalan dinding rahim, dan tetanus.

Gambar 4.14: Proporsi Pasien dengan Keterbatasan Fungsional dalam Aktivitas Sehari-hari menurut Kelompok Umur dan Penyakit (%)



Gambar 4.15: Proporsi Pasien dengan Keterbatasan Fungsional dalam Aktivitas Sehari-hari menurut Kelompok Umur dan Penyakit (%)



Pengukuran Fisik

Pengukuran kesehatan dilakukan sesuai urutan yang disepakati. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahan saat mencatat hasil. Hal ini juga dirancang untuk mencegah satu pengukuran memengaruhi hasil pengukuran lainnya (misalnya, tekanan darah). Dalam survei ini, pengukuran kesehatan disusun dalam urutan berikut: (1) tekanan darah, (2) berat badan, (3) tinggi badan, (4) lingkaran pinggang, (5) lingkaran pinggul, dan (6) kekuatan genggaman tangan.

Tekanan darah

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), hipertensi merupakan penyebab utama kematian dini (WHO 2023a). Hipertensi meningkatkan risiko terkena penyakit kardiovaskular dan ginjal (Kjeldsen 2018). Kemungkinan terkena hipertensi meningkat seiring bertambahnya umur (Ostchega et al. 2020). Meskipun demikian, prevalensi hipertensi yang terdiagnosis lebih rendah daripada hipertensi yang terukur, yang menunjukkan bahwa sejumlah besar kasus hipertensi di Indonesia tidak terdeteksi (Ostchega et al. 2020). Data dari survei longitudinal menunjukkan bahwa sekitar 70% orang dewasa di Indonesia tidak menyadari jika mereka memiliki tekanan darah tinggi (Hussain et al. 2016).

Pengukuran tekanan darah dalam survei ini dilakukan dengan menggunakan monitor tekanan darah digital. Nilai rata-rata dihitung dari setiap pengukuran setelah mengurangi 5 milimeter merkuri (mmHg) dari pembacaan sistolik dan diastolik monitor (Hussain et al. 2016). Pengukuran akhir mengikuti metode perhitungan Shahbabu et al. (2016), yang mengidentifikasi varians absolut 5 mmHg dalam pembacaan tekanan darah antara monitor digital dan sphygmomanometer merkuri untuk nilai sistolik dan diastolik. Pembacaan tekanan darah dikategorikan berdasarkan pedoman yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Indonesia seperti optimal, normal, normal tinggi, hipertensi derajat 1, hipertensi derajat 2, hipertensi derajat 3, dan hipertensi sistolik terisolasi. Nilai tekanan darah optimal, normal, dan normal tinggi dikategorikan sebagai normal, sedangkan hipertensi derajat 1, 2, dan 3 dan hipertensi sistolik terisolasi termasuk dalam kategori hipertensi (Tabel 4.2).

Tabel 4.2: Klasifikasi Hipertensi pada Orang Dewasa

Klasifikasi	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)		Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	dan	<80
Normal	120–129	dan/ atau	80–84
Normal tinggi	130–139	dan/ atau	85–89
Hipertensi derajat 1	140–159	dan/ atau	90–99
Hipertensi derajat 2	160–179	dan/ atau	100–109
Hipertensi derajat 3	≥180	dan/ atau	≥110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥140	dan	<90

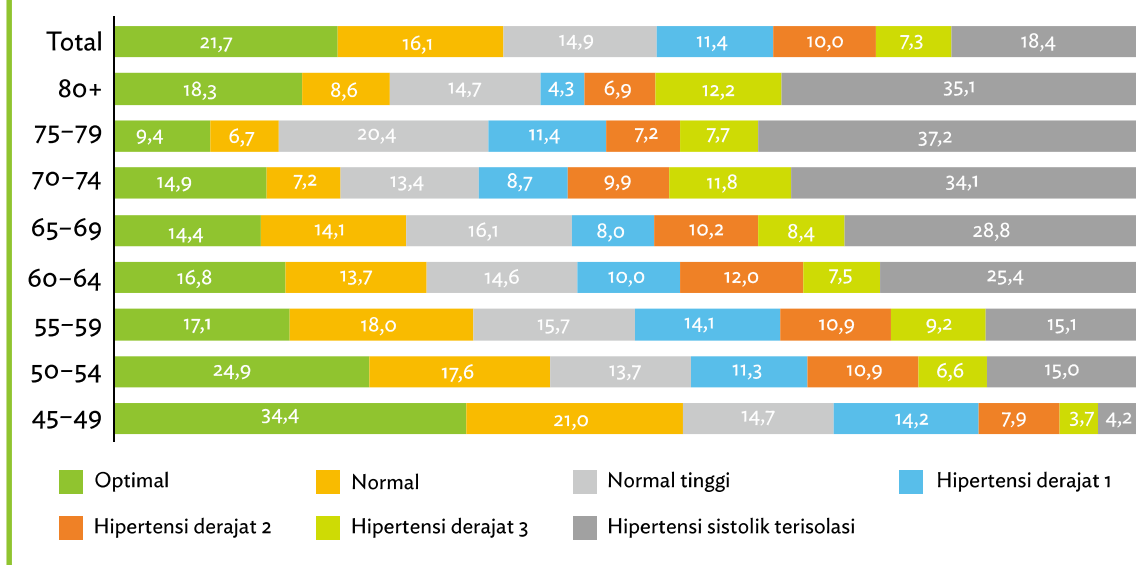
mmHg = milimeter air raksa.

Catatan: Klasifikasi hipertensi pada orang dewasa di Indonesia didasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Indonesia No. HK.01.07/MENKES/4634/2021 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa, yang menggunakan pedoman manajemen hipertensi arteri oleh Williams et al. (2018) sebagai acuan.

Sumber: Kementerian Kesehatan Indonesia. 2021. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.

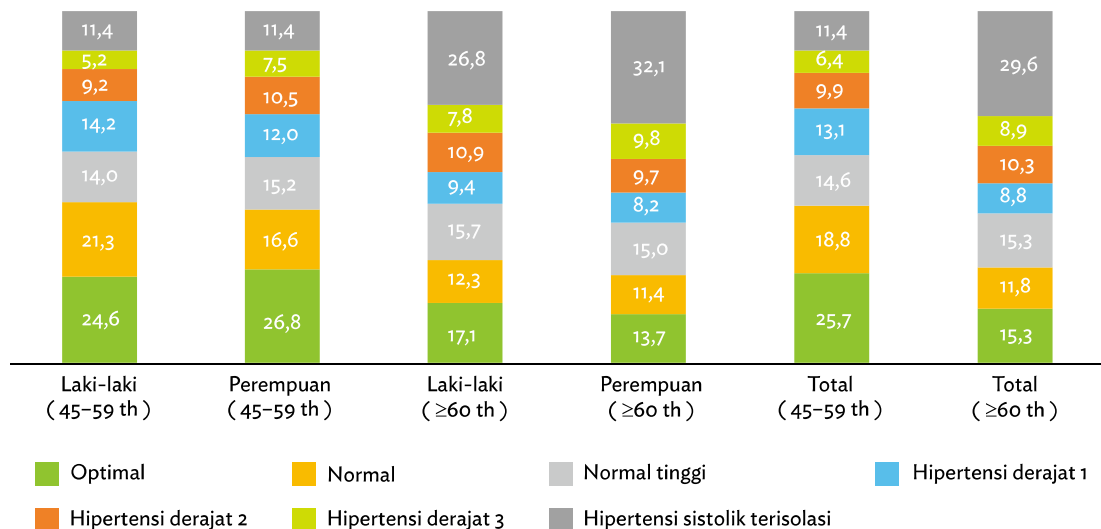
HK.01.07/MENKES/4634/2021 tentang Pedoman Nasional Hipertensi pada Orang Dewasa (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/4634/2021 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa). https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduhan_1660186120_529286.pdf; Williams, B. et al. 2018. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. European Heart Journal. 39. pp. 3021–104. doi:10.1097/ HJH.0000000000001940.

Dari responden ILAS, 47,1% tergolong hipertensi, dengan 11,4% memiliki hipertensi tingkat 1. Prevalensi hipertensi cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, mencapai 30,0% pada kelompok usia 45–49 tahun dan 58,5% pada kelompok usia 80+ tahun (Gambar 4.16).

Gambar 4.16: Klasifikasi Pengukuran Tekanan Darah menurut Kelompok Umur (%)

Sekitar 30% dari lanjut usia memiliki hipertensi sistolik terisolasi,⁷ dengan kejadian hipertensi lebih tinggi pada perempuan dibandingkan pada laki-laki (Gambar 4.17). Hasilnya serupa dengan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, yang menggunakan kriteria yang ditetapkan oleh Komite Gabungan Nasional VII untuk mengkategorikan hipertensi. Menurut kriteria ini, seseorang dianggap hipertensi jika pembacaan sistoliknya 140 mmHg dan pembacaan diastoliknya 90 mmHg. Hipertensi terbukti meningkat pada kelompok usia 45+ berdasarkan temuan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Prevalensi hipertensi pada kelompok usia 45-54 adalah 45%, meningkat menjadi 55% pada kelompok usia 55-64, selanjutnya meningkat menjadi 63% pada kelompok usia 65-74, dan mencapai puncaknya pada 69% pada kelompok usia 75 tahun ke atas.

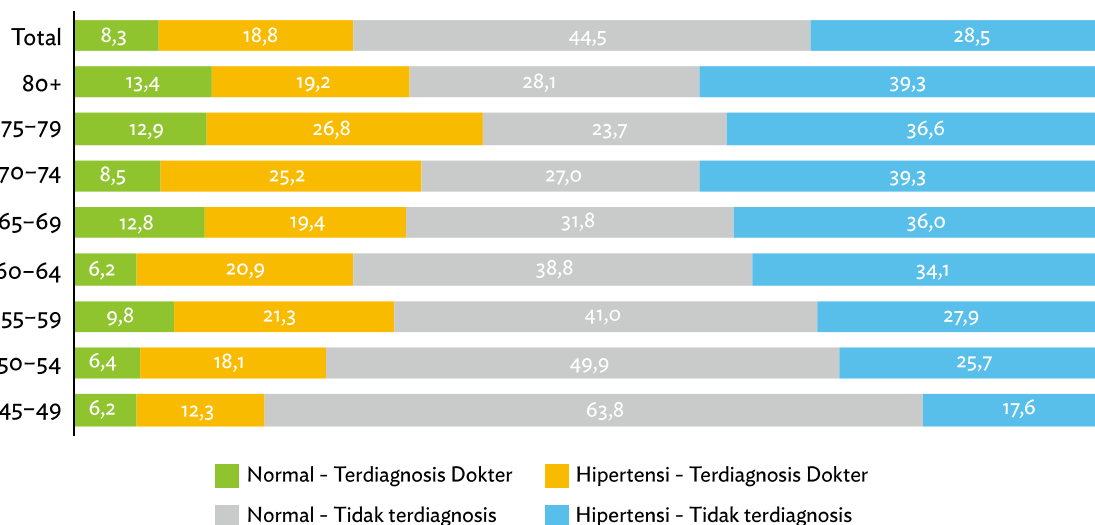
Gambar 4.17: Klasifikasi Pengukuran Tekanan Darah menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



ILAS membandingkan prevalensi hipertensi yang didiagnosis dokter dengan pembacaan tekanan darah saat pengumpulan data lapangan dan memilahnya ke dalam empat kelompok. Responden yang didiagnosis hipertensi oleh dokter dengan pembacaan sistolik kurang dari 140 mmHg atau pembacaan diastolik kurang dari 90 mmHg diklasifikasikan sebagai normal yang didiagnosis-dokter. Responden yang telah didiagnosis hipertensi oleh dokter termasuk dalam kategori hipertensi-diagnosis-dokter jika pembacaan sistoliknya 140 mmHg atau pembacaan diastoliknya 90 mmHg. Responden yang belum pernah didiagnosis oleh dokter tetapi memiliki tekanan darah normal dikategorikan sebagai normal-tidak terdiagnosis. Mereka yang belum didiagnosis oleh dokter dan memiliki pembacaan sistolik 140 mmHg atau pembacaan diastolik 90 mmHg termasuk dalam kelompok hipertensi yang tidak terdiagnosis. Persentase kasus hipertensi yang didiagnosis selama pengukuran lapangan melebihi yang didiagnosis oleh dokter (Gambar 4.18).

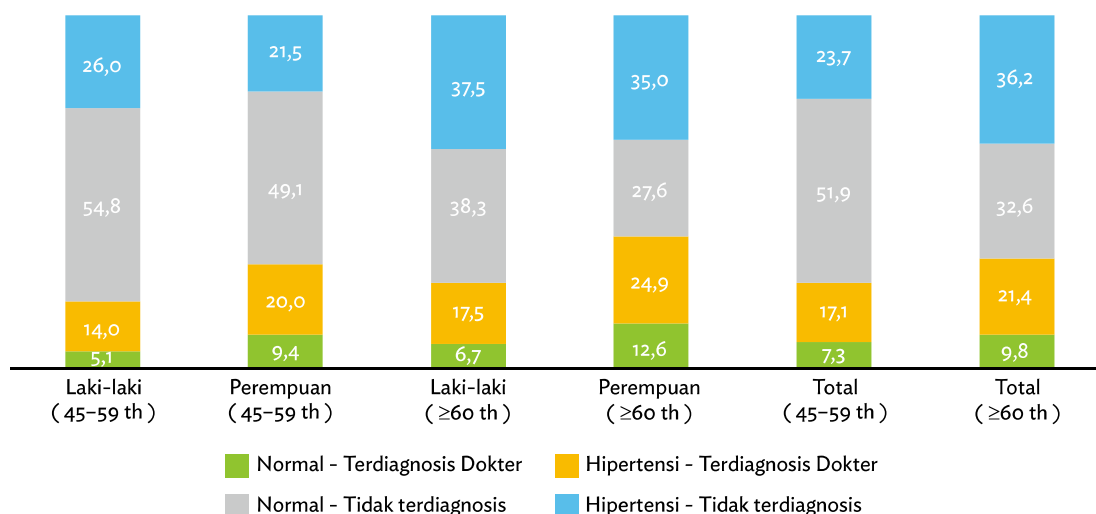
⁷ Hipertensi sistolik terisolasi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik 140 mmHg dan tekanan darah diastolik <90 mmHg berdasarkan "Keputusan Menteri Kesehatan Indonesia No. HK.01.07/MENKES/4634/2021" tentang Pedoman Nasional Hipertensi Dewasa, yang menggunakan pedoman untuk penanganan hipertensi arteri.

Gambar 4.18: Pengukuran Tekanan Darah Berdasarkan Diagnosis Dokter dan Pengukuran Lapangan menurut Kelompok Umur (%)



Lebih dari sepertiga lanjut usia hidup dengan hipertensi yang tidak terdiagnosis (Gambar 4.19). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi yang didiagnosis oleh petugas kesehatan relatif rendah (Pengpid dan Peltzer 2022; Morey, Valencia, dan Lee 2022). Laki-laki dalam kelompok lanjut usia memiliki tingkat hipertensi yang tidak terdiagnosis lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki pra-lanjut usia. Kemungkinan hipertensi yang tidak terdiagnosis empat kali lebih tinggi pada lanjut usia dibandingkan dengan pra-lanjut usia (Ambaw Kassie et al. 2023).

Gambar 4.19: Pengukuran Tekanan Darah Berdasarkan Diagnosis Dokter dan Pengukuran Lapangan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Status Gizi

Indeks Massa Tubuh

Terjadi peningkatan yang signifikan dalam tingkat obesitas dan kelebihan berat badan di antara orang-orang berusia 18 tahun ke atas di Indonesia dalam beberapa dekade terakhir (Pujilestari et al. 2017; Oddo, Maehara, dan Rah 2019). Banyak studi epidemiologi menunjukkan hubungan antara obesitas dan kanker, penyakit kardiovaskular, diabetes tipe 2, dan penyakit hati (Jin et al. 2023). Dampak obesitas di Indonesia dapat dikendalikan dengan memprioritaskan deteksi dini dan pencegahan melalui gaya hidup sehat. Indeks massa tubuh dapat dikategorikan sebagai kurus, normal, berat badan lebih, atau obesitas (Tabel 4.3). Survei kesehatan nasional di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, menggunakan klasifikasi ini (Kementerian Kesehatan Indonesia 2019).

Tabel 4.3: Ambang Batas Indeks Massa Tubuh

Kategori	Indeks Massa Tubuh (kg/m ²)
Kurus	< 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Berat badan lebih	25,0 – 26,9
Obesitas	≥ 27,0

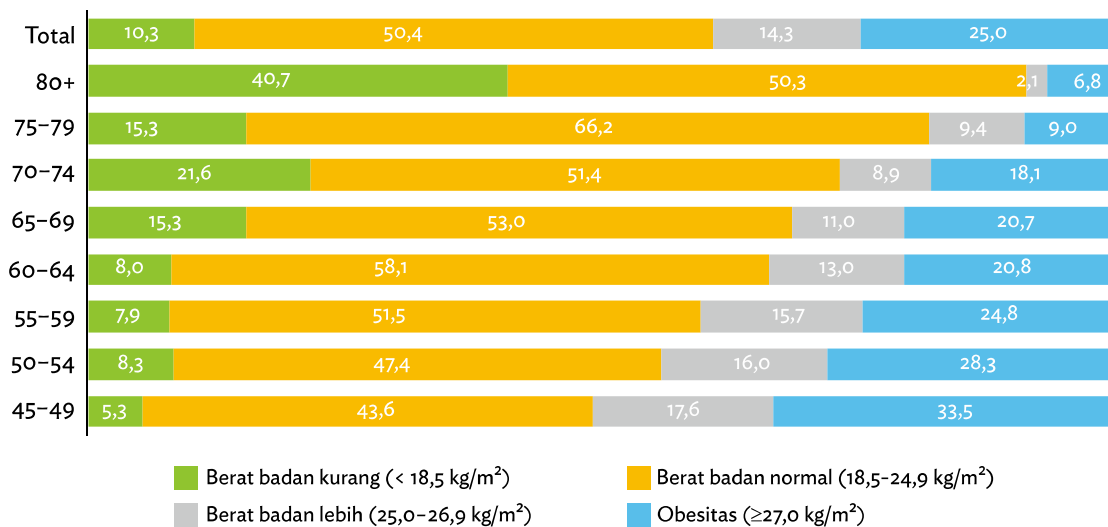
kg = kilogram, m² = meter persegi.

Sumber: Kementerian Kesehatan Indonesia, 2019. Laporan Nasional Riskesdas 2018 (dalam Bahasa Indonesia). Lembaga Penerbitan Badan Penelitian Kesehatan dan Pembangunan.

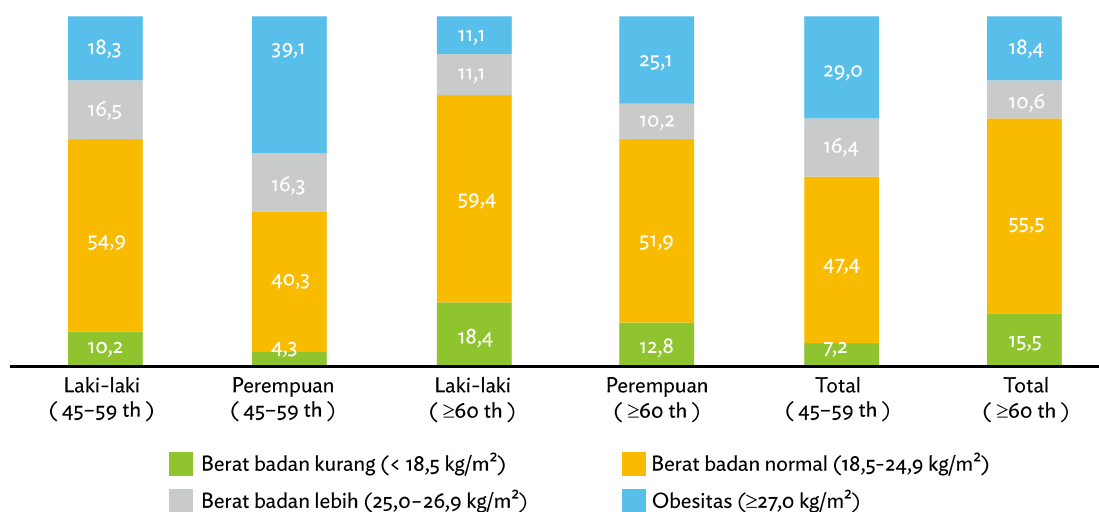
Analisis status gizi dengan menggunakan indeks massa tubuh tidak memasukkan responden yang terbaring di tempat tidur (2,17%), dan data yang ditampilkan hanya berlaku pada responden yang tinggi dan berat badannya diukur pada saat pengambilan data lapangan (97,8%). Sesuai dengan klasifikasi yang digunakan dalam Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, responden ILAS dapat dikelompokkan ke dalam kategori kurus (10,3%), berat badan normal (50,4%), berat badan lebih (14,3%), dan obesitas (25%) (Gambar 4.20). Hasil ini sejalan dengan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 yang menunjukkan bahwa penduduk berusia di atas 18 tahun dikategorikan sebagai berat badan kurang (9,3%), berat badan normal (55,3%), berat badan lebih (13,6%), dan obesitas (21,8%).

Pra-lanjut usia berusia 45–59 tahun memiliki tingkat obesitas yang lebih tinggi (29%) dibandingkan dengan lanjut usia. Di sisi lain, orang yang berusia 60 tahun ke atas lebih mungkin mengalami kekurangan berat badan (kurus) (15,5%) dibandingkan dengan orang pra-lanjut usia (7,2%). Laki-laki cenderung kekurangan berat badan (kurus), sedangkan perempuan lebih cenderung mengalami obesitas (Gambar 4.21). Lanjut usia rentan terhadap masalah gizi atau malnutrisi, terutama yang berkaitan dengan penurunan berat badan. Penurunan berat badan untuk lanjut usia sering kali merupakan akibat dari defisiensi makronutrien dan/atau katabolisme. Penurunan berat badan pada lanjut usia dapat dikaitkan dengan berbagai faktor, termasuk kejadian katabolik terkait penyakit, penyakit tertentu, atau anoreksia terkait usia ("anoreksia lansia"), serta asupan makanan yang buruk, dan faktor-faktor lainnya (Norman, Haß, dan Pirlich 2021). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa laki-laki lebih cenderung kekurangan berat badan daripada perempuan (Gupta et al. 2021; Jamir et al. 2015).

Gambar 4.20: Status Gizi Berdasarkan Indeks Massa Tubuh menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 4.21: Status Gizi Berdasarkan Indeks Massa Tubuh Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Boks 4.2: Perbandingan Indikator Strategi Nasional Kelanjutusiaan dan Temuan ILAS

STRATEGI NASIONAL KELANJUTUSIAAN

STRATEGI 2: Peningkatan derajat kesehatan dan kualitas hidup lanjut usia

Arah kebijakan 2.1: Meningkatkan status gizi dan pola hidup yang sehat

Indikator: Persentase gangguan gizi pada lanjut usia

Data dasar 2018 (Riskesdas): 41% (gangguan gizi)

Target 2024: 40%

ILAS 2023: kurus (15,5%), berat badan lebih (10,6%), obesitas (18,4%); Total (44,5%)

Gangguan gizi mencakup kondisi seperti kurus, berat badan lebih, dan obesitas. Menurut Strategi Nasional Kelanjutusiaan, data dasar mencatat 41% gangguan gizi. Strategi tersebut menargetkan adanya pengurangan prevalensi gangguan gizi hingga 40% pada tahun 2024. Dalam ILAS, 44,5% lanjut usia menderita gangguan gizi, angka yang melampaui sasaran yang ditetapkan dalam strategi nasional.

ILAS = Indonesia Longitudinal Aging Survey, Riskesdas = Riset Kesehatan Dasar.

Sumber: Peraturan Presiden Nomor 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan.

Obesitas Perut

Pengukuran obesitas perut disertakan dalam penelitian ini untuk memberikan pemahaman yang lebih komprehensif tentang obesitas yang terjadi di masyarakat. Alasan di balik ini adalah bahwa meskipun indeks massa tubuh dapat memberikan gambaran umum tentang obesitas, hal itu mungkin dapat mengabaikan gangguan metabolik yang dapat diungkap dengan mengukur lingkaran pinggang untuk obesitas perut (Tchernof dan Després 2013). Obesitas perut pada lanjut usia lebih berhubungan erat dengan kerentanan dan risiko kematian daripada indeks massa tubuh (Liao et al. 2018), seperti halnya risiko kematian karena sebab apa pun (Alharbi et al. 2022).

Lingkar pinggang digunakan untuk mengukur obesitas perut dan diklasifikasikan menurut pedoman Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 (Tabel 4.4). Berdasarkan klasifikasi ini, obesitas perut dialami oleh 53,9% responden ILAS (Gambar 4.22).

Tabel 4.4: Klasifikasi Obesitas Perut dan/atau Obesitas Sentral pada Orang Dewasa

Jenis Kelamin	Lingkar Pinggang (cm)	Klasifikasi
Laki-laki	≤90	Normal
	>90	Obesitas perut
Perempuan	≤80	Normal
	>80	Obesitas perut

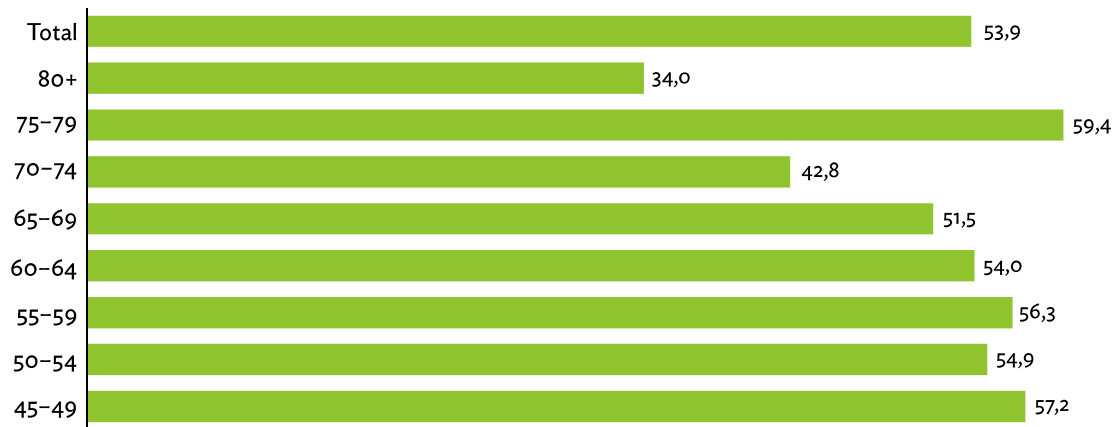
cm = centimeter.

Catatan: Klasifikasi lingkaran perut untuk populasi Asia didasarkan pada Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018.

Sumber: Kementerian Kesehatan Indonesia. 2019. Laporan Nasional Riskesdas 2018 (dalam Bahasa Indonesia).

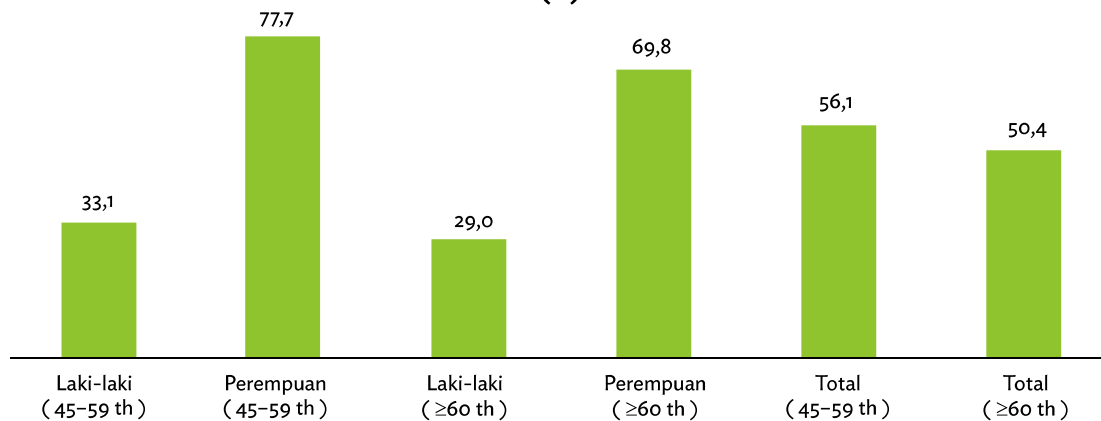
Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pembangunan Kesehatan.

Gambar 4.22: Obesitas Perut dengan Lingkar Pinggang Lebih dari 90 Cm menurut Kelompok Umur (%)



Lima puluh enam persen pra-lanjut usia mengalami obesitas perut, yang lebih umum terjadi dibandingkan dengan lanjut usia. Perempuan lebih mungkin menderita obesitas perut dibandingkan dengan laki-laki tanpa memandang umur (Gambar 4.23).

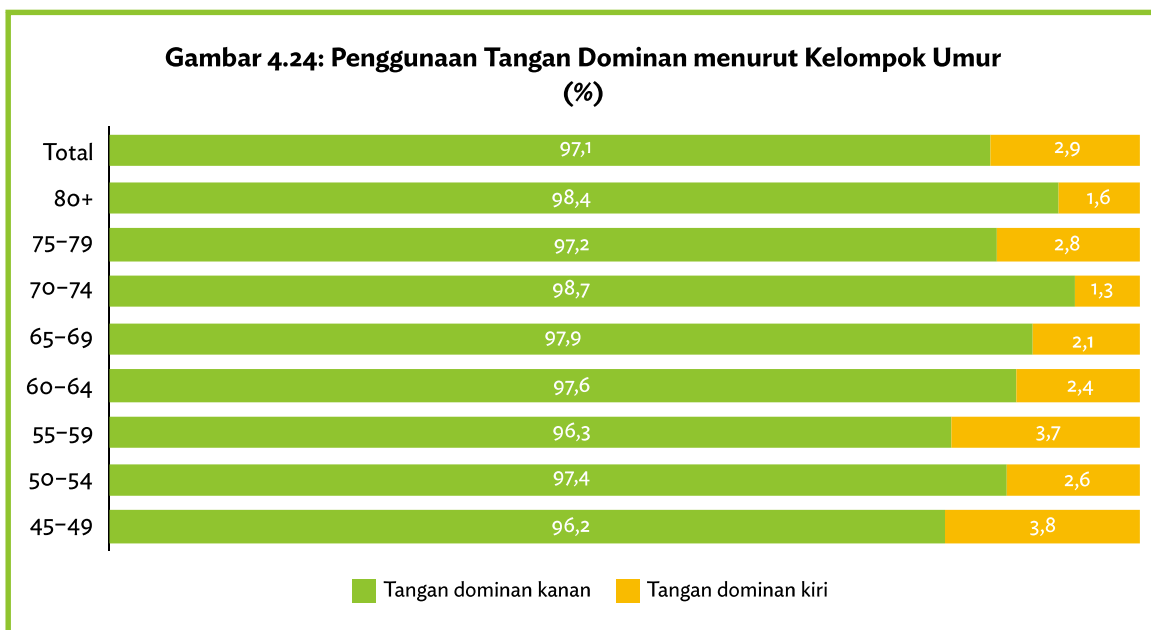
Gambar 4.23: Obesitas Perut dengan Lingkar Pinggang Lebih dari 90 Cm menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



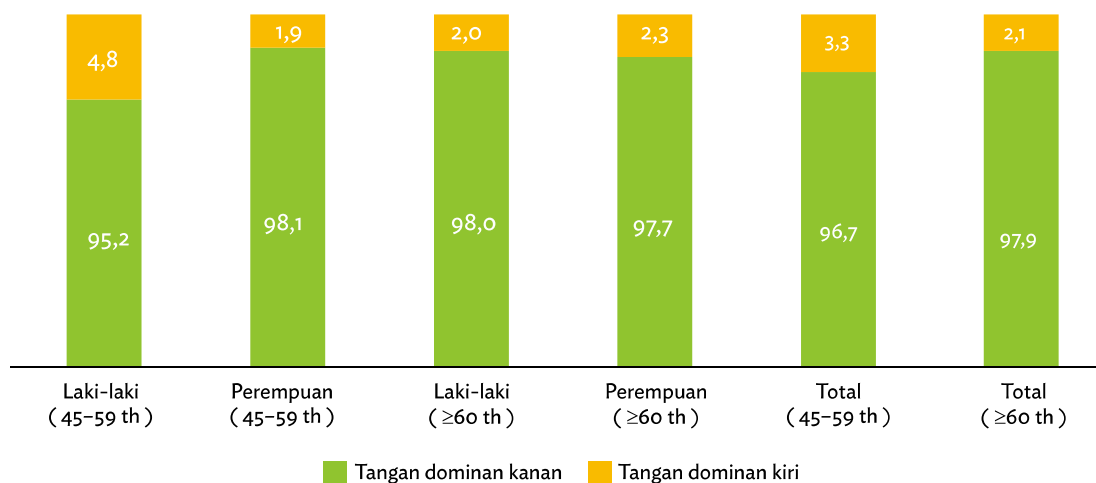
Kekuatan Genggaman Tangan

Kekuatan genggaman tangan digunakan untuk mengukur kekuatan otot (Lee 2021). Umur, jenis kelamin, ras/etnis, pendidikan, status merokok, indeks massa tubuh, penyakit penyerta, dan aktivitas fisik telah dikaitkan dengan kekuatan genggaman tangan pada lanjut usia yang tinggal di masyarakat (Germain 2016). Kekuatan genggaman tangan yang lemah didefinisikan oleh Asian Working Group on Sarcopenia sebagai kurang dari 26 kilogram (kg) pada laki-laki dan kurang dari 18 kg pada perempuan (Chen et al. 2014). Biasanya terdapat nilai normatif yang berbeda untuk kekuatan genggaman tangan bagi orang-orang dengan usia dan jenis kelamin tertentu tergantung pada wilayah geografis dan/atau etnis (Kim, Won, dan Kim 2018). Kekuatan genggaman tangan menurun seiring bertambahnya umur (Pengpid dan Peltzer 2018). Biasanya, laki-laki cenderung mencapai skor kekuatan genggaman tangan yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (Morey, Valencia, dan Lee 2022). Penelitian menunjukkan bahwa kekuatan genggaman tangan berhubungan dengan hasil kesehatan lainnya seperti fungsi kognitif, kepuasan hidup, kesejahteraan subjektif, depresi dan kecemasan (Jiang et al. 2022), gangguan tidur (Morey, Valencia, dan Lee 2022), dan mortalitas (Rijk et al. 2016). Pengukuran rutin kekuatan genggaman tangan dapat menjadi metode untuk mengidentifikasi lanjut usia yang kesehatannya buruk (Bohannon 2019). Penurunan status kesehatan lanjut usia terkait erat dengan perubahan pola kerja, seperti mengerjakan tugas yang tidak terlalu berat dan bekerja dengan jam kerja yang lebih sedikit (Suriastini et al. 2023b).

Dinamometer digunakan untuk mengukur kekuatan genggaman tangan pada tangan dominan dan nondominan. Menurut ILAS, mayoritas pra-lanjut usia dan lanjut usia menggunakan tangan kanan mereka secara dominan (Gambar 4.24 dan Gambar 4.25).

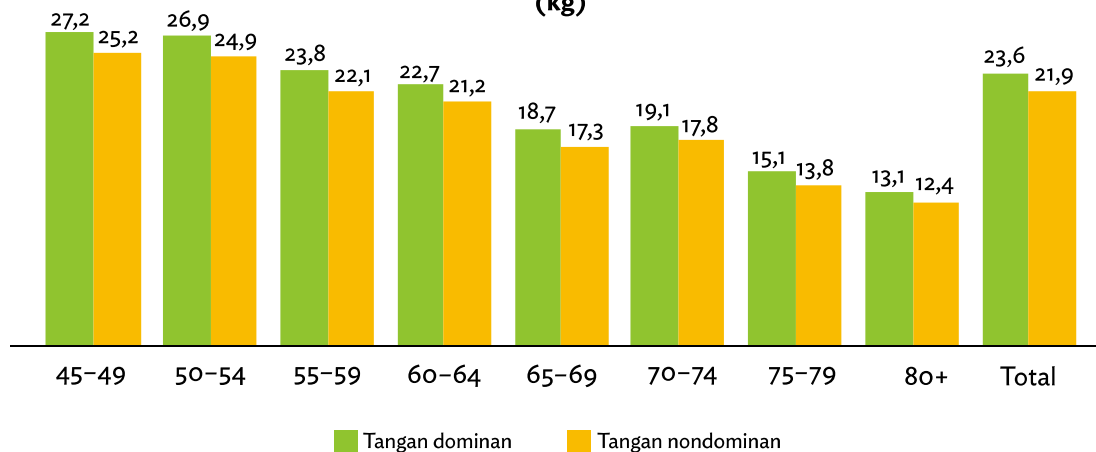


Gambar 4.25: Penggunaan Tangan Dominan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



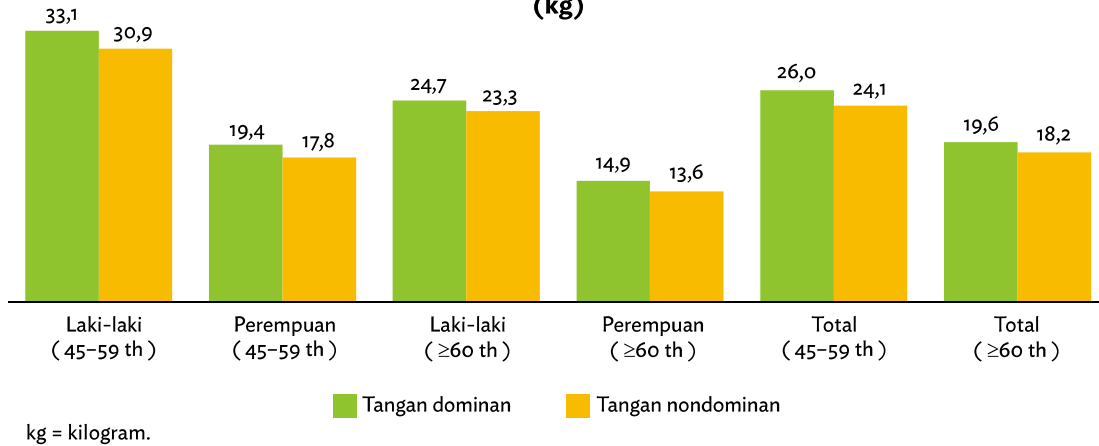
Kekuatan genggam tangan cenderung menurun seiring bertambahnya umur, dan laki-laki umumnya memiliki kekuatan otot yang lebih besar daripada perempuan (Gambar 4.26 dan Gambar 4.27). ILAS menemukan bahwa kekuatan genggam tangan mencapai puncaknya pada usia 45 hingga 49 tahun dan menurun seiring bertambahnya umur. Tingkat kekuatan genggam tangan yang rendah dikaitkan dengan risiko mengalami keterbatasan kerja yang dapat memengaruhi kapasitas kerja mereka, yang mengarah pada terbatasnya kesempatan kerja dan pekerjaan dengan gaji yang lebih rendah (Morera et al. 2023). Oleh karena itu, penting untuk meningkatkan kesadaran tentang menjaga kekuatan otot guna mencegah dampak yang terkait dengan hilangnya otot, misalnya, dengan menekankan perlunya berolahraga secara teratur dan menyediakan peralatan olahraga untuk umum guna mendorong anggota masyarakat berolahraga.

Gambar 4.26: Rata-rata Kekuatan Genggam Tangan menurut Kelompok Umur (kg)



kg = kilogram.

Gambar 4.27: Rata-Rata Kekuatan Genggaman Tangan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (kg)

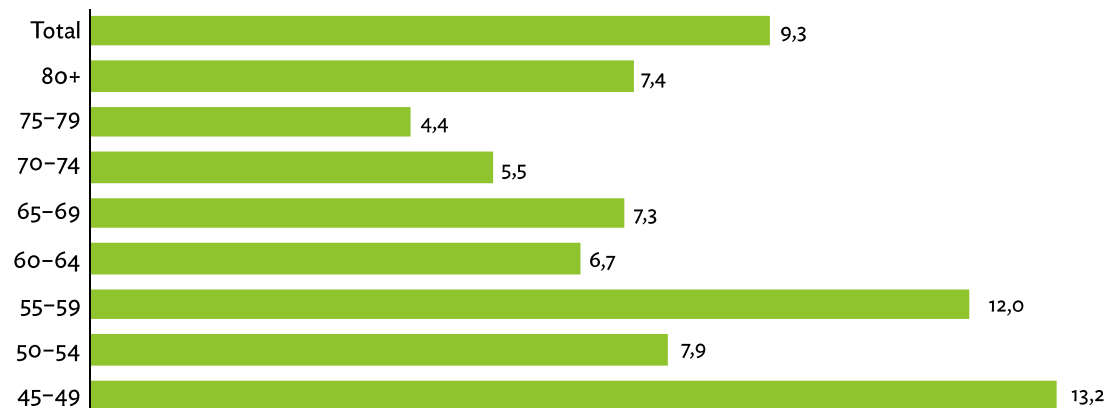


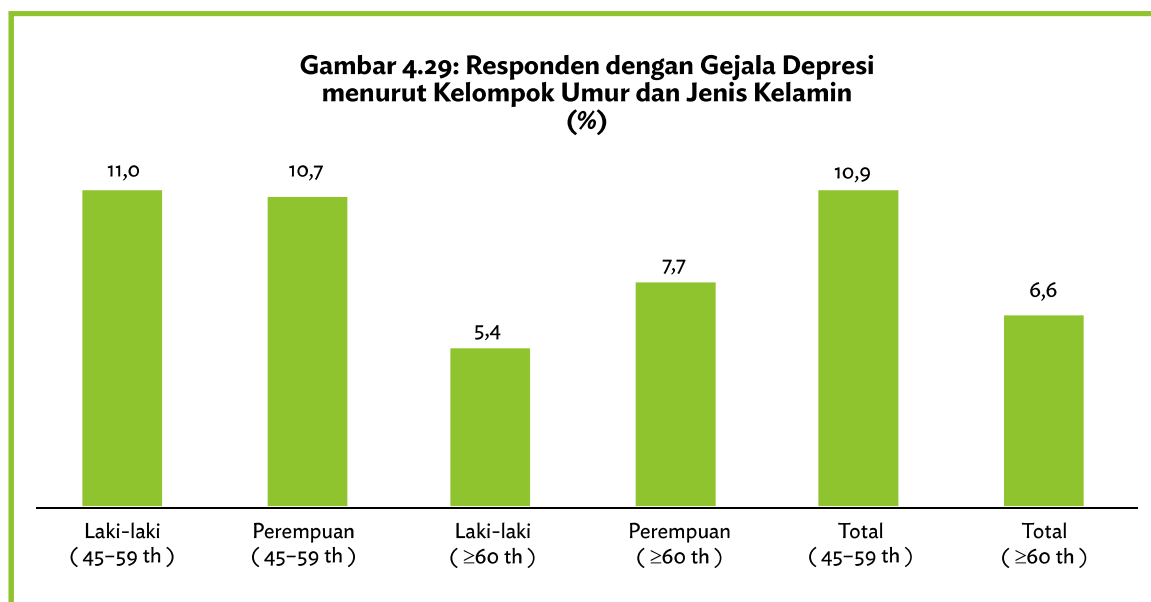
Kesehatan Mental

Kesehatan psikologis lanjut usia dinilai dengan memeriksa adanya gejala depresi menggunakan skala 10 dari Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D). Modul CES-D 10 mencakup 10 pertanyaan tentang perasaan responden selama seminggu terakhir. Pernyataan negatif mendapat skor 0 jika responden memilih "tidak pernah" (kurang dari sehari), 1 untuk "kadang-kadang" (1-2 hari), 2 untuk "sesekali" (3-4 hari), dan 3 untuk "selalu" (5-7 hari). Untuk pernyataan positif, skornya dibalik. Responden didiagnosis depresi jika skor totalnya mencapai 10 atau lebih (Miller, Anton, dan Townson 2008).

Gejala depresi lebih umum terjadi pada pra-lanjut usia dan perempuan lanjut usia (Gambar 4.28 dan Gambar 4.29). Persentase pra-lanjut usia yang mengalami depresi adalah 10,9%, lebih tinggi sekitar 4 poin persentase daripada lanjut usia (6,6%). Persentase perempuan lanjut usia yang mengalami gejala depresi juga lebih tinggi (7,7%) daripada laki-laki (5,4%).

Gambar 4.28: Responden dengan Gejala Depresi menurut Kelompok Umur (%)





Kesehatan Kognitif

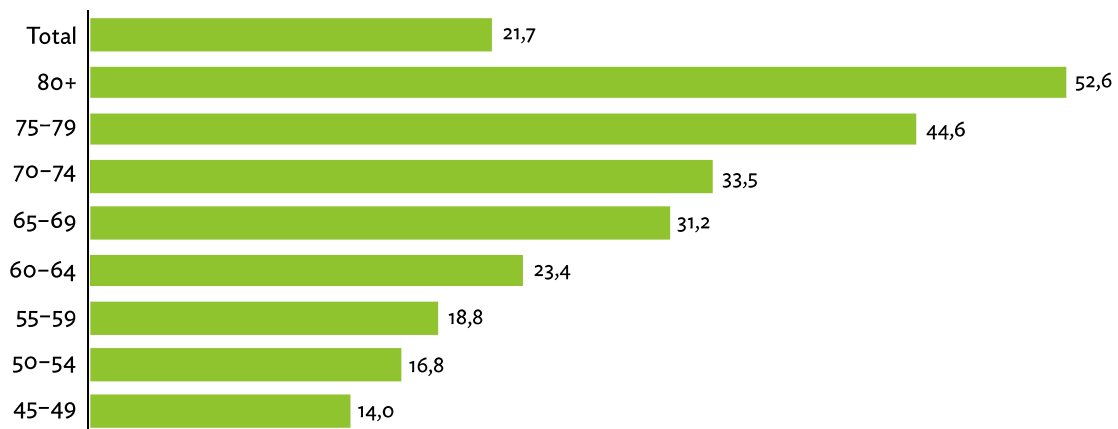
Lanjut usia sering mengalami gangguan kognitif dan demensia seiring bertambahnya umur (Tianyi et al. 2019). Gangguan kognitif didefinisikan sebagai kesulitan mengingat, belajar, fokus, atau pengambilan keputusan yang mengganggu aktivitas sehari-hari (Khanna dan Metgud 2020). Menurut Murman (2015), seiring bertambahnya umur, kemampuan kognitif mereka untuk bernalar dan memecahkan masalah cenderung menurun, sementara keterampilan dan ingatan yang diperoleh di awal kehidupan, seperti pengetahuan umum dan kosakata dapat dipertahankan hingga usia tua. Namun, studi menunjukkan bahwa stimulasi mental berkelanjutan melalui pekerjaan atau pendidikan, sosialisasi, dll. dapat memiliki efek protektif (Tucker dan Stern 2011).

Alat penilaian yang disebut six-item screener (SIS) digunakan untuk mengenali potensi gangguan kognitif pada responden. Dalam SIS, tiga item digunakan untuk menilai orientasi temporal (hari, bulan, tahun) dan ingatan tertunda (apel, meja, koin). Setiap jawaban yang benar terhadap pertanyaan diberi skor 1. Skor total dari keenam item ini digunakan untuk menentukan potensi gangguan kognitif (Callahan et al. 2002).

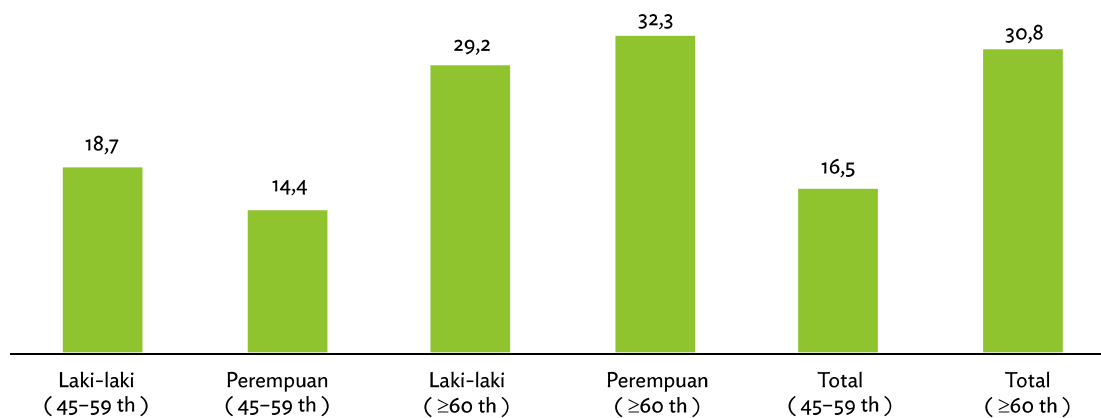
Studi yang dilakukan sebelumnya telah menunjukkan hubungan positif antara skor SIS dan pendidikan. Oleh karena itu, skor batas untuk menentukan gangguan kognitif adalah 2 untuk individu buta huruf, 3 untuk lulusan sekolah dasar, dan 4 untuk lulusan sekolah menengah pertama (Chen et al. 2010).

Gangguan kognitif juga meningkat seiring bertambahnya umur (Gambar 4.30). Laki-laki dalam kelompok usia 45-59 tahun lebih mungkin mengalami gangguan kognitif daripada perempuan, sementara perempuan dalam kelompok usia 60 tahun ke atas mengalami gangguan kognitif yang lebih tinggi (Gambar 4.31). Perbedaan ini tidak mungkin disebabkan oleh komposisi, karena penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa penurunan kognitif terjadi lebih cepat pada perempuan daripada pada laki-laki (Levine et al. 2021). Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perbedaan ini meliputi durasi pendidikan formal yang lebih pendek dan keterlibatan yang lebih besar dalam tugas-tugas rumah tangga, yang konsisten dengan hasil studi ILAS (Okamoto et al. 2021).

Gambar 4.30: Gangguan Kognitif menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 4.31: Gangguan Kognitif menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Hasil penelitian terdahulu mengungkapkan bahwa 20,1% lanjut usia di Yogyakarta mengalami demensia (Suriastini et al. 2020). Demensia juga tersebar luas di wilayah lain di Indonesia (Ong et al. 2021). Dari perspektif layanan kesehatan, pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) belum cukup siap untuk memberikan layanan bagi orang yang tinggal dengan pasien demensia (Suriastini et al. 2023c). Data dari ILAS menyoroti perlunya layanan kesehatan bagi lanjut usia dan pra-lanjut usia untuk mencegah situasi semakin memburuk.

Kesehatan Fungsional

Aktivitas fisik adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan gerakan tubuh yang dilakukan oleh otot rangka untuk menghasilkan energi, termasuk kegiatan yang dilakukan di tempat kerja, olahraga, pengondisian, pekerjaan rumah tangga, dan aktivitas lainnya. (Caspersen et al. 1985). Seiring bertambahnya usia, massa otot dan tulang biasanya berkurang, yang menyebabkan penurunan fungsi fisik. Aktivitas fisik yang teratur membantu menjaga fungsi fisik dan menurunkan kemungkinan penurunan kapasitas fisik terkait umur (Bueno de Souza et al. 2018). Aktivitas fisik juga merupakan komponen utama penuaan yang baik (Eckstrom et al. 2020).

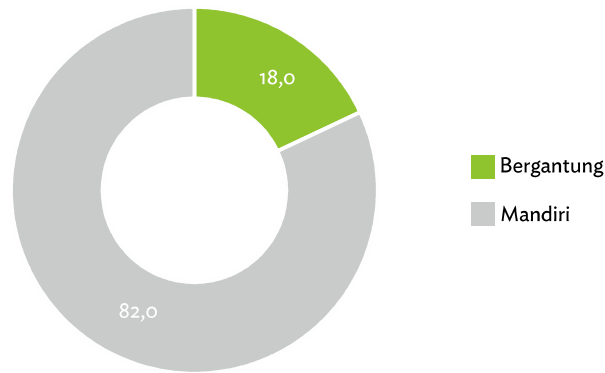
Lanjut usia dapat memperoleh banyak manfaat kesehatan dari aktivitas fisik, termasuk menjaga fungsi fisik (Langhammer, Bergland, dan Rydwick 2018). Fungsi fisik sangat penting untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) dan aktivitas instrumental kehidupan sehari-hari (IADL) (Edemekong et al. 2023). Ketidakmampuan untuk melakukan ADL dan IADL secara mandiri dapat menyebabkan peningkatan ketergantungan dan penurunan kualitas hidup (Millán-Calenti et al. 2010). Dalam bab ini, ILAS memberikan gambaran umum tentang penilaian ADL dan IADL pada responden yang berusia 60 tahun ke atas.

Activities of Daily Living

ADLs mencakup perawatan diri sehari-hari, seperti berkeliling, makan, berpakaian, mandi, dan menggunakan toilet. Responden dievaluasi berdasarkan kemampuannya untuk melakukan masing-masing aktivitas ini baik secara mandiri (tanpa perlu pengawasan, arahan, atau bantuan pribadi) atau bergantung (memerlukan beberapa tingkat pengawasan, arahan, bantuan pribadi, atau perawatan total). Skor 1 diberikan kepada mereka yang dapat melakukan suatu aktivitas secara mandiri. Berdasarkan indeks Barthel yang digunakan dalam survei ini, skor total berkisar dari 0 hingga 20, dengan skor yang lebih rendah menunjukkan disabilitas yang lebih besar. Skor 20 diberikan kepada mereka yang mandiri, 12–19 kepada mereka yang membutuhkan bantuan minimal dengan ADLs, 9–11 kepada mereka yang sebagian bergantung, 5–8 kepada mereka yang sangat bergantung, dan 0–4 kepada mereka yang sepenuhnya bergantung (Collin et al. 1988). Sementara IADL membutuhkan keterampilan berpikir yang lebih kompleks, ADLs berfokus pada kemampuan fisik seseorang. Kemampuan kognitif (seperti penalaran dan perencanaan), kemampuan motorik (seperti keseimbangan dan kelincahan), dan kemampuan persepsi (termasuk keterampilan sensorik) sangat penting untuk kinerja ADL dan IADL (Mlinac dan Feng 2016).

Mayoritas (82,0%) lanjut usia berusia 60 tahun ke atas di ILAS mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, sementara 18,0% memerlukan berbagai tingkat bantuan untuk aktivitas sehari-hari (Gambar 4.32). Ketergantungan aktivitas sehari-hari cenderung meningkat seiring bertambahnya usia (Tabel 4.5). Persentase perempuan yang mengalami ketergantungan melebihi laki-laki (Tabel 4.6).

Gambar 4.32: Kemandirian Melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari, Usia 60 Tahun ke Atas (%)



Tabel 4.5: Aktivitas Kehidupan Sehari-hari pada Lanjut Usia (Usia 60 Tahun ke Atas) menurut Kelompok Usia (%)

Kelompok Usia	Mandiri	Butuh Bantuan Minimal ADLs	Bergantung Sebagian	Sangat Bergantung	Bergantung Total
60-64	92,8	6,3	0,0	0,2	0,7
65-69	86,0	11,5	1,1	0,4	1,1
70-74	75,7	16,9	0,2	1,9	5,2
75-79	67,6	22,9	2,1	0,0	7,4
80+	49,3	36,1	4,1	0,8	9,8
Total	82,0	13,6	0,9	0,6	2,9

ADLs = activities of daily living.

Tabel 4.6: Aktivitas Kehidupan Sehari-hari pada Lanjut Usia (Usia 60 Tahun ke Atas) menurut Jenis Kelamin (%)

Jenis Kelamin	Mandiri	Butuh Bantuan Minimal ADLs	Bergantung Sebagian	Sangat Bergantung	Bergantung Total
Lanjut usia laki-laki	86,70	9,30	0,40	0,70	2,90
Lanjut usia perempuan	77,80	17,40	1,40	0,50	2,90
Total	82,00	13,60	0,90	0,60	2,90

ADLs = activities of daily living.

Instrumental Activities of Daily Living

IADL merujuk pada kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan interaksi dengan lingkungan, seperti menelepon, berbelanja, menyiapkan makanan, membersihkan, mencuci, berkeliling, mengelola keuangan, dan minum obat yang diresepkan. Setiap aktivitas diberi skor, dan skor total IADL mencerminkan tingkat kemandirian. Skor total 0 berarti bahwa semuanya dilakukan oleh orang lain, sedangkan skor total 1

menunjukkan bahwa individu tersebut membutuhkan bantuan setiap saat. Skor total 2 menandakan bahwa mereka terkadang membutuhkan bantuan, dan skor total antara 3 dan 8 menunjukkan bahwa individu tersebut mandiri (Lawton dan Brody 1969). Hasil pengukuran IADL memberikan gambaran umum tentang fungsi individu dan mengidentifikasi setiap perubahan dalam kemampuan mereka (Murman 2015).

Sekitar 88,4% lansia (berusia 60 tahun ke atas) dapat melakukan IADL secara mandiri, sementara 11,6% melaporkan membutuhkan bantuan dalam berbagai tingkatan (Gambar 4.33). Ketergantungan IADL cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, dengan persentase ketergantungan perempuan lebih tinggi daripada laki-laki (Tabel 4.7 dan Tabel 4.8).

Boks 4.3: Perbandingan Indikator Strategi Nasional Kelanjutusiaan dan Temuan ILAS

STRATEGI NASIONAL KELANJUTUSIAAN

STRATEGI 2: Peningkatan derajat kesehatan dan kualitas hidup lanjut usia

Arah kebijakan 2.1: Meningkatkan status gizi dan pola hidup yang sehat

Indikator: Persentase lanjut usia yang mandiri

Data dasar 2018 (Riskesdas): 74,3% (usia 60 tahun ke atas)

Target 2024: 80%

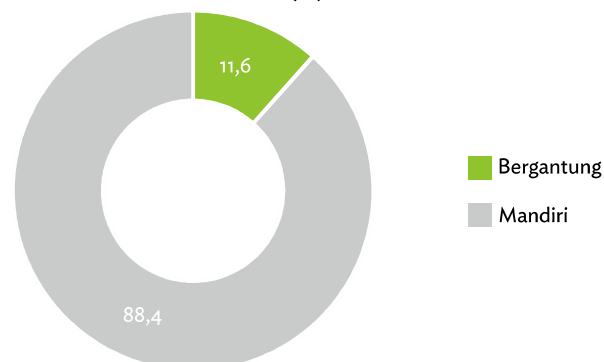
ILAS 2023: 82,0% (kemandirian ADL usia 60 tahun ke atas)

Kemandirian lanjut usia 60 tahun ke atas digunakan sebagai salah satu indikator peningkatan status gizi dan pola hidup sehat. Strategi Nasional Kelanjutusiaan menargetkan 80% lanjut usia berstatus mandiri pada tahun 2024. ILAS 2023 menunjukkan bahwa 82% lanjut usia sudah mandiri, yang menunjukkan adanya peningkatan kesehatan. Program yang mendukung proses penuaan, seperti program lanjut usia aktif, sangat penting dalam menjaga kesehatan dan tingkat aktivitas lanjut usia serta memastikan kemandirian mereka. Saat ini, berbagai kegiatan sosial ditawarkan kepada lanjut usia untuk membantu mereka menjaga kesehatan dan kemandirian.

ILAS = Indonesia Longitudinal Aging Survey, Riskesdas = Riset Kesehatan Dasar.

Sumber: Peraturan Presiden Nomor 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan.

Gambar 4.33: Kemandirian Melakukan Aktivitas Instrumental Kehidupan Sehari-hari, Umur 60 Tahun ke Atas (%)



Tabel 4.7: Aktivitas Instrumental Kehidupan Sehari-hari yang Dilakukan oleh Lanjut Usia (60 Tahun ke Atas) menurut Kelompok Umur (%)

Kelompok Umur	Mandiri	Terkadang butuh bantuan	Butuh bantuan setiap saat	Semua dilakukan orang lain
60-64	96,9	1,6	0,7	0,9
65-69	90,6	4,7	3,2	1,6
70-74	86,2	4,0	2,8	7,0
75-79	80,5	2,2	7,0	10,3
80+	58,1	11,0	8,3	22,5
Total	88,4	3,8	3,0	4,8

Tabel 4.8: Aktivitas Instrumental Kehidupan Sehari-hari yang Dilakukan oleh Lanjut Usia (60 Tahun ke Atas) menurut Jenis Kelamin (%)

Jenis Kelamin	Mandiri	Terkadang butuh bantuan	Butuh bantuan setiap saat	Semua dilakukan orang lain
Lanjut usia laki-laki	91,6	2,2	1,6	4,6
Lanjut usia perempuan	85,5	5,3	4,2	5,0
Total	88,4	3,8	3,0	4,8

Disabilitas (Skala Washington)

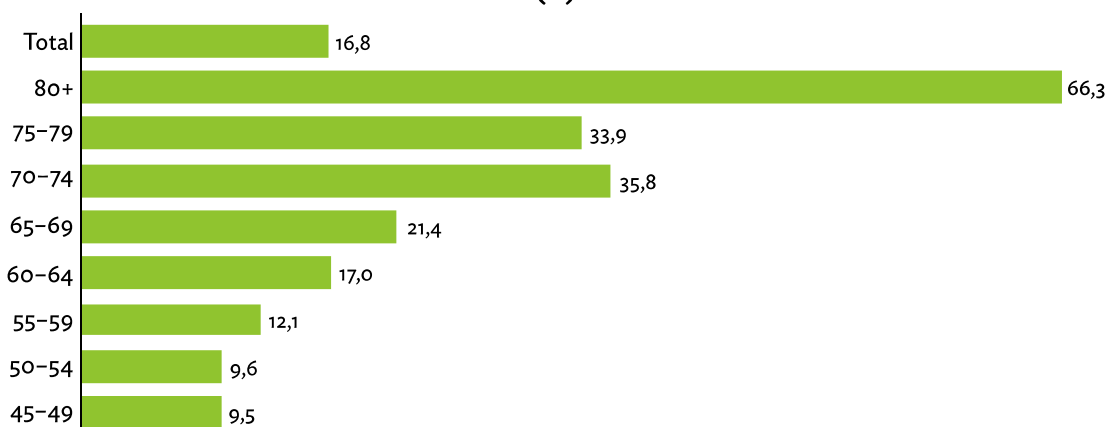
WHO mendefinisikan kapasitas intrinsik sebagai “gabungan dari semua kapasitas fisik dan mental yang dapat dimanfaatkan oleh seseorang” (WHO 2017). Kesulitan dalam mendengar, melihat, mengingat, bergerak, atau melakukan aktivitas sehari-hari atau sosial sering kali merupakan indikasi penurunan kapasitas intrinsik di usia lanjut (Chen et al. 2010). Menjaga kemandirian lanjut usia dalam kehidupan sehari-hari sangat penting demi mendorong penuaan yang sehat dan memungkinkan mereka untuk terlibat dalam aktivitas yang mereka sukai.

Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Hak-Hak Penyandang Disabilitas mengakui bahwa disabilitas merupakan konsep yang terus berkembang, yang mendefinisikan individu penyandang disabilitas sebagai mereka yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik jangka panjang yang dikombinasikan dengan berbagai penyakit, dapat membatasi partisipasi yang setara dalam masyarakat (Perserikatan Bangsa-Bangsa 2006).

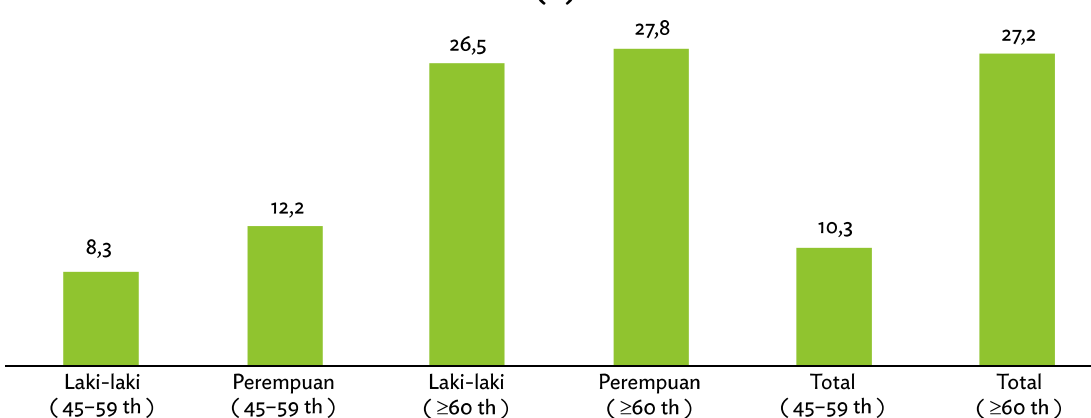
Skala disabilitas dalam Skala Washington terdiri dari empat tingkat: (1) tidak ada kesulitan; (2) ya, agak sulit; (3) ya, sangat sulit; dan (4) tidak dapat melakukannya sama sekali. Dalam studi ILAS, Skala Washington dibagi menjadi dua kategori: tanpa kesulitan (1) dan dengan kesulitan (2-4). Data yang diberikan menunjukkan persentase responden yang mengalami kesulitan dalam melihat, mendengar, berjalan, mengingat, membersihkan diri, dan berkomunikasi.

Washington Group telah menetapkan kriteria untuk mendefinisikan disabilitas berdasarkan enam indikator disabilitas.⁸ Menurut ambang batas yang direkomendasikan oleh Washington Group, seseorang dianggap memiliki disabilitas jika mereka memiliki kesulitan besar atau tidak dapat memenuhi salah satu indikator disabilitas (Washington Group on Disability Statistics 2020). Dengan mengikuti kriteria yang diuraikan oleh Washington Group, data menunjukkan bahwa secara keseluruhan, 16,8% responden di semua kelompok umur diidentifikasi memiliki disabilitas (Gambar 4.34). Kelompok usia di atas 70 tahun memiliki persentase kesulitan yang tinggi, terutama mereka yang berusia 80 tahun ke atas dengan prevalensi 66,3%. Dalam hal jenis kelamin, perempuan dalam kelompok usia pra-lanjut usia dan lanjut usia lebih rentan terhadap disabilitas daripada laki-laki (Gambar 4.35).

Gambar 4.34: Prevalensi Disabilitas Berdasarkan Rekomendasi Ambang Batas Washington Group menurut Kelompok Umur (%)

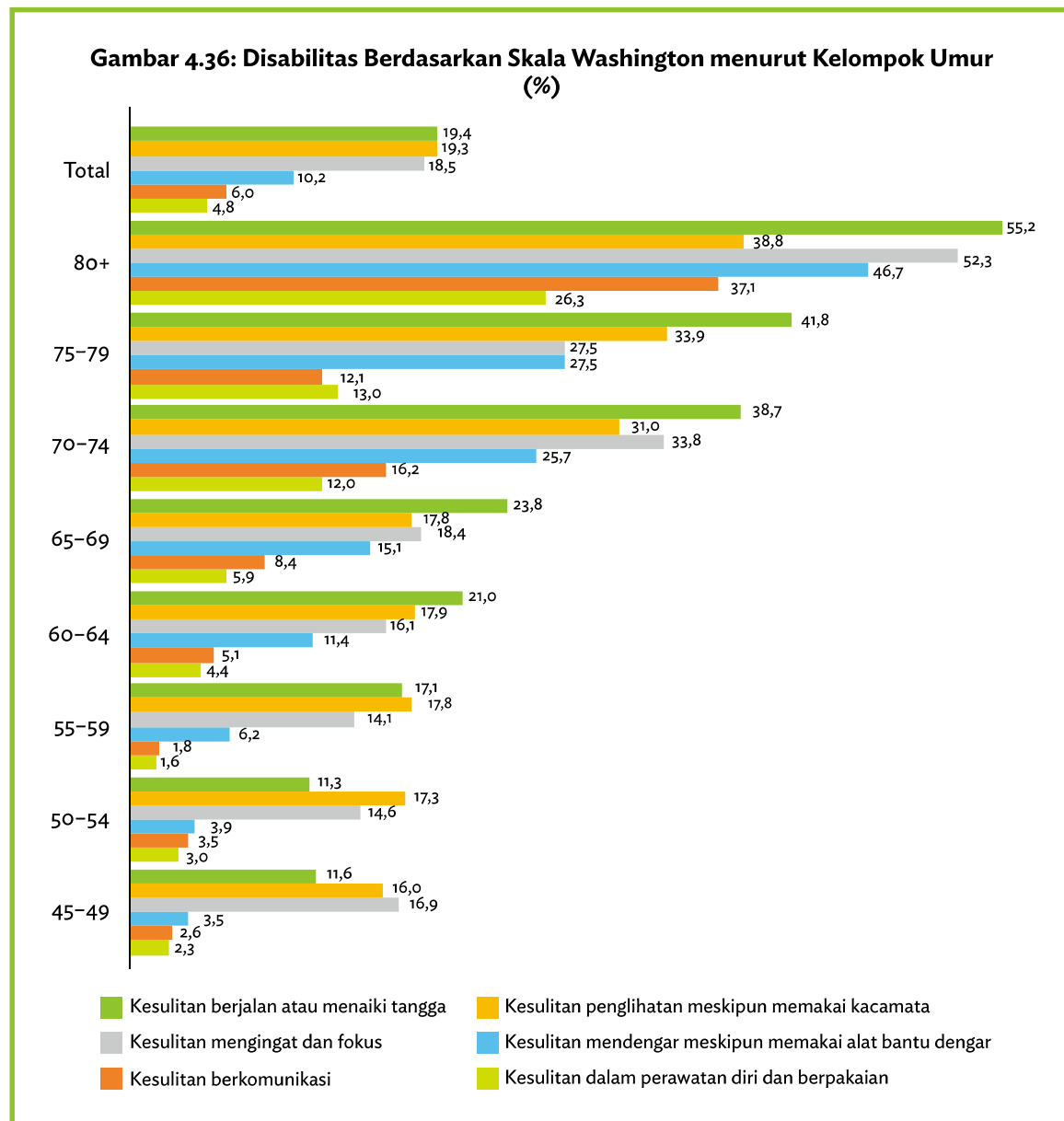


Gambar 4.35: Prevalensi Disabilitas Berdasarkan Rekomendasi Ambang Batas Washington Group menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

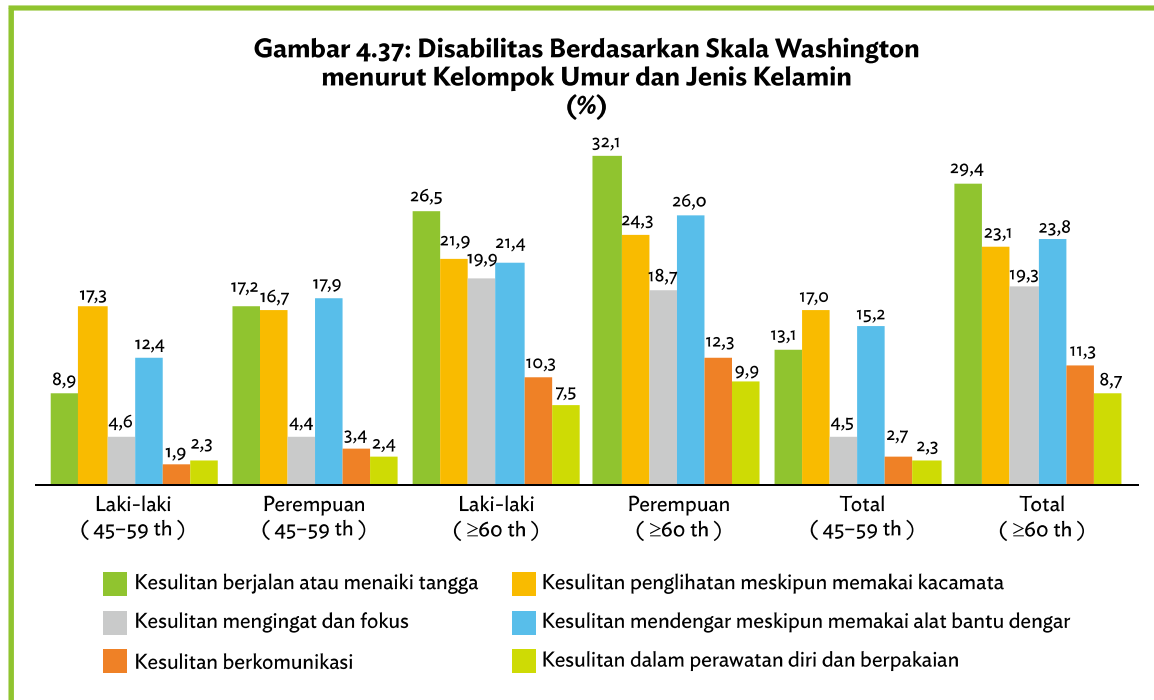


⁸ Enam indikator disabilitas tersebut adalah (1) penglihatan (kesulitan melihat meskipun memakai kacamata); (2) pendengaran (kesulitan mendengar, meskipun menggunakan alat bantu dengar); (3) mobilitas (kesulitan berjalan atau menaiki tangga); (4) kognisi/mengingat (kesulitan mengingat atau berkonsentrasi); (5) perawatan diri (kesulitan dalam merawat diri sendiri, seperti mencuci atau berpakaian); (6) komunikasi (kesulitan berkomunikasi, misalnya memahami atau dipahami).

Gambar 4.36 dan Gambar 4.37 menguraikan berbagai disabilitas yang dialami oleh responden. Secara umum, proporsi kesulitan yang dialami oleh responden meningkat seiring bertambahnya usia (Gambar 4.36). Pada responden yang berusia 80 tahun ke atas, lebih dari 40% mengalami kesulitan mendengar meskipun menggunakan alat bantu dengar, kesulitan berjalan dan menaiki tangga, serta kesulitan mengingat dan fokus.



Lanjut usia melaporkan prevalensi kesulitan yang lebih tinggi daripada pra-lanjut usia. Proporsi perempuan pra-lanjut usia yang mengalami kesulitan berjalan, mendengar, dan berkomunikasi lebih besar daripada laki-laki. Persentase perempuan lanjut usia yang mengalami kesulitan umumnya lebih besar daripada laki-laki, kecuali dalam hal mengingat (Gambar 4.37).



Status Sosial

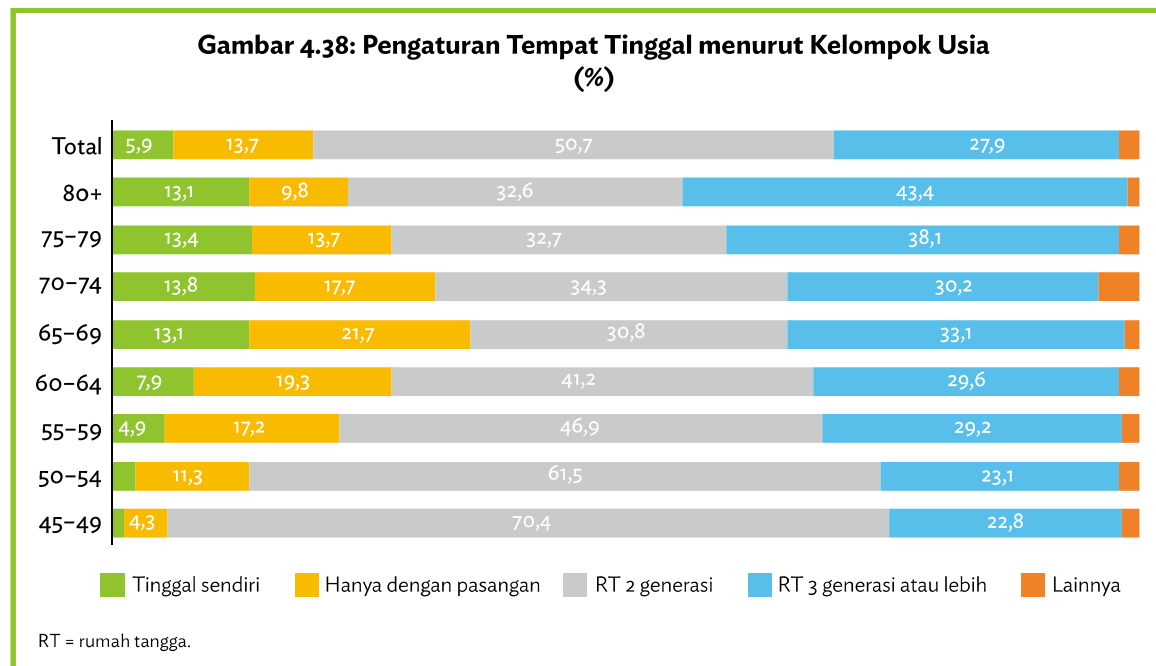
Keluarga

Hubungan orang tua dan anak merupakan aspek yang penting dalam kehidupan sosial ekonomi di Indonesia. Ketika anak memasuki usia dewasa, anak diharapkan memiliki tanggung jawab dalam perawatan dan memberikan dukungan terhadap orang tua. Salah satu studi menemukan bahwa kemungkinan anak tinggal bersama orang tua lebih tinggi ketika orang tua memasuki fase lanjut usia (Frankenberg, Saputra, and Beard 1999). Akan tetapi perubahan sosial seperti urbanisasi dan industrialisasi dapat berdampak negatif dalam perawatan lanjut usia, terutama ketika anak dan orang tua tinggal terpisah.

Anak memiliki peran penting dalam kesejahteraan orang tua mereka. Beberapa studi menemukan bahwa kesejahteraan orang tua cenderung lebih baik ketika tinggal bersama anak mereka, khususnya kesejahteraan terkait kesehatan fisik dan mental (Johar and Maruyama 2014; Kumar 2021). Sementara itu, terdapat studi yang menemukan bahwa orang tua lanjut usia cenderung memiliki peran dalam pengasuhan anak hingga cucu mereka, terutama perempuan, sehingga dapat berpartisipasi dalam pasar kerja (Posadas and Vidal-Fernandez 2013; Du, Dong, and Zhang 2019). Hal tersebut menunjukkan bahwa pengaturan tempat tinggal dan hubungan keluarga memungkinkan adanya transfer sumber daya yang menguntungkan untuk anak dan orang tua.

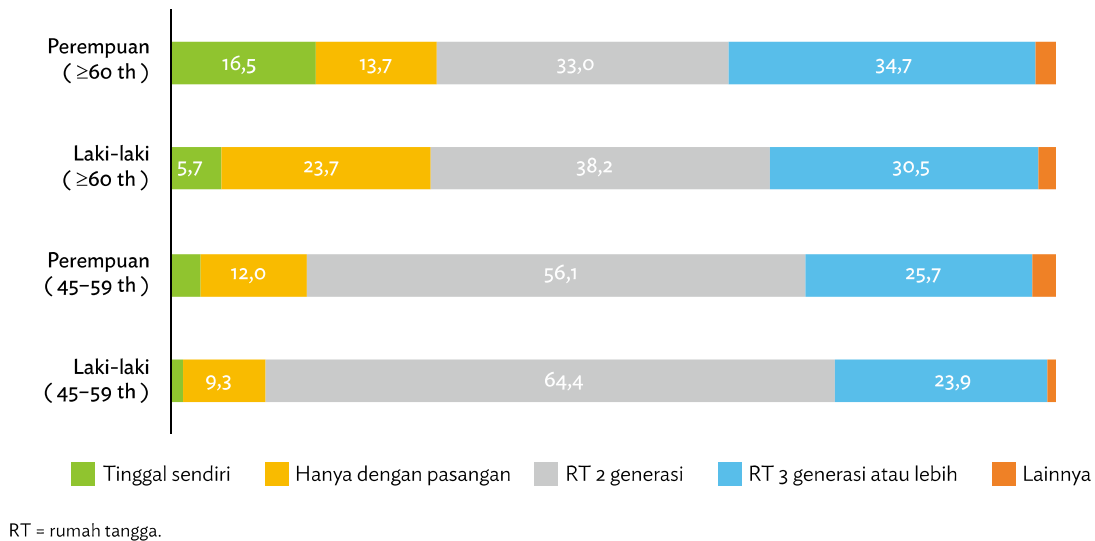
Pengaturan Tempat Tinggal

Terdapat perbedaan terhadap pengaturan tempat tinggal antara responden pra-lansia dan lansia (Gambar 4.38). Persentase responden pra-lansia usia 45-49 yang tinggal dalam rumah tangga dengan dua generasi (hanya dengan anak atau hanya dengan orang tua) mencapai 70%, kemudian turun menjadi 61% untuk 50-54 dan 47% untuk 55-59. Meskipun persentase tinggal dalam rumah tangga dua generasi menurun, tetapi persentase responden yang tinggal dengan tiga generasi relatif sama untuk kelompok umur 45-54 tahun dan meningkat 6 percentage point untuk kelompok umur 55-59 tahun. Sedangkan lebih dari 20% responden lansia kelompok umur 60+ tinggal sendiri atau bersama dengan pasangan. Gambar 4.38 juga menunjukkan bahwa semakin tua responden, kemungkinan untuk tinggal di rumah tangga dengan tiga generasi meningkat terutama kelompok umur 75+.

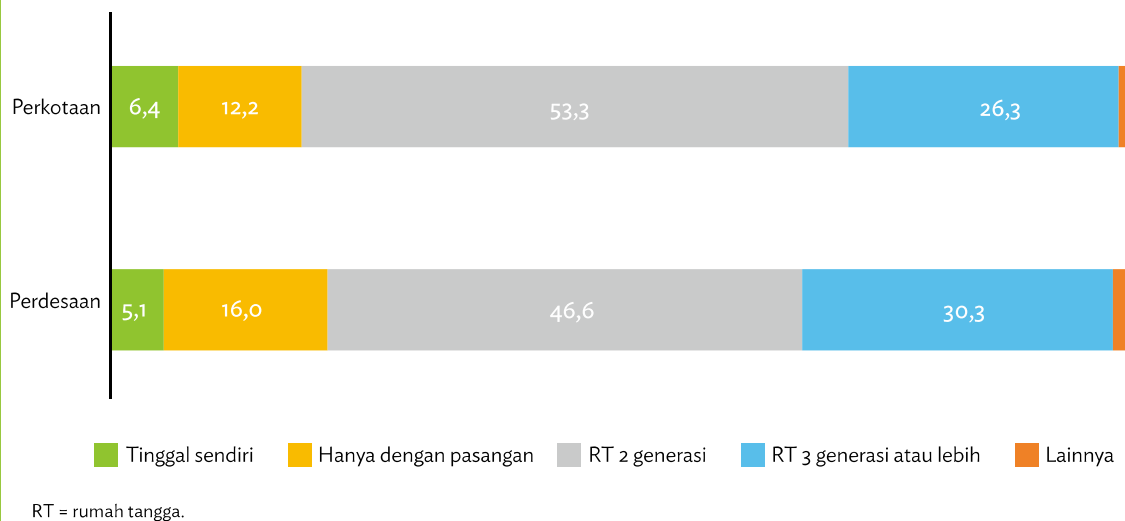


Terdapat sedikit perbedaan komposisi rumah tangga antara responden pra-lansia laki-laki dan perempuan (Gambar 4.39). Akan tetapi, responden lansia perempuan cenderung tinggal sendiri (16%) lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki (6%) karena perempuan cenderung memiliki angka harapan hidup lebih tinggi. Disagregasi antara desa dan kota (Gambar 4.40) menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam komposisi rumah tangga.

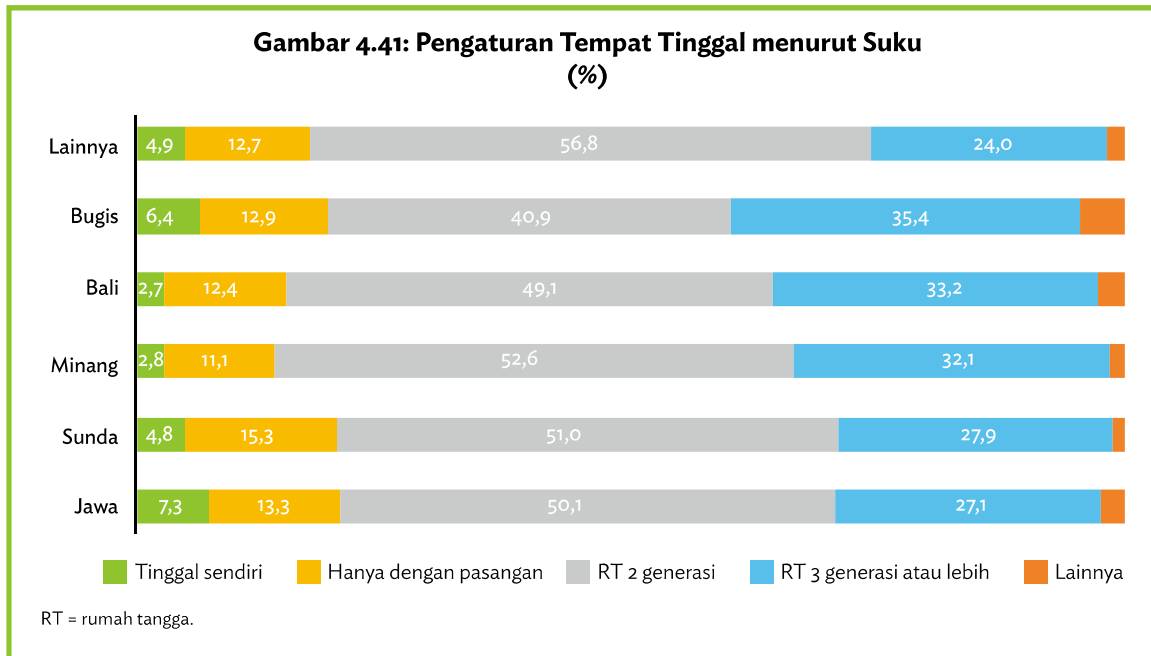
Gambar 4.39: Pengaturan Tempat Tinggal menurut Kelompok Usia dan Jenis Kelamin (%)



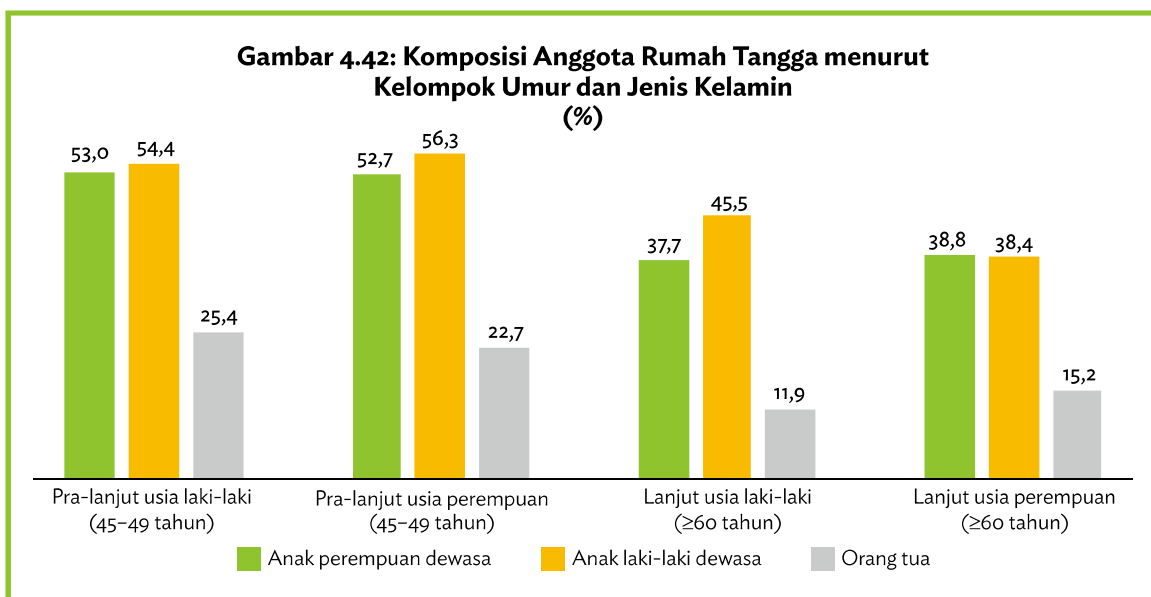
Gambar 4.40: Pengaturan Tempat Tinggal menurut Lokasi (%)



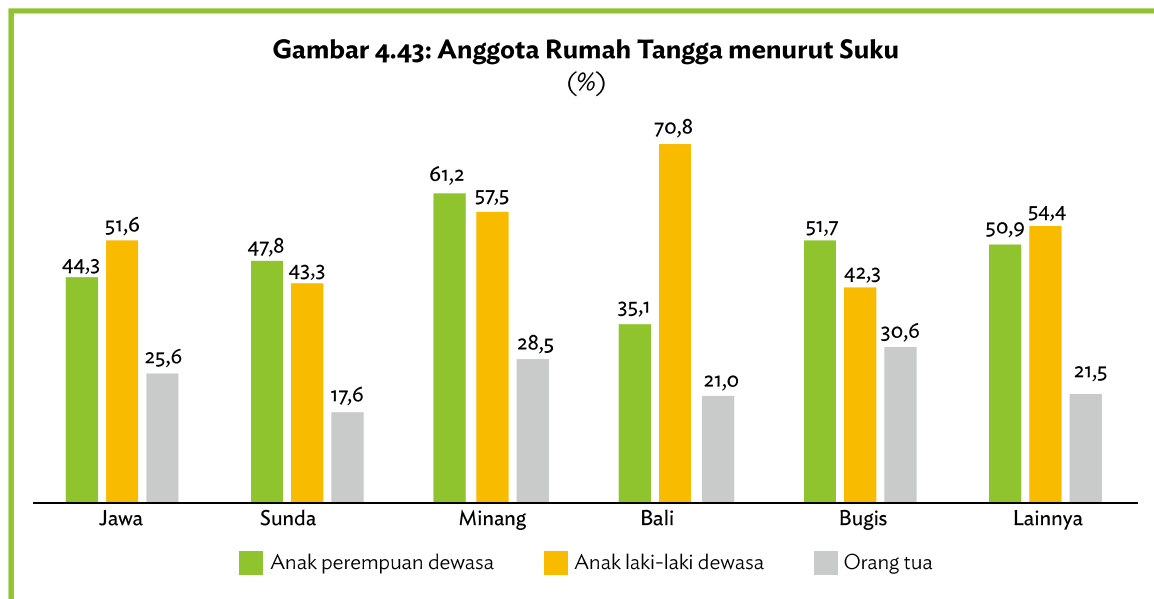
Komposisi rumah tangga kemungkinan besar dipengaruhi oleh adat istiadat yang diikuti oleh masyarakat setempat. Mayoritas responden terlepas dari sukunya merupakan rumah tangga yang terdiri dari beberapa generasi (sedikitnya 2 generasi), dimana respondent suku Minang memiliki porsi tertinggi yaitu 84,7%, diikuti oleh suku Bali yaitu 82,3% (Gambar 4.41). Sekitar 35% responden suku Bugis tinggal di rumah tangga dengan tiga generasi atau lebih, paling tinggi dibandingkan dengan suku yang lain.



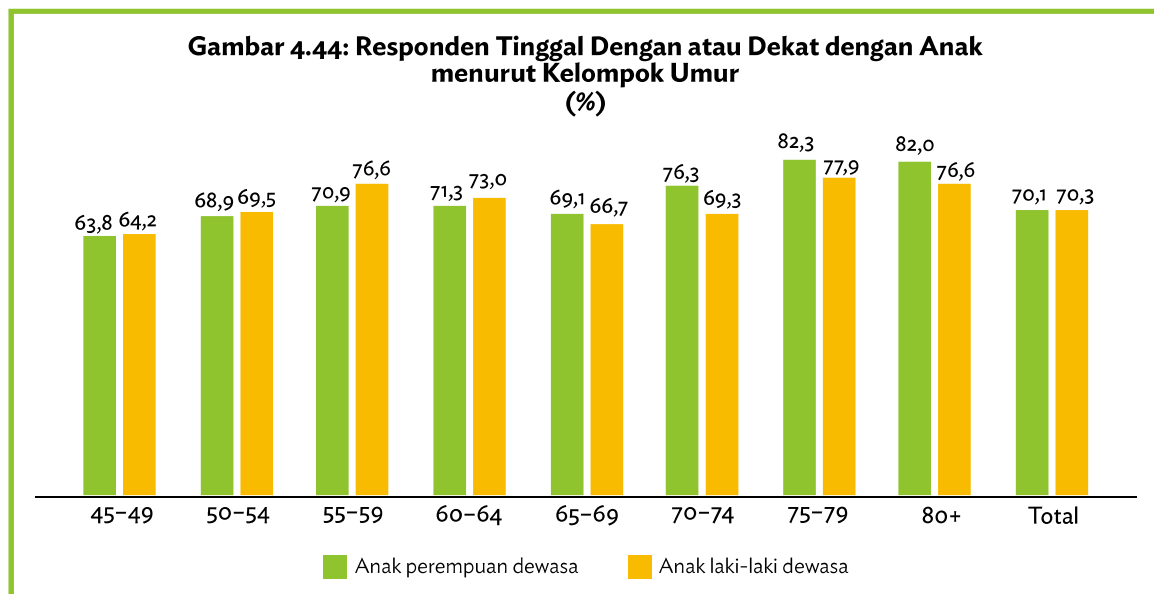
Gambar 4.42 menunjukkan bahwa responden sebagian besar tinggal di rumah tangga yang sama dengan anak, terutama untuk kelompok pra-lansia, meskipun persentasenya sedikit lebih tinggi untuk responden pra-lansia yang menjawab tinggal dengan anak laki-laki mereka. Responden lansia perempuan menunjukkan pola yang sama untuk tinggal bersama dengan anak laki-laki atau perempuan mereka. Selain itu, sekitar 23-25% responden pra-lansia tinggal bersama dengan orang tua mereka.



Adat istiadat memengaruhi preferensi responden dengan siapa responden tinggal. Responden dengan suku yang menganut sistem patrilineal (misal Jawa dan Bali) cenderung tinggal bersama dengan anak laki-laki (Gambar 4.43). Responden dari suku Minang cenderung tinggal dengan anak perempuan sebagaimana suku Minang menganut sistem matrilineal. Sebagian responden suku Bugis tinggal bersama dengan anak perempuan karena mereka menganut budaya uxoriocal (Levine and Kevane 2003).⁹

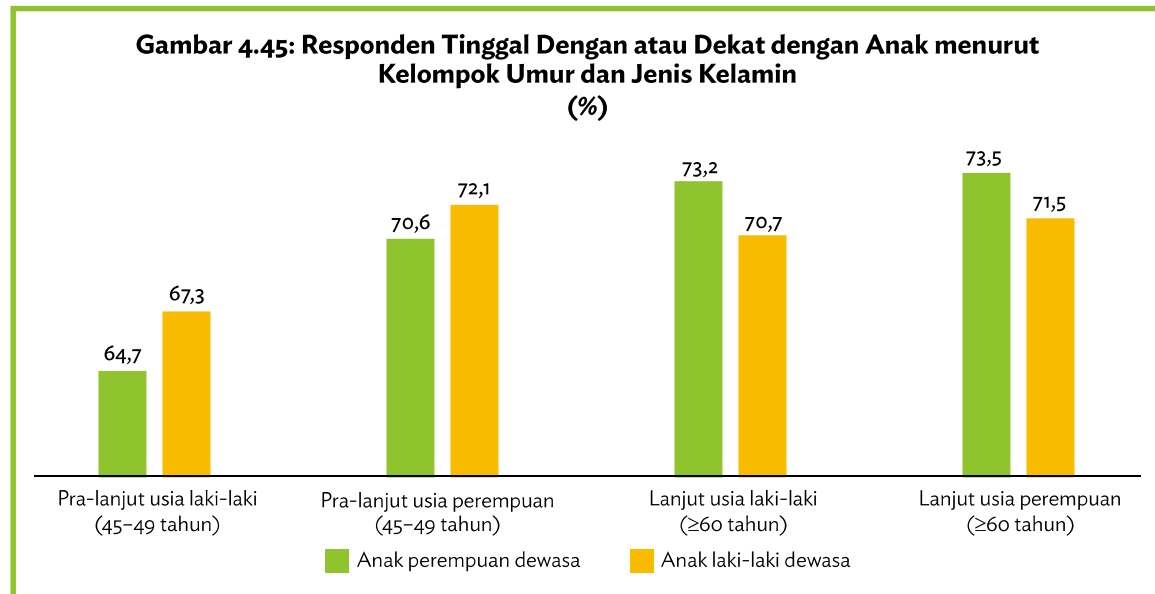


Secara rata-rata, sekitar 70% responden tinggal dengan atau dekat dengan anak dewasa mereka, baik anak laki-laki maupun perempuan. Porsi terbesar dari responden lansia usia 75 tahun ke atas melaporkan tinggal dengan atau dekat dengan anak laki-laki atau perempuan mereka. Proporsi responden usia 65-69 tahun, 70-74 tahun, 75-79 tahun, dan 80+ yang tinggal dengan anak perempuan mereka cukup tinggi (Gambar 4.44).



⁹ Suami tinggal bersama keluarga dari pihak istri setelah menikah.

Meskipun responden lansia tidak tinggal bersama dengan anak dalam rumah tangga yang sama, responden lansia cenderung tinggal dekat dengan anak. Gambar 4.45 menunjukkan bahwa sedikitnya 70% responden lansia tinggal bersama atau dekat dengan anak mereka. Akan tetapi, lebih banyak responden lansia baik laki-laki maupun perempuan yang menjawab mereka tinggal bersama atau dekat dengan anak perempuan mereka dibandingkan anak laki-laki. Gambar 4.45 menunjukkan 73% responden lansia, baik laki-laki maupun perempuan, tinggal bersama atau dekat dengan anak perempuan mereka.



Temuan ini menunjukkan bahwa norma dan adat istiadat dalam pengaturan tempat tinggal memengaruhi siapa individu yang merawat individu lansia. Para pembuat kebijakan perlu mempertimbangkan pengaturan perawatan dari lansia ketika melakukan penargetan bantuan sosial. Dengan adanya desentralisasi, pemerintah dapat merumuskan kebijakan berdasarkan norma umum yang diikuti masyarakat setempat.

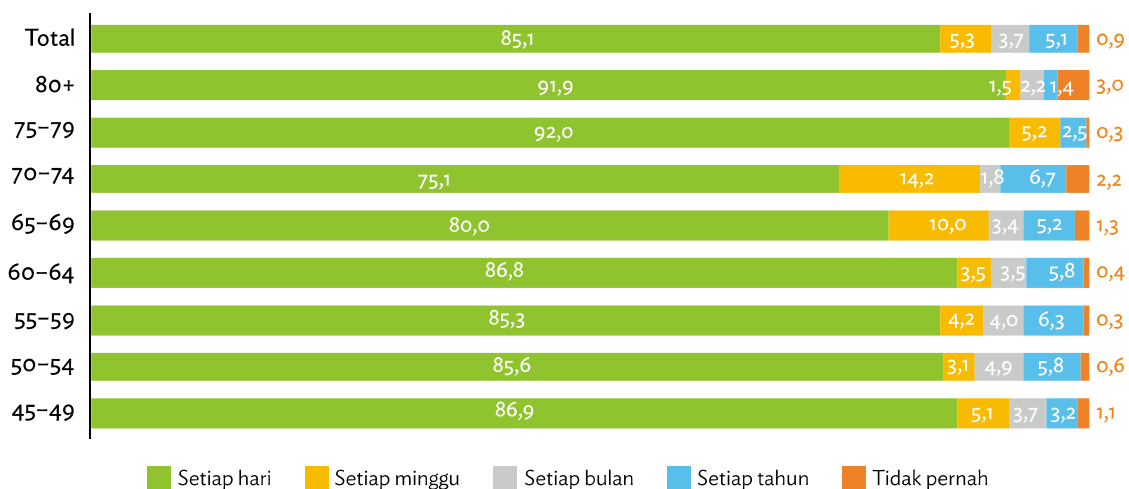
Hubungan Keluarga

Survei ini menanyakan frekuensi pertemuan antara responden dengan anak mereka. Secara umum, sekitar 85% responden bertemu dengan anak mereka setiap hari (Gambar 4.46). Di kelompok responden usia 75 ke atas, persentasenya bahkan lebih tinggi hingga mencapai 92%. Secara keseluruhan, hampir 90% responden bertemu dengan anak mereka setidaknya sekali dalam satu bulan.

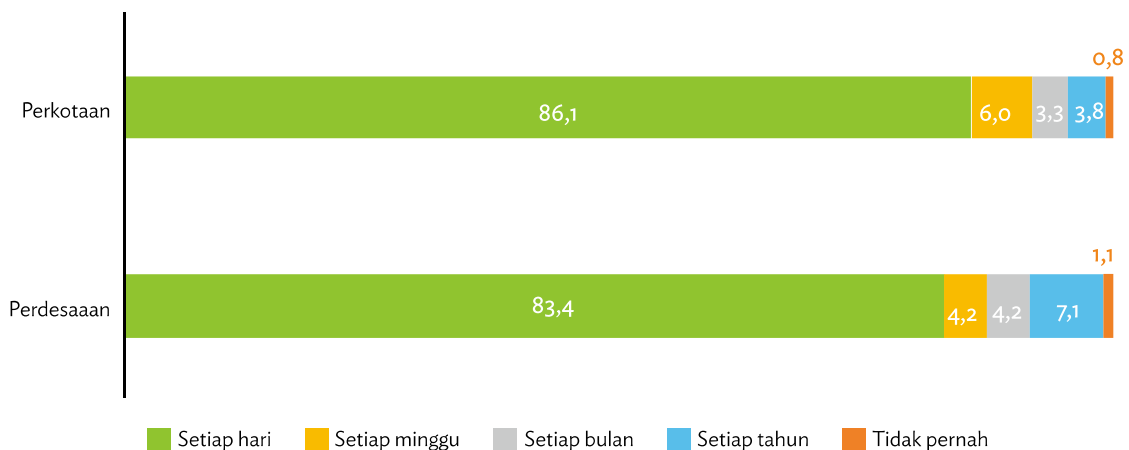
Responden yang tinggal di perkotaan bertemu dengan anak mereka relatif lebih sering dibandingkan dengan responden yang tinggal di perdesaan (86% vs 83% untuk persentase setiap hari) (Gambar 4.47). Kemudian persentase responden di perkotaan yang bertemu dengan anak mereka setiap minggu lebih besar dibandingkan dengan responden di perdesaan (6% vs 4%).

Meskipun tidak bertemu secara tatap muka, para responden dapat berinteraksi dengan anak mereka secara virtual melalui alat-alat telekomunikasi yang ada. Sekitar 88% responden berinteraksi dengan anak mereka setiap hari (Gambar 4.48). Gambar 4.48 menunjukkan beberapa peran teknologi telekomunikasi dalam interaksi harian antara responden dengan anak-anak mereka berdasarkan setiap kelompok umur.

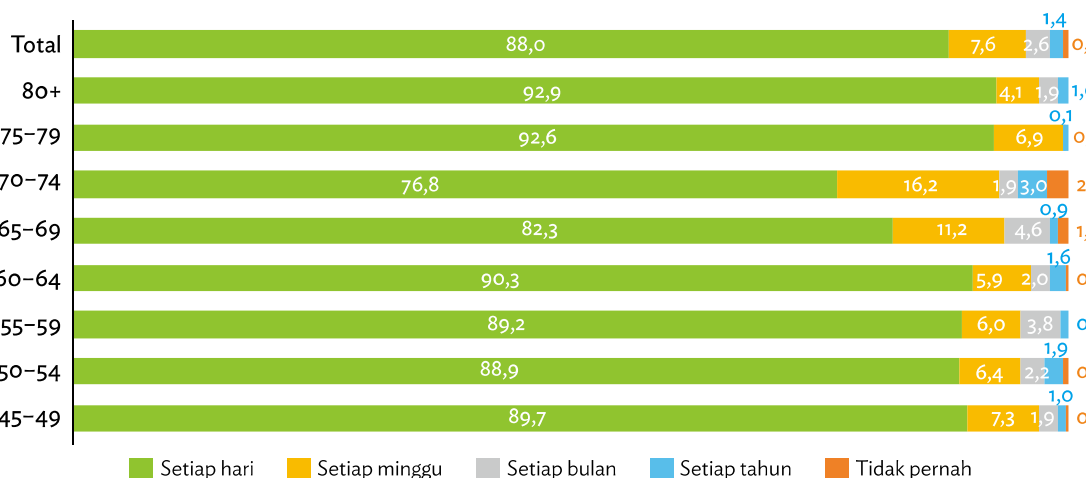
Gambar 4.46: Frekuensi Bertemu dengan Anak menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 4.47: Frekuensi Bertemu dengan Anak menurut Lokasi Tempat Tinggal (%)

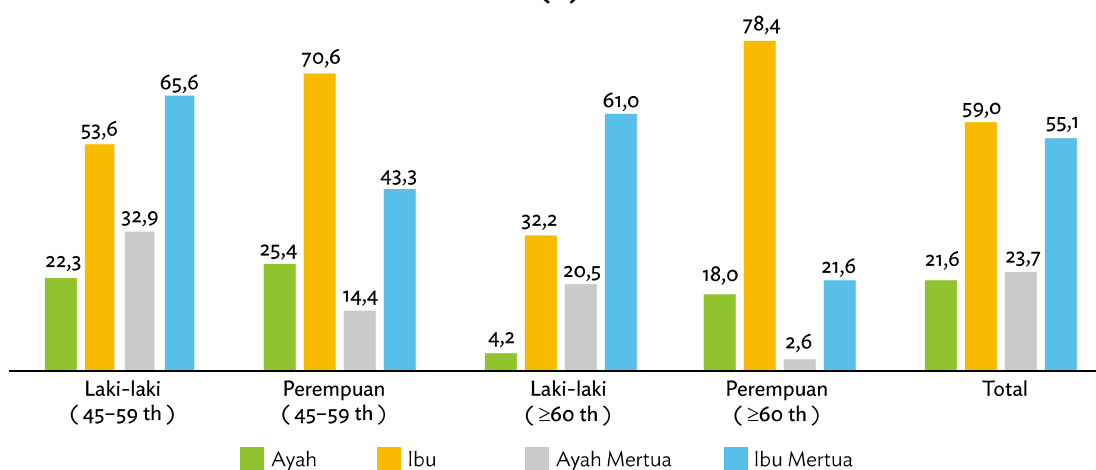


Gambar 4.48: Frekuensi Interaksi dengan Anak secara Tatap Muka atau Virtual menurut Kelompok Umur (%)



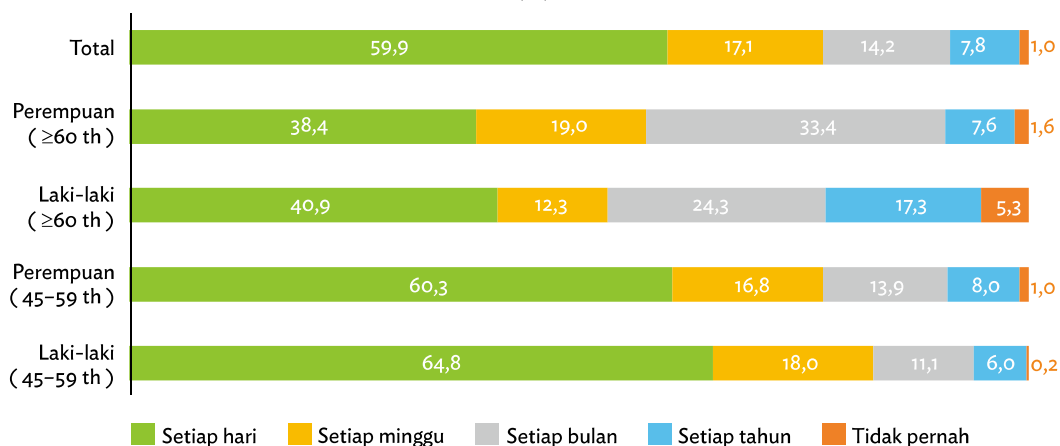
Lebih dari 50% responden yang menjawab tinggal dengan orang tua melaporkan bahwa ibu mereka, baik ibu kandung maupun ibu mertua, masih hidup (Gambar 4.49). Sebaliknya, hanya 22%-24% responden yang menjawab ayah, baik ayah kandung maupun ayah mertua, yang masih hidup.

Gambar 4.49: Tinggal Dengan Orang Tua menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Diantara responden yang masih memiliki orang tua hidup, sekitar 60% berinteraksi dengan orang tua setiap hari dan 17% berinteraksi setiap minggu (Gambar 4.50). Responden pra-lansia cenderung lebih sering berinteraksi dengan orang tua dibandingkan responden lansia.

Gambar 4.50: Frekuensi Interaksi dengan Orang Tua secara Tatap Muka atau Virtual menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



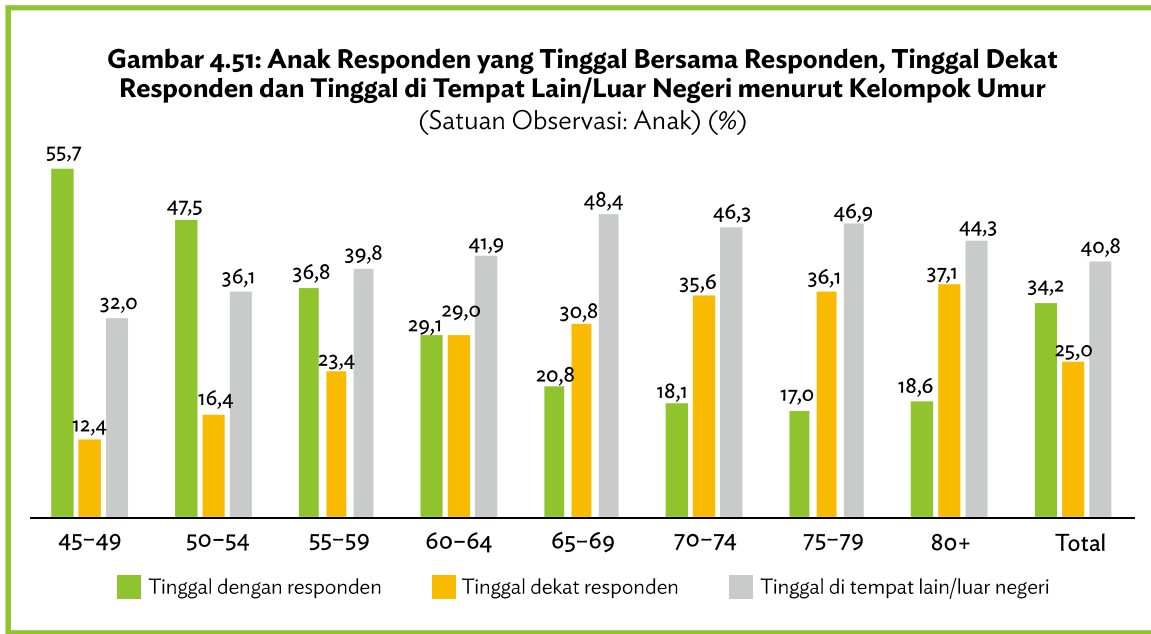
Anak

Secara keseluruhan, rata-rata responden memiliki anak tiga orang (Tabel 4.6). Jumlah anak dari responden pra lanjut usia rata-rata dua orang, jauh lebih sedikit dibandingkan dengan responden lanjut usia dengan rata-rata 3-4 anak. Disagregasi rata-rata jumlah anak antara perdesaan dan perkotaan tidak menunjukkan perbedaan hasil yang signifikan.

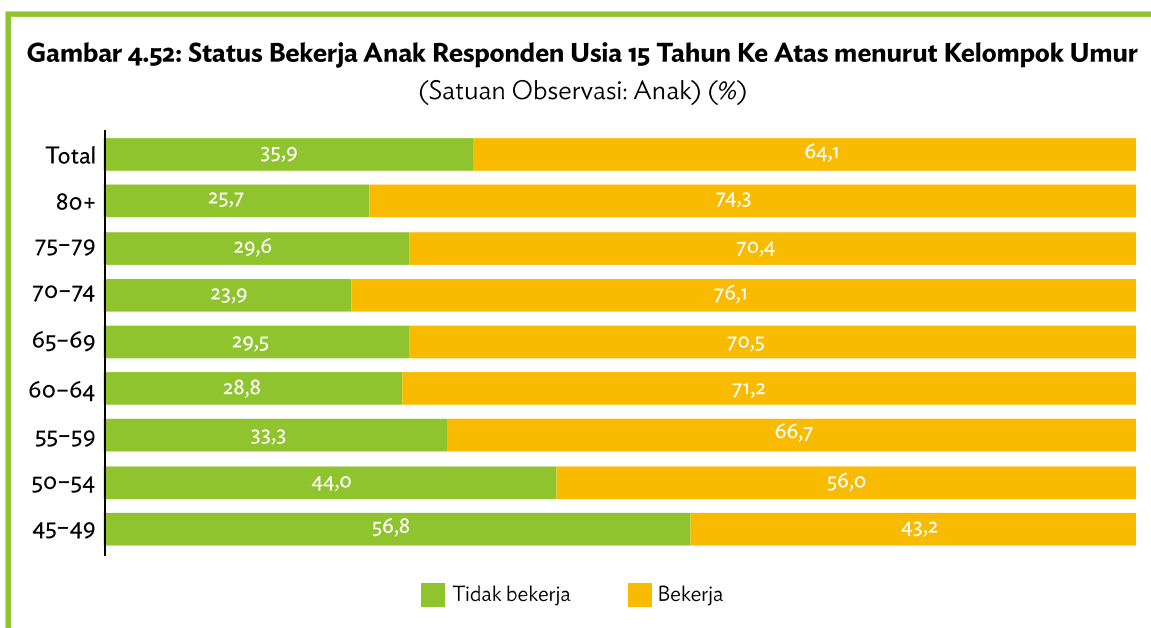
Tabel 4.9: Jumlah Anak Responden

Kategori	Rata-rata	Nilai Tengah	Min	Maks
Total	2,9	3	0	16
Kelompok usia				
45-49	2,4	2	0	12
50-54	2,5	2	0	13
55-59	2,7	3	0	10
60-64	2,9	3	0	16
65-69	3,5	3	0	12
70-74	3,4	3	0	12
75-79	4,0	4	0	11
80+	4,2	4	0	10
Fase kehidupan dan jenis kelamin				
Pra-lansia Laki-laki (45-59 tahun)	2,4	2	0	10
Pra-lansia Perempuan (45-59 tahun)	2,6	2	0	13
Lansia Laki-laki (≥60 tahun)	3,4	3	0	16
Lansia Perempuan (≥60 tahun)	3,3	3	0	12
Lokasi				
Perdesaan	2,9	3	0	16
Perkotaan	2,9	3	0	12

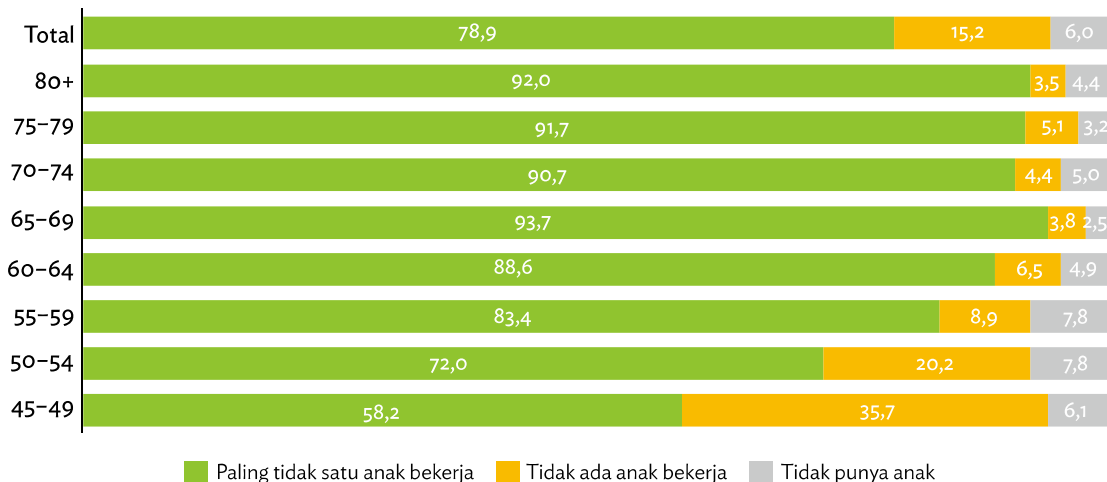
Di antara responden yang memiliki anak, persentase anak yang tinggal bersama responden menurun ketika responden bertambah usianya, dari 56% untuk responden berumur 45-49 tahun turun menjadi 19% untuk responden berumur 80+ (Gambar 4.51).



Lebih lanjut lagi, ILAS juga menanyakan status bekerja dari anak responden usia 15 tahun ke atas. Gambar 4.52 menunjukkan bahwa sekitar 72% anak dari responden berusia 65+ memiliki pekerjaan. Sekitar 4%-7% responden melaporkan anak mereka tidak bekerja (Gambar 4.53). Selain itu, sekitar 3%-5% responden lansia menjawab tidak memiliki anak. Hal ini menunjukkan a sejumlah kecil responden yang tidak memiliki anggota keluarga lain yang aktif secara ekonomi.



Gambar 4.53: Status Bekerja Anak Responden menurut Kelompok Umur
(Unit Observasi: Responden) (%)



Salah satu kegunaan dari data ILAS adalah mengukur tingkat mobilitas intergenerasi dalam pendidikan. Hasil tabulasi pada Tabel 4.7 menunjukkan bahwa 90% responden memiliki anak yang mencapai tingkat pendidikan yang sama atau lebih tinggi dibandingkan capaian pendidikan responden. Akan tetapi, mobilitas intergenerasi dari responden yang tidak tamat sekolah cenderung lebih rendah, di mana 51% anak responden hanya tamat sekolah dasar. Persentase responden yang lebih besar terjadi diantara mereka yang tamat sekolah menengah pertama (SMP), di mana 81% anak responden tamat sekolah menengah atas (SMA) atau universitas.

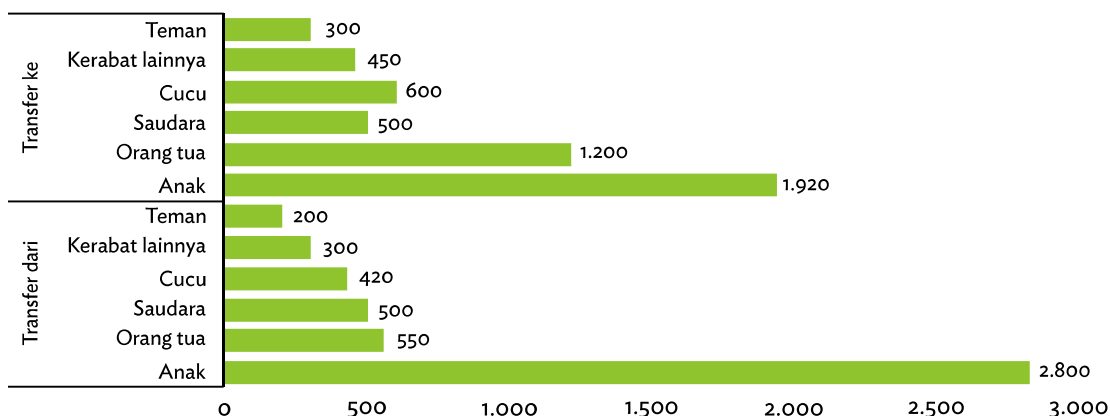
Tabel 4.10: Cross-Tabulasi Pendidikan Responden dan Pendidikan Anak Responden
(Unit Observasi: Anak) (%)

Pendidikan Anak	Pendidikan Responden				
	Tidak Sekolah	Sekolah Dasar	Sekolah Menengah Pertama	Sekolah Menengah Atas	Diploma/ Universitas
Tidak Sekolah	6	1	1	0	0
Sekolah Dasar	51	27	7	4	2
Sekolah Menengah Pertama	23	28	12	7	2
Sekolah Menengah Atas	16	37	60	53	31
Diploma/ Universitas	3	8	21	36	65

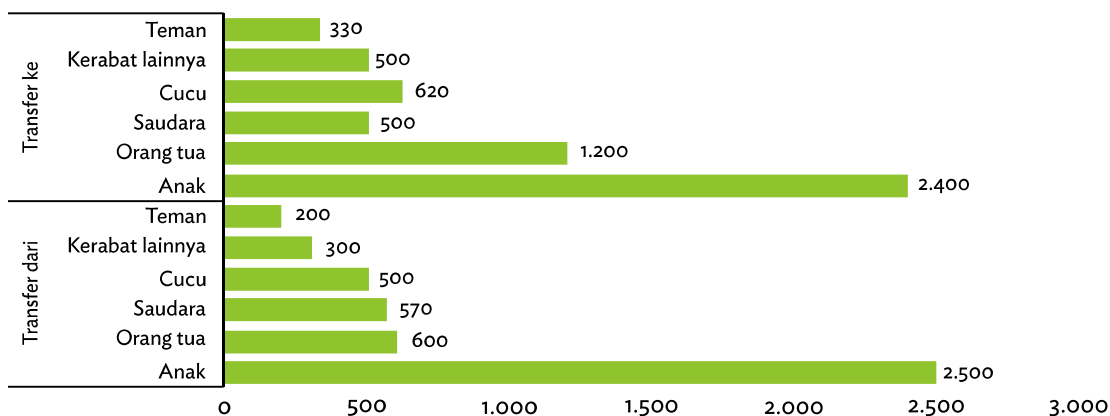
Dukungan dari dan untuk Anak, Orang Tua, dan Lainnya

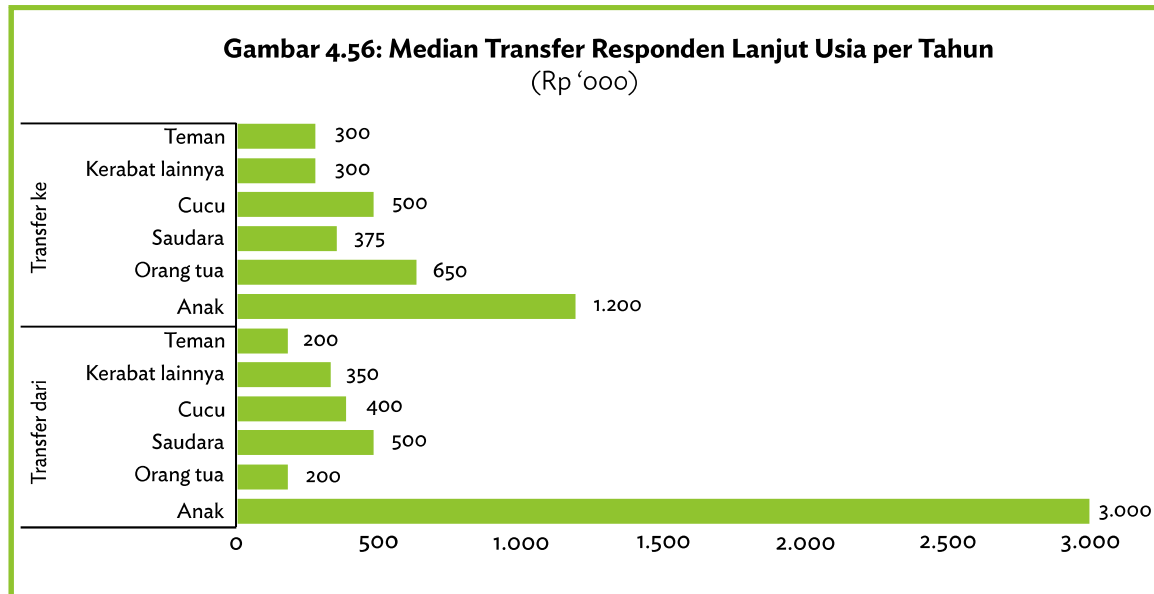
Transfer privat atau bantuan keuangan antar rumah tangga merupakan hal yang umum dilakukan terutama di negara berkembang. Di Kawasan Asia Tenggara, sekitar 79% dari lansia di Thailand dan 67% di Vietnam dilaporkan menerima transfer dari keluarganya (Knox-Vydmanov 2016). Sebaliknya, hanya 15% dari rumah tangga di Amerika Serikat yang menerima transfer antar rumah tangga (Park 2003). Data ILAS menunjukkan 72% responden menerima transfer privat. Secara keseluruhan, transfer ke anak dan dari anak adalah transfer terbesar (Gambar 4.54). Median transfer dari anak mencapai Rp 2,8 juta (sekitar \$178) per tahun, sedangkan median transfer ke anak mencapai Rp 1,9 juta (sekitar \$121). Disagregasi berdasarkan kelompok umur menunjukkan perbedaan yang signifikan. Bagi responden pra-lansia, hampir tidak ada perbedaan median transfer ke anak dibandingkan transfer dari anak (Gambar 4.55). Akan tetapi, responden lansia menerima transfer dari anak lebih tinggi dibandingkan transfer ke anak dengan selisih median sekitar Rp 1,8 juta (sekitar \$115) (Gambar 4.56).

Gambar 4.54: Median Transfer Semua Responden per Tahun
(Rp '000)



Gambar 4.55: Median Transfer Responden Pra-Lanjut Usia per Tahun
(Rp '000)

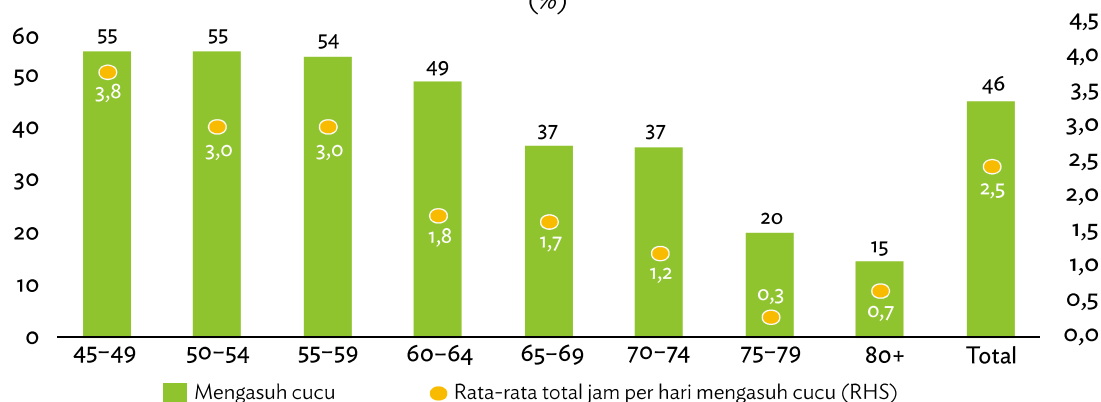




Beberapa studi ketenagakerjaan menyorot keberadaan kakek-nenek sebagai pengasuh anak terhadap partisipasi dalam angkatan kerja (Garcia-Moran and Kuehn 2017; Posadas and Vidal-Fernandez 2017). Transfer sumber daya waktu kakek-nenek dalam pengasuhan anak memungkinkan orang tua untuk mengalokasikan waktunya untuk bekerja atau mencari kerja. Sekitar 46% responden ILAS yang memiliki cucu berperan sebagai pengasuh anak (Gambar 4.57), dengan rata-rata sekitar 2,5 jam per hari.¹⁰ Kelompok umur 45-54 tahun memiliki persentase yang paling tinggi di 55% dengan durasi paling lama sekitar 3,8 jam. Persentase dan rata-rata jam semakin menurun seiring bertambahnya usia responden. Responden berumur 80+ yang menjadi pengasuh anak sekitar 15% dengan rata-rata sekitar 0,7 jam. Disagregasi berdasarkan tahapan kehidupan dan gender menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bagi responden pra-lansia laki-laki dan perempuan yang berperan sebagai pengasuh anak (55%) (Gambar 4.58). Akan tetapi, terdapat perbedaan yang signifikan dalam jumlah waktu untuk merawat cucu mereka, di mana pra-lansia perempuan menghabiskan waktu 3,9 jam dibandingkan 2,1 jam untuk pra-lansia laki-laki. Namun, proporsi responden lansia laki-laki yang melakukan pengasuhan lebih tinggi dibandingkan responden perempuan (40% versus 36%), meskipun dengan perbedaan durasi mengasuh yang relatif kecil (1,8 jam versus 1,3 jam). Persentase responden yang tinggal di perkotaan dan mengasuh cucu mereka mencapai 46% dengan rata-rata durasi 2,9 jam, di mana sedikit lebih tinggi dibandingkan 45% responden yang tinggal di perdesaan yang menghabiskan waktu mengasuh rata-rata 2,0 jam (Gambar 4.59).

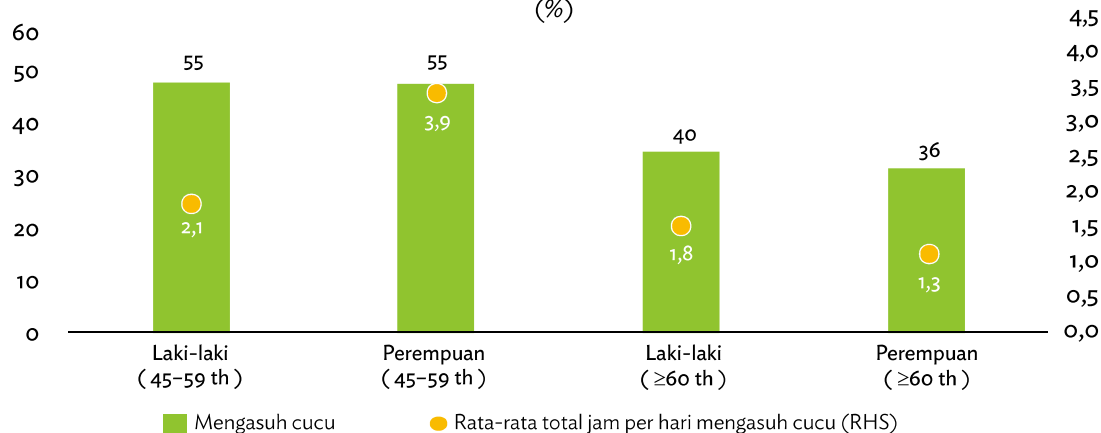
¹⁰ Jam atau durasi mengasuh dihitung dengan menanyakan “Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk menjaga cucu Anda kemarin?” atau “Berapa lama waktu yang Anda habiskan untuk menjaga cucu Anda minggu lalu?” Sekitar 98% responden menjawab pertanyaan pertama.

Gambar 4.57: Responden sebagai Pengasuh Cucu menurut Kelompok Umur (%)



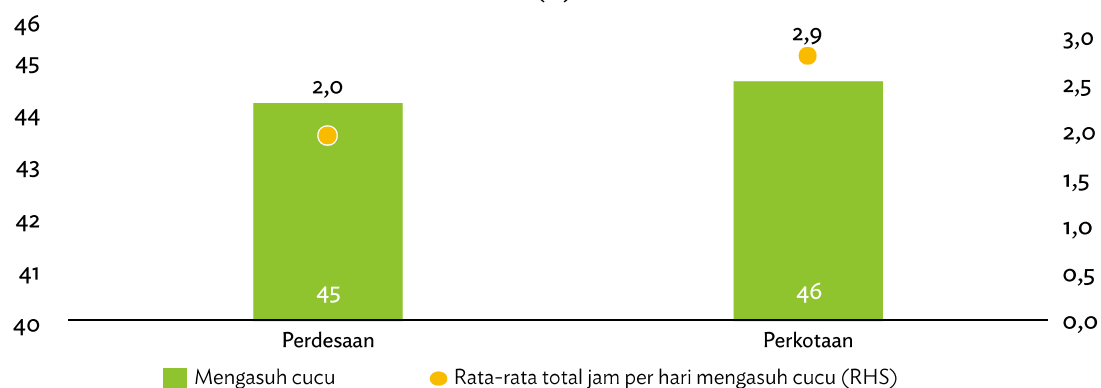
RHS = sebelah kanan.

Gambar 4.58: Responden sebagai Pengasuh Cucu menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



RHS = sebelah kanan.

Gambar 4.59: Responden sebagai Pengasuh Cucu menurut Lokasi Tempat Tinggal (%)



RHS = sebelah kanan.

Status Ekonomi

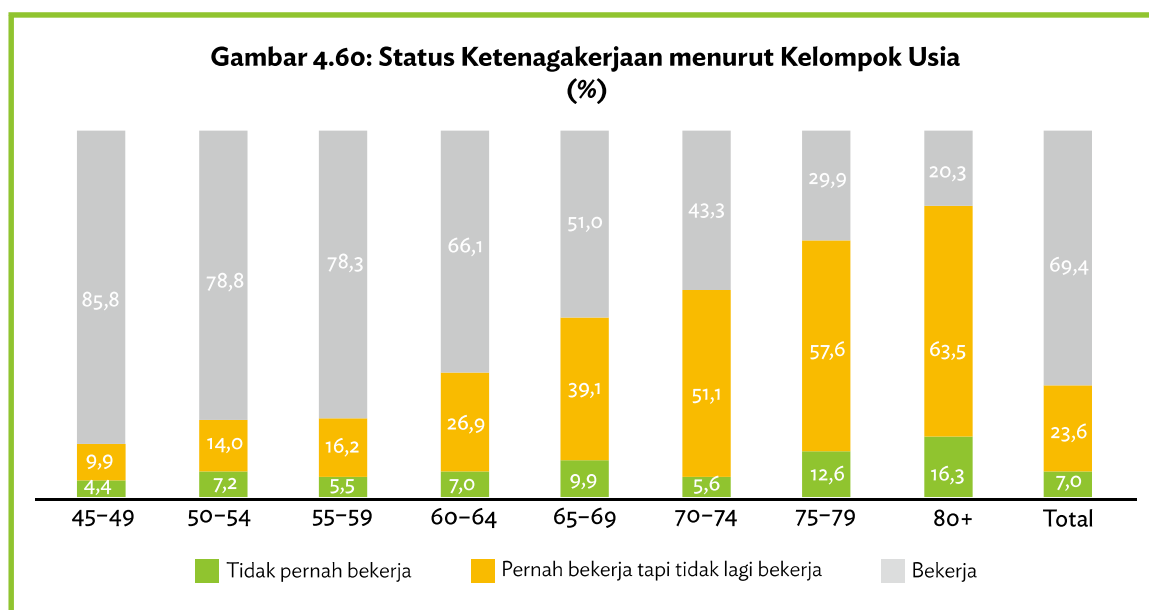
Ketenagakerjaan

Ketenagakerjaan merupakan salah satu isu yang penting dalam pembahasan populasi yang menua. Lansia cenderung keluar dari pasar tenaga kerja, terutama pasar tenaga kerja formal, karena aturan batas usia. Ketika lansia berkeinginan untuk bekerja, alternatif pilihan adalah memasuki pasar kerja informal di sektor pertanian atau jasa dengan nilai tambah yang rendah, seperti dinyatakan oleh Cravino, Levchenko dan Rojas (2022) dan Siliverstovs, Kholodilin dan Thiessen (2011) dalam diskusi in the discussion tentang dampak penuaan penduduk terhadap pekerjaan di sektor jasa dan Contzen (2017) di sektor pertanian. Untuk pekerja lansia di sektor informal, umumnya mereka tidak dicakup dalam program pensiun sehingga mereka memiliki pilihan yang terbatas selain terus bekerja selama kesehatan mereka memungkinkan. Tingkat produktivitas dan upah cenderung lebih rendah untuk lansia yang melakukan pekerjaan di sektor informal.

ILAS mengumpulkan informasi terkait dengan karakteristik pekerjaan lanjut usia. Selain itu, ILAS memiliki seksi terkait dengan rencana pensiun. Temuan hasil studi ILAS mendorong pemerintah untuk terus mengembangkan pasar tenaga kerja yang inklusif dan perbaikan perlindungan sosial, khususnya untuk lansia miskin (Paweenawat and Liao 2021).

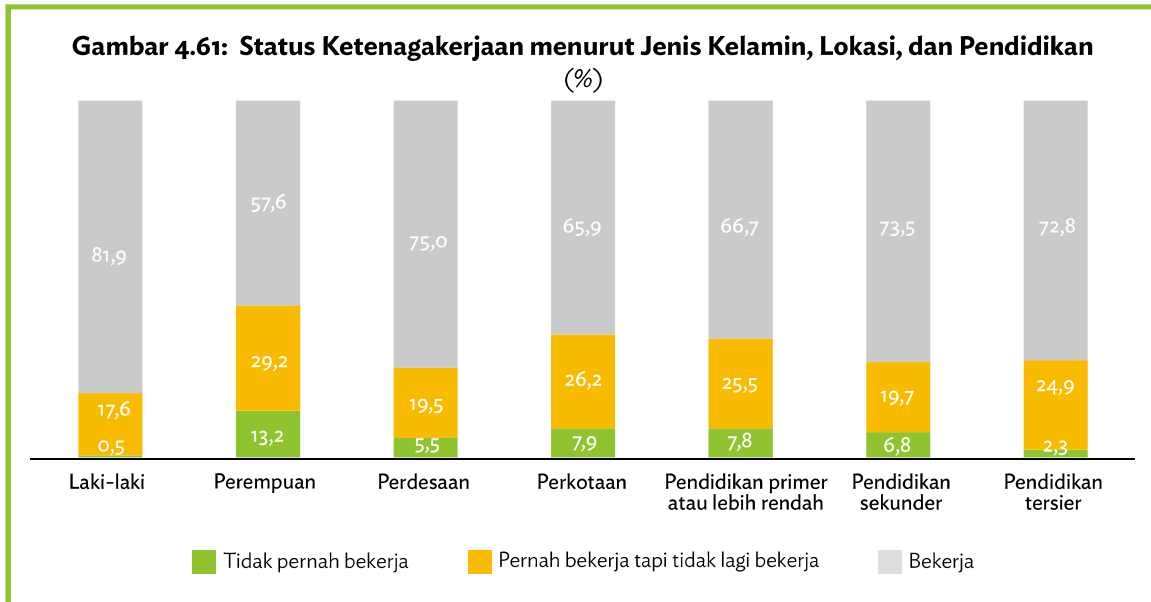
Status Ketenagakerjaan

Secara keseluruhan, sekitar 69% responden memiliki pekerjaan (Gambar 4.60). Persentase responden yang bekerja tersebut turun seiring bertambahnya usia responden, di mana persentase yang paling rendah terdapat pada kelompok umur 80+.



Analisis disagregasi menunjukkan bahwa status bekerja berhubungan dengan karakteristik dari responden (Gambar 4.61). Persentase responden laki-laki yang bekerja lebih tinggi dibandingkan perempuan, dengan selisih signifikan sekitar 24 persen poin. Responden yang tinggal di perdesaan memiliki persentase lebih

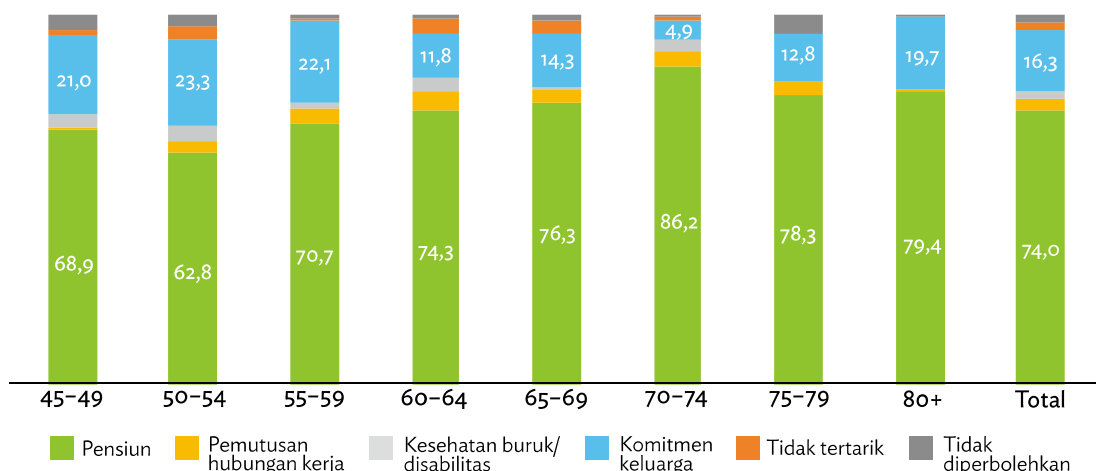
tinggi daripada perkotaan (75% versus 66%). Semakin tinggi pendidikan responden berpengaruh dalam keputusan bekerja. Persentase responden yang bekerja dengan tingkat pendidikan sekunder dan tersier sekitar 73%, dibandingkan hanya 67% untuk mereka yang tamat pendidikan dasar atau lebih rendah.



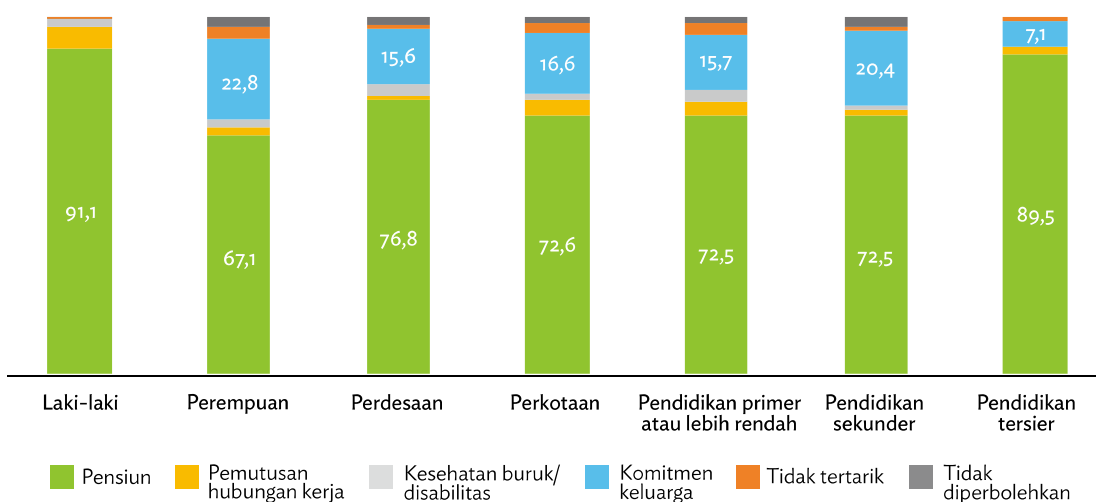
Keputusan responden tidak bekerja dapat terdiri dari dua hal: pernah bekerja tetapi sekarang tidak bekerja karena pensiun atau pemutusan hubungan kerja dan tidak pernah bekerja sama sekali. Sekitar 7% dan 24% dari responden tidak pernah bekerja dan pernah bekerja, secara berurutan (Gambar 4.60). Persentase responden yang pernah bekerja meningkat untuk kelompok umur lebih tua menunjukkan pensiun. Perempuan memiliki persentase lebih tinggi untuk tidak pernah bekerja dan pernah bekerja, sekitar 13% dan 29% secara berurutan (Gambar 4.61). Lebih lanjut, responden dengan pendidikan tinggi cenderung kecil kemungkinan tidak pernah bekerja.

Di antara responden yang tidak bekerja, sekitar 74% memiliki alasan pensiun, kemudian 16% karena alasan komitmen terhadap keluarga (Gambar 4.62). Alasan pensiun mendominasi responden laki-laki yang tidak sedang bekerja, sekitar 91% (Gambar 4.63). Bagi responden perempuan, sekitar 67% karena pensiun dan 23% karena komitmen keluarga. Alasan responden di perdesaan dan perkotaan tidak berbeda jauh, di mana sekitar 73-77% menjawab alasan pensiun. Alasan pensiun juga banyak ditemukan pada responden dengan pendidikan tersier, sekitar 90%, sedangkan responden dengan pendidikan dasar dan sekunder sekitar 72-73%.

Gambar 4.62: Alasan Tidak Bekerja menurut Kelompok Umur (%)



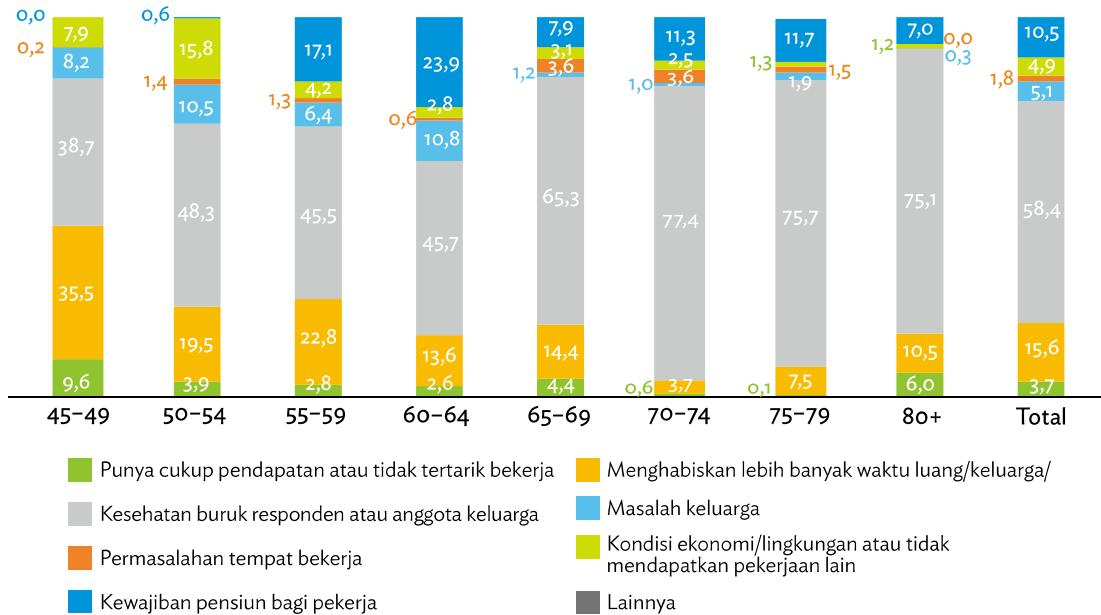
Gambar 4.63: Alasan Tidak Bekerja menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan (%)



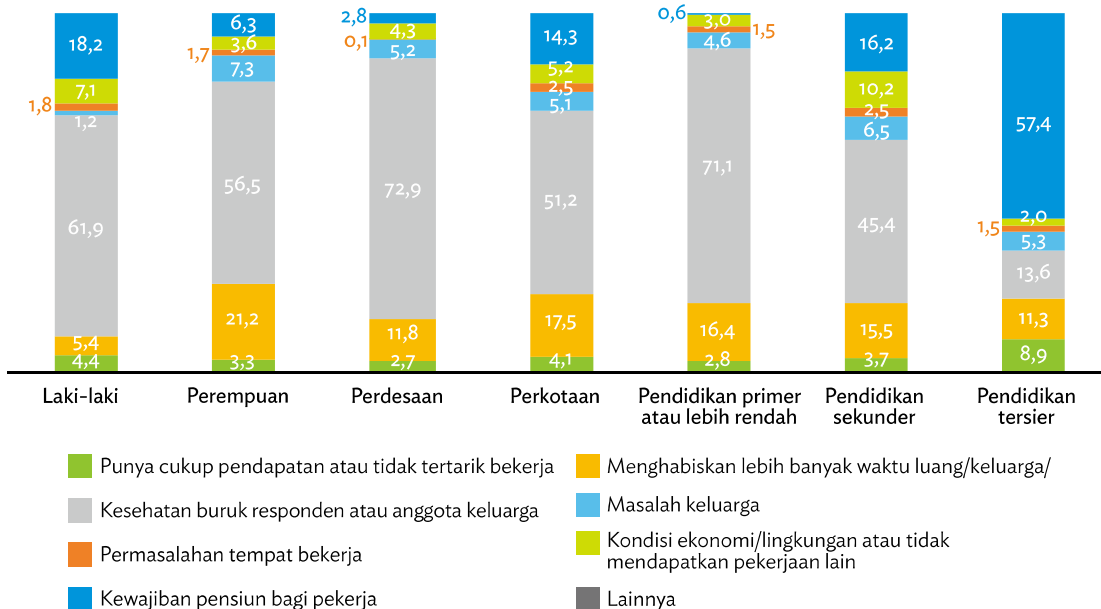
ILAS menanyakan lebih detail mengenai alasan pensiun. Secara keseluruhan, sekitar 58% responden yang pensiun menjawab karena alasan kesehatan responden atau ada anggota keluarga yang sakit (Gambar 4.64). Bagi responden berumur 45-49 tahun, sekitar 39% menjawab karena ingin memiliki waktu luang, menghabiskan waktu untuk keluarga, atau kegiatan sosial. Disagregasi berdasarkan karakteristik menunjukkan beberapa variasi (Gambar 4.65). Bagi responden laki-laki, mereka pensiun karena alasan Kesehatan responden atau ada anggota keluarga yang sakit (62%), kemudian karena aturan pensiun di tempat kerja (18%). Sedangkan bagi perempuan, alasan utama adalah alasan kesehatan responden atau ada anggota keluarga yang sakit (56%), kemudian ingin memiliki waktu luang, menghabiskan waktu untuk keluarga, atau kegiatan sosial (21%). Responden di perkotaan menjawab alasan aturan pensiun lebih banyak (14%) daripada responden di perdesaan (3%). Lebih dari 50% dari responden berpendidikan tersier

menjawab aturan pensiun, sedangkan alasan utama bagi responden pendidikan dasar dan sekunder adalah alasan kesehatan responden atau ada anggota keluarga yang sakit (71% bagi responden berpendidikan dasar dan 45% bagi responden berpendidikan sekunder).

Gambar 4.64: Alasan Pensiun menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 4.65: Alasan Pensiun menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan (%)



Karakteristik Pekerjaan

Di sektor formal, baik laki-laki maupun perempuan secara umum pensiun di sekitar umur 59 tahun (Tabel 4.11). Usia tersebut di bawah negara-negara berkembang di Asia Tenggara dan negara maju di Asia seperti Korea Selatan dan Jepang. Konsekuensi dari peraturan usia pensiun adalah lansia ketika masih bekerja cenderung berada pada sektor informal. Sekitar 21% responden pra-lansia bekerja sebagai karyawan¹¹ kemudian persentase tersebut turun menjadi 8% untuk responden lansia (Gambar 4.66). Secara keseluruhan, pekerja informal masih mendominasi untuk responden usia 45+, sekitar 80% dengan persentase terbanyak adalah berusaha sendiri (30%).

Tabel 4.11: Usia Pensiun menurut Jenis Kelamin

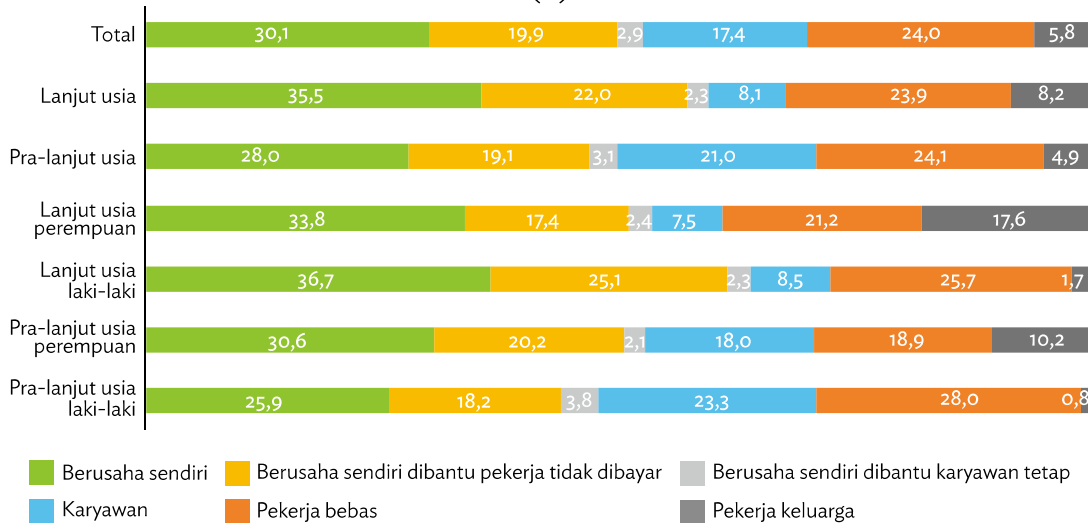
Negara	Laki-laki	Perempuan	Sumber
Brunei Darussalam	60	60	Retirement Age Order 2010
Indonesia	59	59	Government Regulation 45/2015
Japan	65	65	OECD (2018)
Lao PDR	60	55	Law on Social Security 2013
Malaysia	60	60	Minimum Retirement Age Act 2012
People's Republic of China	60	55	Liu and Xu (2023)
Philippines	65	65	Presidential Decree No. 442 Labor Code of the Philippines
Republic of Korea	62	62	OECD (2022)
Singapore	63	63	Retirement and Re-employment Act
Thailand	60	60	Labour Protection Act 1998, amended in 2008
Viet Nam	60	56	Decree on Retirement Age 2020

Lao PDR = Lao People's Democratic Republic, OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development.

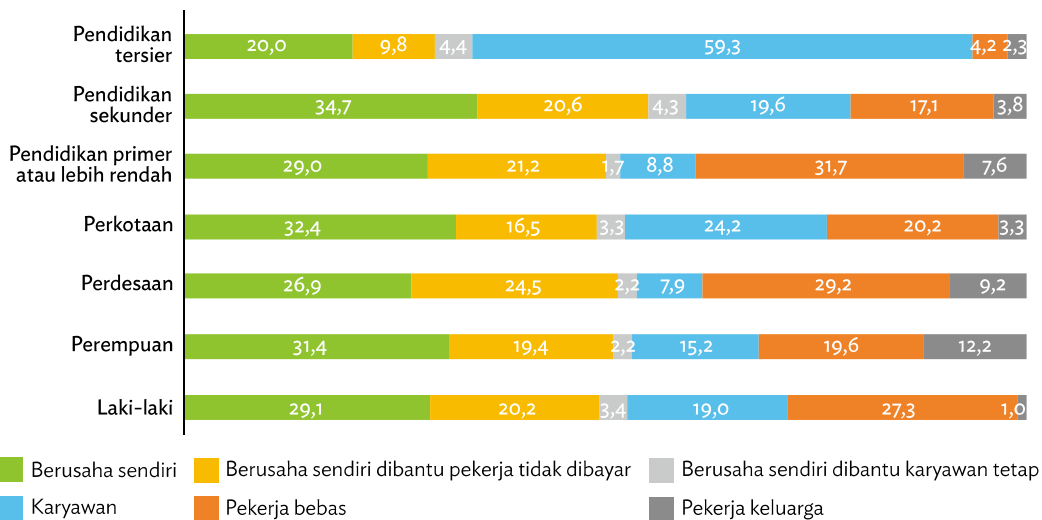
Analisis disagregasi menunjukkan bahwa status pekerjaan berkorelasi dengan beberapa karakteristik dari responden (Gambar 4.67). Persentase responden laki-laki yang berusaha sendiri dan berusaha dibantu pekerja mencapai 52%, hampir sama dengan responden perempuan. Akan tetapi responden perempuan yang bekerja sebagai pekerja keluarga/tidak dibayar cenderung memiliki persentase yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki (12% vs 1%). Sementara itu, sekitar 27% respondent laki-laki bekerja sebagai pekerja bebas, lebih tinggi dibandingkan responden perempuan (20%). Persentase responden di perkotaan cenderung bekerja sebagai karyawan (24%) sementara di perdesaan sebagai pekerja bebas (29%) dan pekerja keluarga/tidak dibayar (9%). Responden yang berpendidikan tersier cenderung bekerja di sektor formal, seperti sebagai karyawan (59%).

¹¹ Badan Pusat Statistik (BPS) mendefinisikan karyawan dan pemberi kerja yang dibantu oleh pekerja tetap dan bergaji sebagai pekerja formal, sedangkan pekerja mandiri, pemberi kerja yang dibantu oleh pekerja sementara/pekerja keluarga/pekerja tidak dibayar, pekerja lepas, dan pekerja keluarga/pekerja tidak dibayar dianggap sebagai pekerja informal.

Gambar 4.66: Status Ketenagakerjaan Responden Bekerja menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



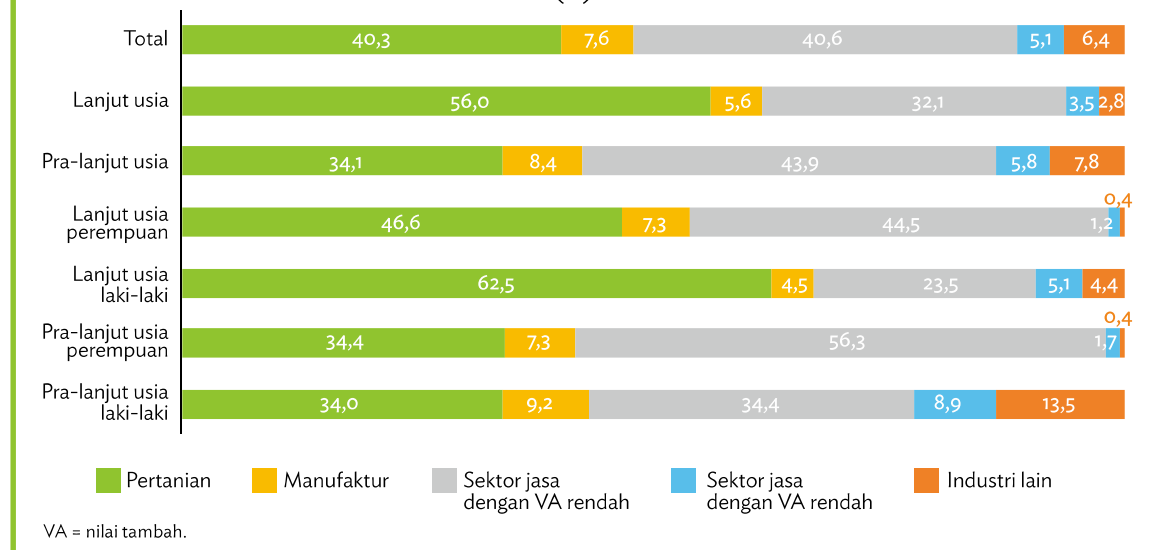
Gambar 4.67: Status Ketenagakerjaan Responden Bekerja menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan (%)



Responden yang memiliki usaha atau bekerja sebagai penerima upah cenderung bekerja di sektor pertanian atau jasa dengan nilai tambah rendah seperti perdagangan atau jasa personal.¹² Secara keseluruhan, sekitar 40% responden bekerja di sektor pertanian dan 41% di sektor jasa dengan nilai tambah rendah (Gambar 4.68). Persentase responden lansia yang bekerja di sektor pertanian lebih tinggi dibandingkan responden pra lansia, yaitu 56 persen berbanding dengan 34 persen.

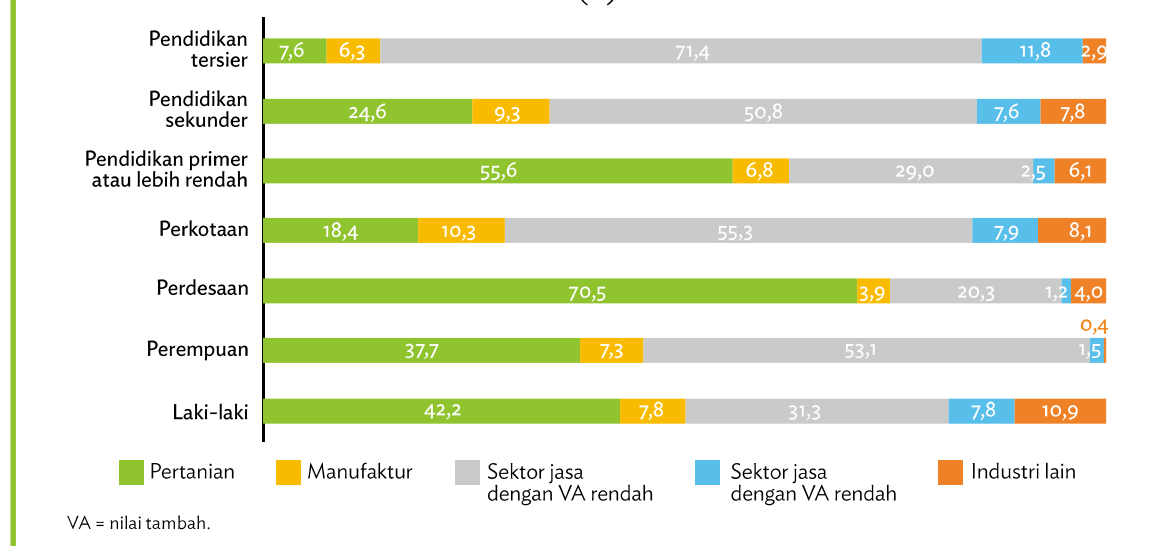
¹² Sektor ekonomi dikelompokkan sebagai berikut: pertanian; manufaktur; jasa dengan nilai tambah rendah termasuk perdagangan besar dan eceran, restoran dan hotel, dan jasa masyarakat, sosial, dan personal; jasa dengan nilai tambah tinggi termasuk transportasi, perdagangan dan telekomunikasi, dan keuangan, asuransi, real estat, dan bisnis; dan industri lainnya termasuk pertambangan dan penggalian, listrik, gas, dan air, dan konstruksi.

Gambar 4.68: Sektor Ketenagakerjaan Responden menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

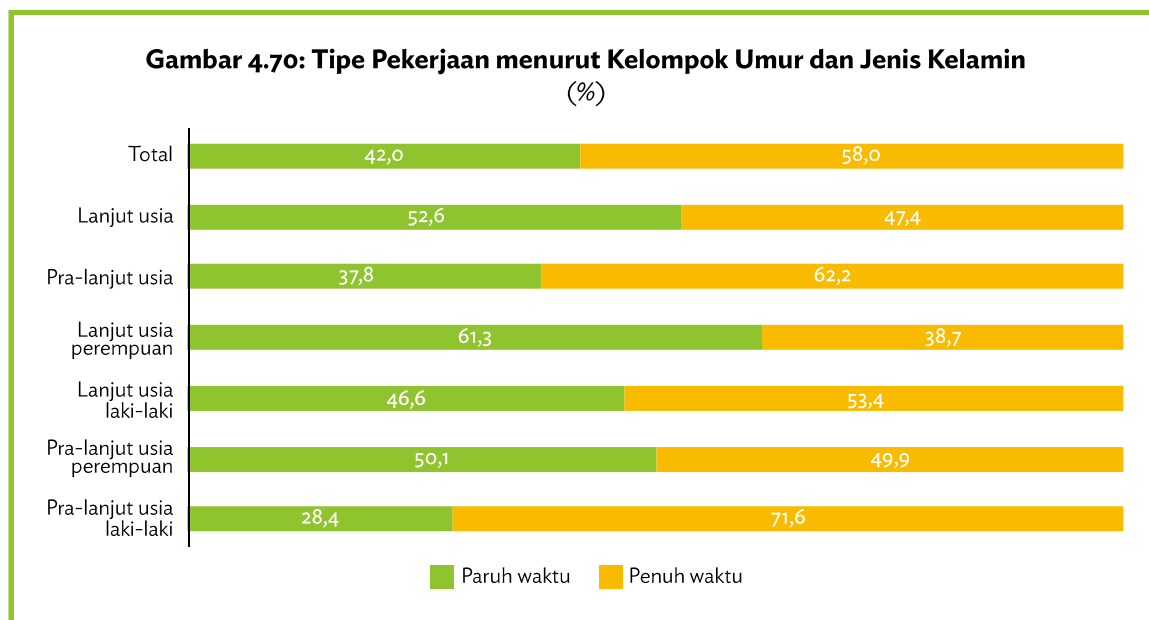


Beberapa karakteristik terkonsentrasi pada sektor tertentu (Gambar 4.69). Responden laki-laki lebih banyak di sektor pertanian, sejumlah 42% responden, sedangkan perempuan di sektor jasa dengan nilai tambah rendah sekitar 53%. Responden di perdesaan lebih mendominasi di sektor pertanian, sekitar 71%. Sementara itu, responden di perkotaan cenderung bekerja di sektor jasa dengan nilai tambah rendah, sekitar 55%. Responden dengan pendidikan dasar mendominasi di sektor pertanian dengan persentase 56% sementara responden dengan pendidikan sekunder atau lebih tinggi cenderung bekerja di sektor jasa dengan nilai tambah rendah (51% untuk pendidikan sekunder dan 71% untuk pendidikan tersier).

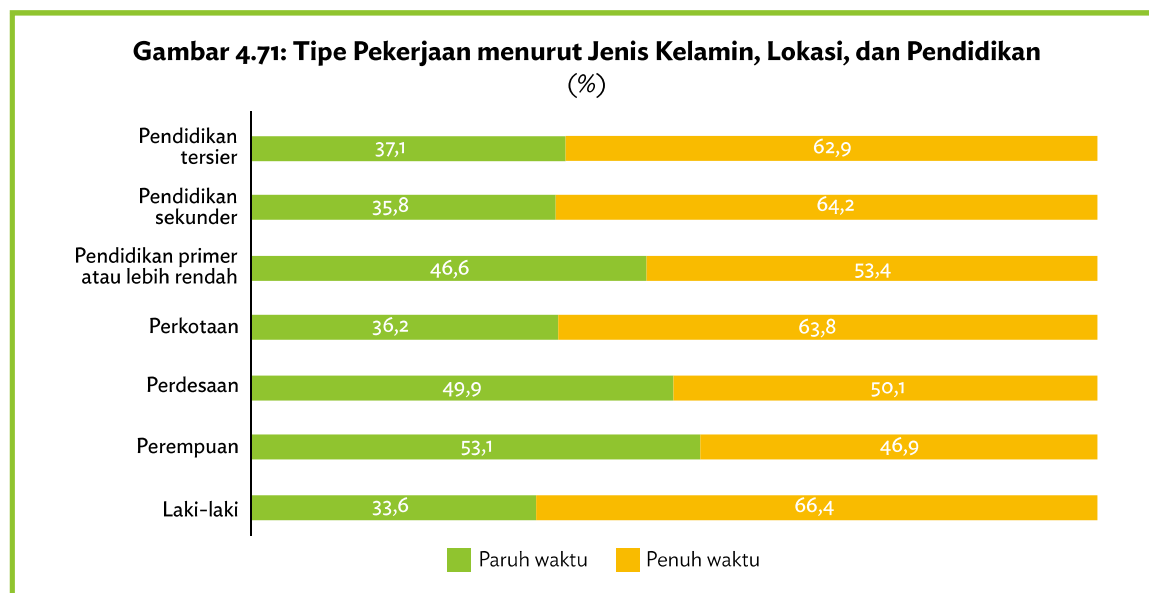
Gambar 4.69: Sektor Ketenagakerjaan Responden menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan (%)



Terkait dengan tipe pekerjaan, lebih dari separuh responden bekerja penuh waktu (Gambar 4.70). Responden pra-lansia yang bekerja penuh waktu sekitar 62%, lebih tinggi dibandingkan dengan responden lansia 47%. Responden pra-lansia bekerja rata-rata 37 jam/minggu sedangkan responden lansia bekerja rata-rata 31 jam/minggu.

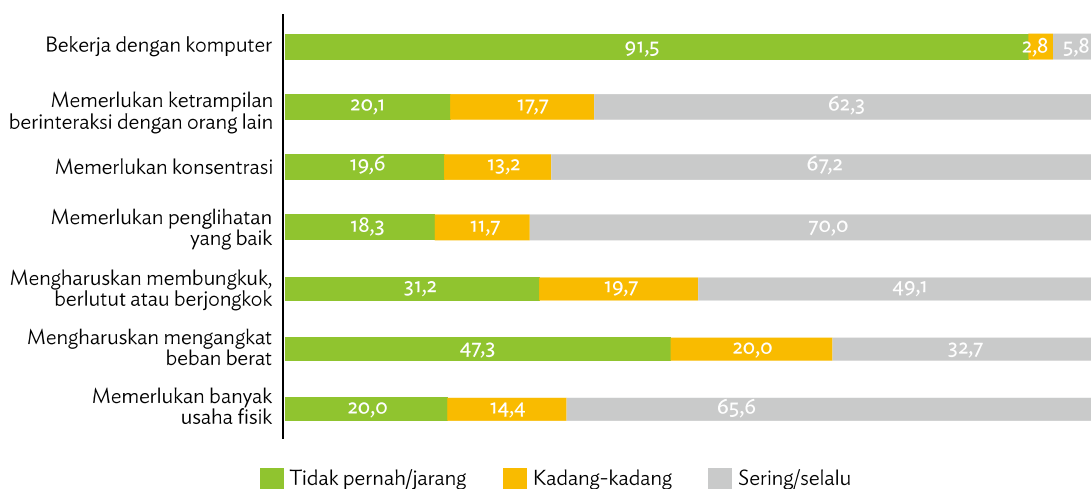


Tipe pekerjaan cenderung berkorelasi dengan beberapa karakteristik responden (Gambar 4.17). Responden laki-laki yang bekerja penuh waktu lebih banyak dibandingkan dengan perempuan (66% vs 47%). Tipe pekerjaan dari responden di perkotaan cenderung lebih banyak pekerjaan penuh waktu dengan persentase 64%, lebih tinggi daripada di perdesaan dengan persentase 50%. Responden dengan pendidikan lebih tinggi cenderung bekerja dengan durasi lebih lama. Responden dengan pendidikan sekunder atau lebih tinggi bekerja penuh waktu (63–64%) lebih tinggi dibandingkan dengan pendidikan dasar sekitar 53%.

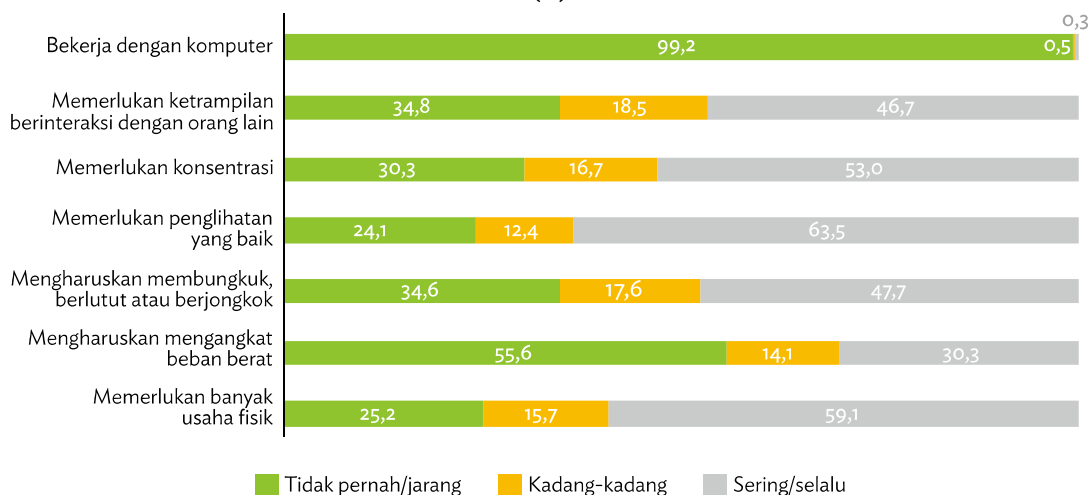


Secara keseluruhan, responden ILAS bekerja pada pekerjaan yang membutuhkan kemampuan fisik atau pekerjaan manual. Baik responden pra-lansia dan lansia tidak jauh berbeda dalam hal membutuhkan usaha fisik, mengangkat beban, dan membungkuk/berlutut/berjongkok (Gambar 4.71 dan Gambar 4.73). Perbedaan yang cukup signifikan terdapat pada pekerjaan yang membutuhkan kemampuan interpersonal di mana responden pra-lansia yang menggunakan kemampuan tersebut lebih sering dibandingkan dengan responden lansia. Baik responden pra-lansia dan lansia cenderung bekerja tidak menggunakan komputer, sekitar 91% untuk pra-lansia dan 99% untuk lansia.

Gambar 4.72: Karakteristik Pekerjaan Responden Pra-Lanjut Usia
(%)

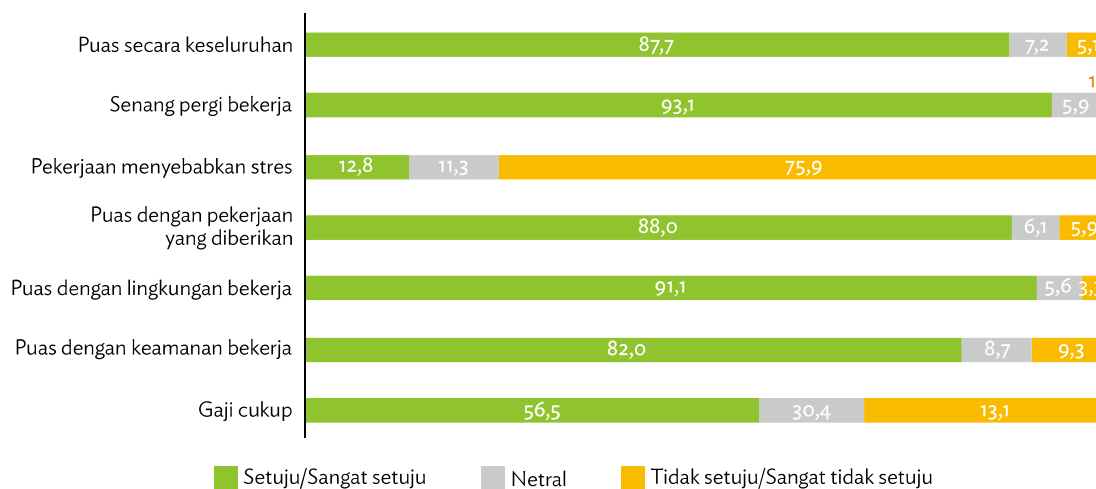


Gambar 4.73: Karakteristik Pekerjaan Responden Lanjut Usia
(%)

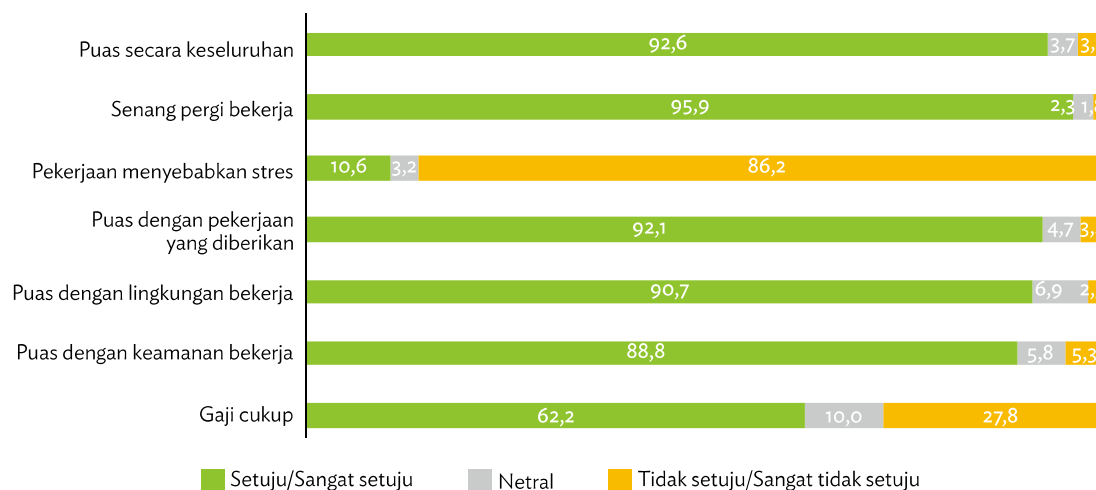


Responden lansia yang puas terhadap pekerjaannya mencapai 93%, lebih tinggi dibandingkan dengan responden pra-lansia yang menjawab setuju dengan kepuasan dalam pekerjaan sekitar 88%. Akan tetapi indikator kepuasan paling rendah terdapat pada kepuasan terhadap gaji di mana hanya 56% responden pra-lansia dan 62% responden lansia yang puas terhadap gaji yang diperoleh (Gambar 4.74 dan 4.75).

Gambar 4.74: Kepuasan Bekerja Responden Pra-Lanjut Usia
(%)



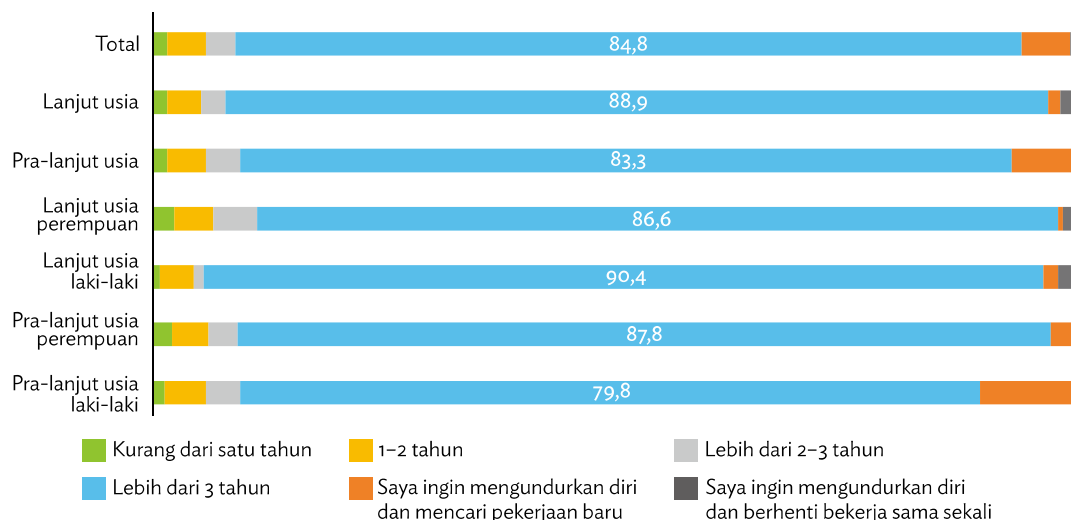
Gambar 4.75: Kepuasan Bekerja Responden Lanjut Usia
(%)



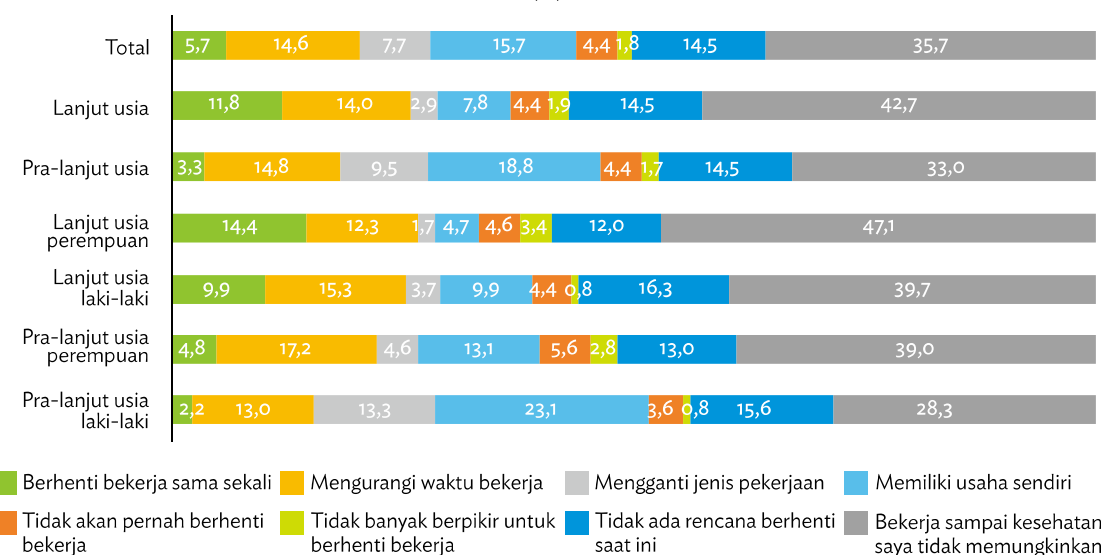
Rencana Pensiun

Sekitar 85% responden ingin bekerja lebih dari tiga tahun untuk pekerjaan sekarang (Gambar 4.76). Keinginan bekerja lebih dari 3 tahun pada pekerjaan sekarang lebih banyak pada responden lansia yang menunjukkan adanya keinginan kuat untuk berpartisipasi dalam angkatan kerja lebih lama. Beberapa responden yang berstatus bekerja saat ini juga ada yang berkeinginan untuk meninggalkan pekerjaannya saat ini. Hasil analisis pada Gambar 4.77 mendukung temuan keinginan responden untuk terus bekerja selama kesehatan masih mendukung. Hanya sekitar 6% yang mengatakan akan berhenti sama sekali ketika sudah pensiun di pekerjaan sekarang.

Gambar 4.76: Keinginan Terus Bekerja Pada Pekerjaan Sekarang menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



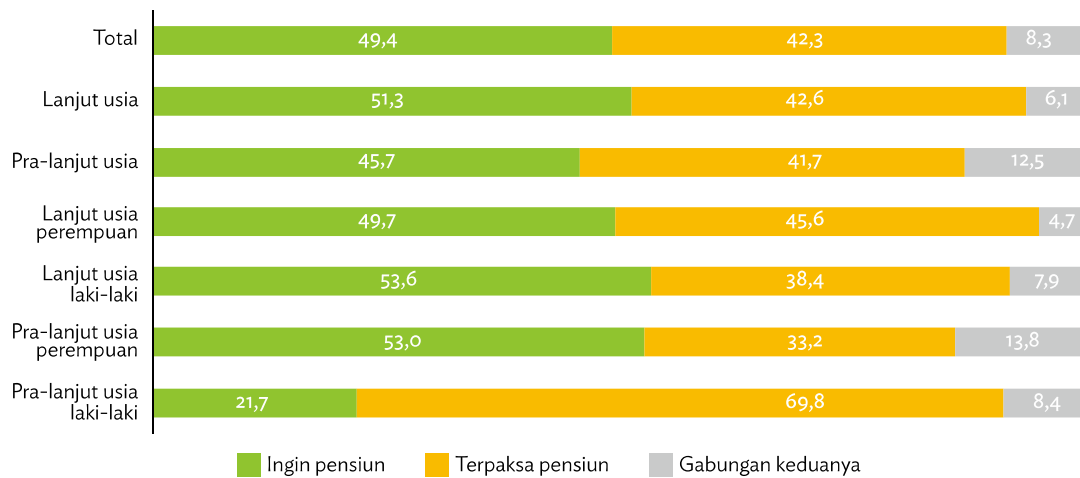
Gambar 4.77: Rencana Setelah Pensiun Pada Pekerjaan Sekarang menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



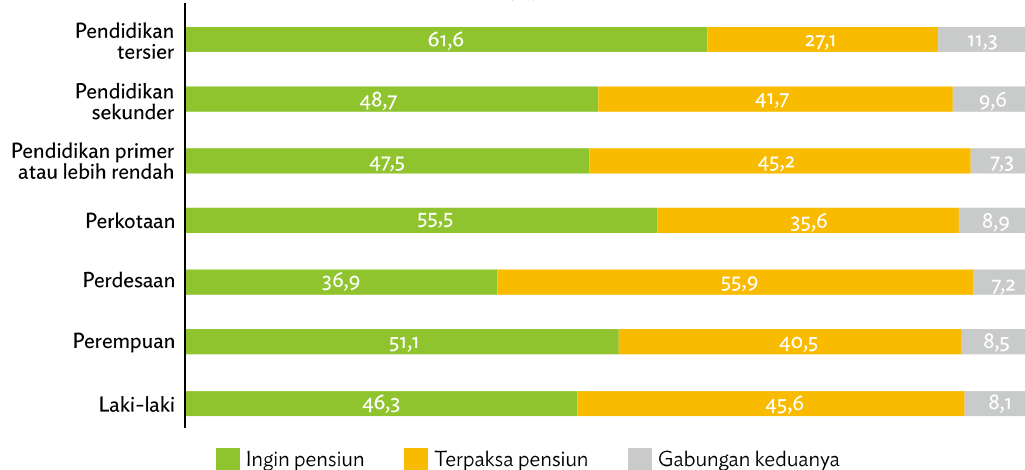
Keadaan Pasca Pensiun

ILAS menanyakan persepsi kesejahteraan responden secara subjektif terutama pasca pensiun. Secara keseluruhan, sekitar 49% responden yang ingin pensiun, sedangkan sisanya cenderung dipaksa untuk pensiun (Gambar 4.78). Anggapan dipaksa untuk pensiun paling banyak dirasakan oleh responden pra-lansia laki-laki yang mencapai 70%.¹³ Keinginan untuk pensiun paling banyak dijawab oleh responden dengan pendidikan tersier sekitar 62% dan tinggal di perkotaan sekitar 56% (Gambar 4.79).

Gambar 4.78: Kondisi Mengenai Pensiun menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



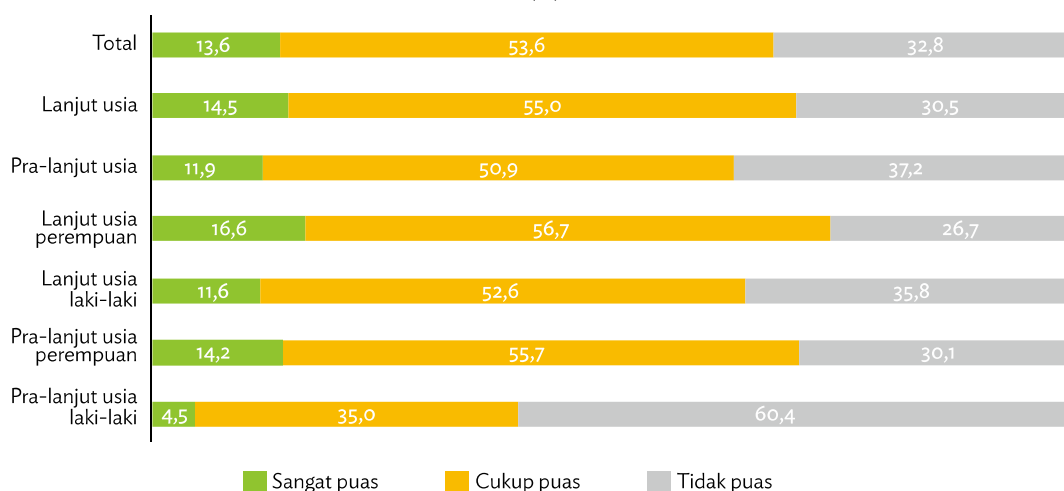
Gambar 4.79: Kondisi Mengenai Pensiun menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan (%)



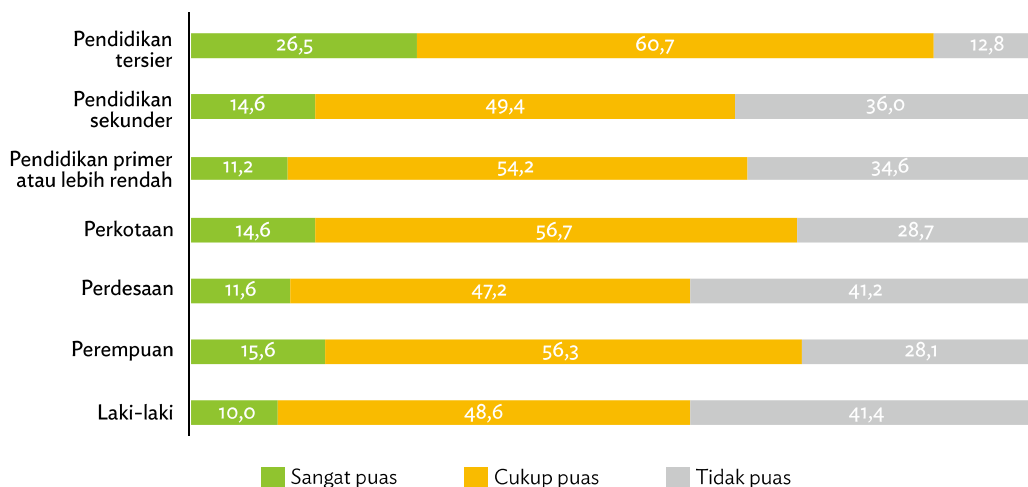
¹³ Tujuan dari pertanyaan ini adalah untuk memahami bagaimana responden pensiun atau berhenti bekerja.

Kepuasan hidup pasca pensiun merupakan hal yang penting untuk diketahui sebagai salah satu indikator kesejahteraan individu.¹⁴ Hampir sepertiga dari responden menjawab tidak puas dengan kehidupan pasca pensiun (Gambar 4.80). Responden pra-lansia laki-laki memiliki ketidakpuasan paling tinggi, sebesar 60%. Temuan dari analisis Gambar 4.82 menunjukkan bahwa keinginan untuk pensiun dan kepuasan hidup pasca pensiun cenderung berkorelasi positif. Responden yang memiliki keinginan untuk pensiun tinggi seperti responden berpendidikan tersier dan tinggal di perkotaan cenderung menjawab puas dengan kehidupan pasca pensiun (Gambar 4.81).

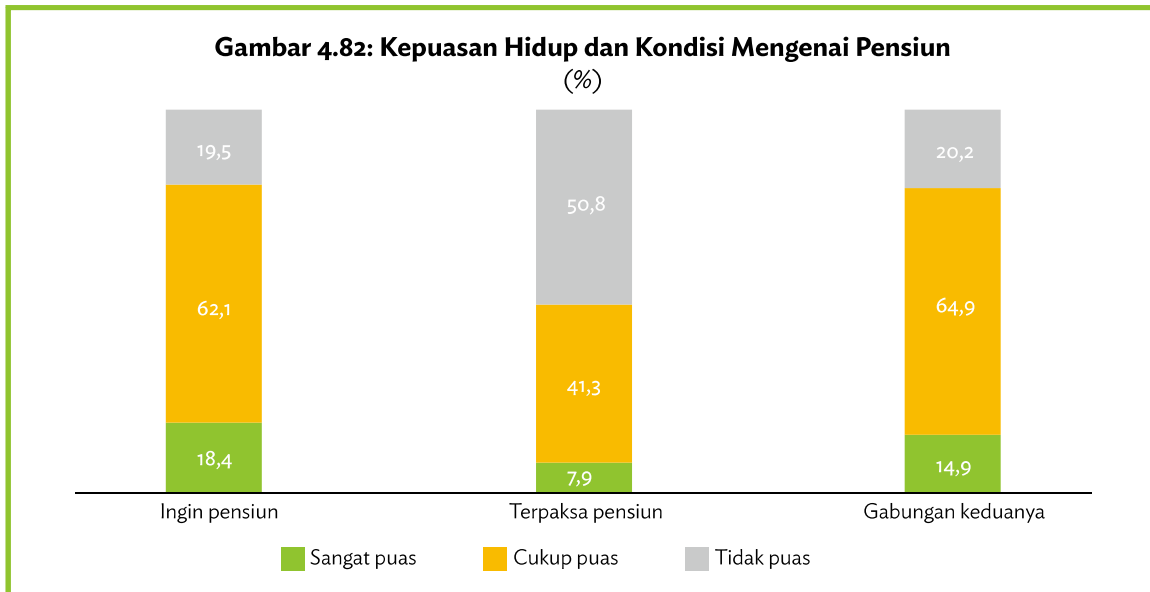
Gambar 4.80: Kepuasan Hidup Setelah Pensiun menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Gambar 4.81: Kepuasan Hidup Setelah Pensiun menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan (%)



¹⁴ Variabel kepuasan hidup adalah ukuran jawaban dari responden sendiri menggunakan skala Likert.



Temuan dalam pembahasan bagian ini menunjukkan bahwa terdapat keinginan untuk terus bekerja bagi individu yang akan memasuki usia pensiun. Keinginan ini kemudian mendorong individu lansia untuk lanjut bekerja dalam sektor informal. Kebijakan ketenagakerjaan harus mendorong pasar tenaga kerja yang lebih inklusif untuk lanjut usia. Ini termasuk mempertimbangkan peningkatan usia pensiun yang fleksibel untuk mengakomodasi kebutuhan individu.

Pendapatan dan Pengeluaran

Secara umum, pendapatan akan semakin menurun seiring bertambahnya usia karena lansia memiliki kesempatan yang terbatas untuk terus produktif. Oleh karena itu, kelompok lansia cenderung lebih rentan terhadap guncangan ekonomi seperti bencana atau masalah Kesehatan. Akan tetapi, teori ekonomi oleh Modigliani dan Brumberg mengatakan bahwa individu cenderung berusaha untuk menjaga level konsumsinya dalam rentang waktu hidupnya (Modigliani and Brumberg 1954). Di sisi lain, pasar tenaga kerja dan keuangan yang tidak sempurna serta literasi keuangan yang rendah di Indonesia dapat menjadi hambatan dalam akumulasi kekayaan. Kemudian, selisih antara pendapatan dan pengeluaran akan melebar seiring bertambahnya usia. Untuk mempersempit selisih tersebut, individu dapat memperoleh transfer, baik dari pemerintah¹⁵ atau swasta¹⁶, dan tabungan pensiun. Hasil analisis dalam pembahasan ini menjadi bukti empiris bahwa intervensi kebijakan diperlukan untuk menjaga tingkat konsumsi.

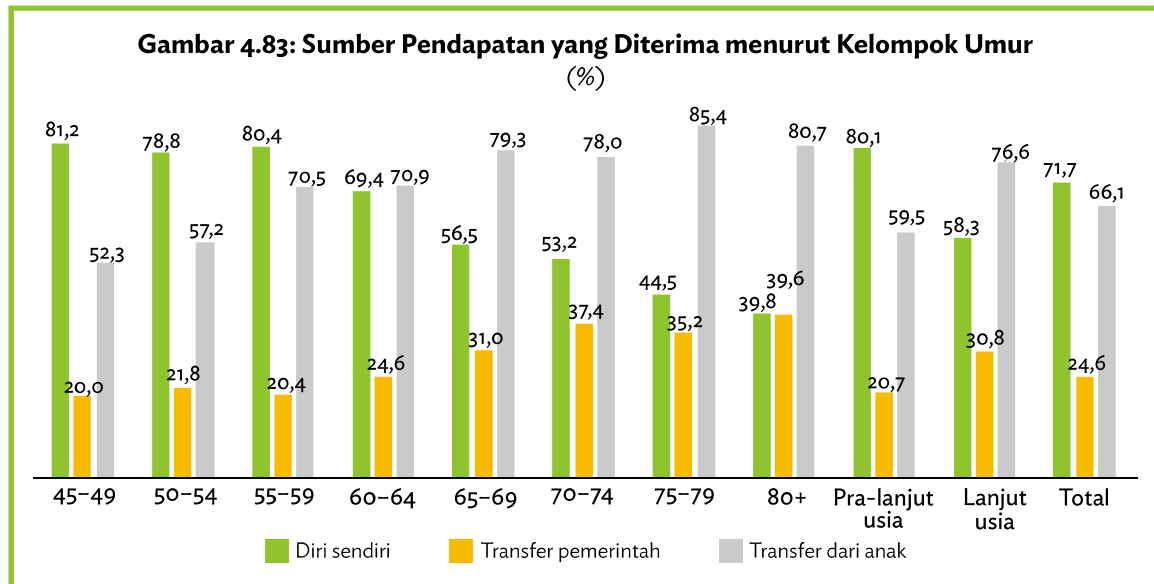
Status Penerima Pendapatan

Dalam seksi pendapatan, ILAS menanyakan mengenai sumber pendapatan yang diterima oleh responden. Pendapatan dapat berasal dari sumber sendiri (bekerja, uang pensiun, atau asuransi) dan/atau bantuan transfer dari pemerintah. Sekitar 72% responden menerima pendapatan dari sumber sendiri (Gambar 4.83). Persentase responden yang menerima pendapatan naik menjadi 81% ketika pendapatan dari sumber sendiri dikombinasikan dengan transfer dari pemerintah. Tabulasi berdasarkan umur menunjukkan bahwa semakin tua responden, persentase responden yang menerima pendapatan dari sumber sendiri semakin menurun. Responden pra-lansia yang menerima pendapatan dari usaha sendiri mencapai 80%, dibandingkan dengan 58% responden lansia. Selain itu, 66% responden menerima transfer dari anak-anak

¹⁵ Bantuan sosial dan bantuan langsung tunai adalah contoh transfer pemerintah.

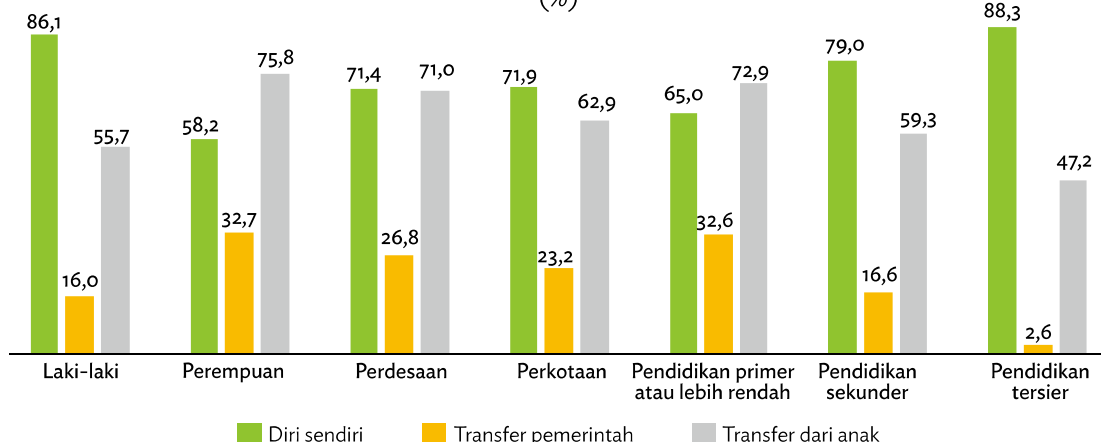
¹⁶ Transfers privat termasuk transfer dari anggota keluarga (misal, anak, orang tua, atau saudara) dan bukan anggota keluarga.

mereka. Transfer dari anak cukup besar untuk kelompok usia yang lebih tua, terutama untuk responden berusia 65 tahun ke atas. Persentase responden yang menerima transfer dari anak relatif lebih tinggi dibandingkan dengan pendapatan dari sumber sendiri dan/atau transfer dari pemerintah.



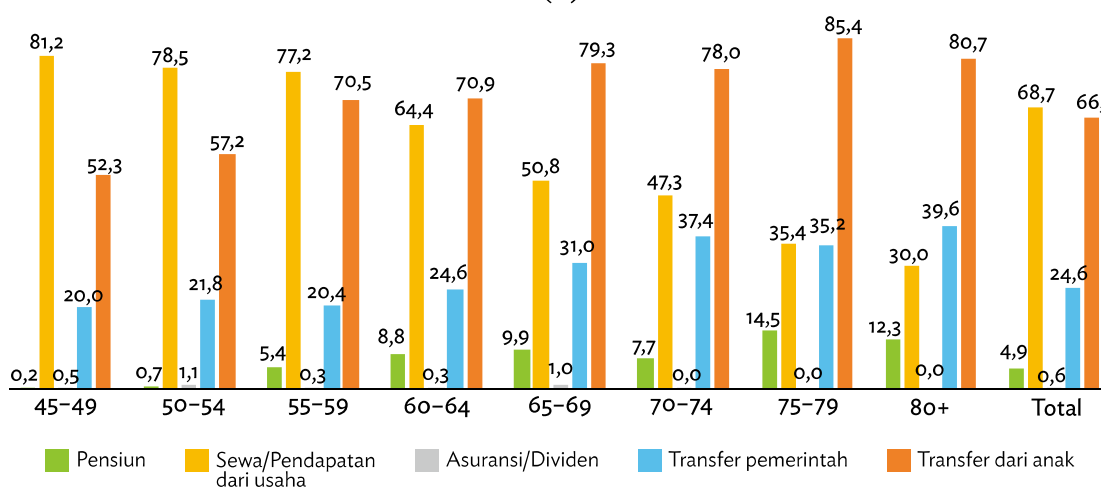
Analisis lebih detail dilakukan dengan melakukan tabulasi berdasarkan gender, lokasi, dan pendidikan (Gambar 4.84). Perempuan yang memiliki pendapatan dari sumber sendiri sekitar 58%, lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki dengan persentase sekitar 86%. Ketika dikombinasikan dengan bantuan pemerintah, persentase perempuan yang memperoleh pendapatan naik menjadi 74% tetapi tetap lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki dengan persentase sekitar 89%. Diantara responden perempuan, transfer dari anak merupakan sumber pendapatan terbesar mereka. Analisis berdasarkan lokasi menunjukkan bahwa hampir tidak ada perbedaan antara perdesaan dan perkotaan dalam status penerimaan pendapatan. Perbedaan muncul ketika disagregasi berdasarkan tingkat pendidikan. Responden dengan pendidikan dasar atau lebih rendah yang menerima pendapatan dari sumber sendiri sekitar 65%, lebih rendah dibandingkan responden berpendidikan tinggi dengan persentase 88%. Kombinasi antara sumber sendiri dan transfer dari pemerintah meningkatkan persentase status penerimaan pendapatan bagi responden dengan pendidikan menengah menjadi 79%. Diantara responden berpendidikan menengah, 79% diantaranya menerima pendapatan sendiri yang mana kemudian meningkat menjadi 84% ketika bantuan pemerintah ditambahkan dalam seluruh penerimaan. Terdapat hubungan negatif antara frekuensi transfer dari anak dan tingkat pendidikan responden. Responden dengan tingkat pendidikan dasar cenderung untuk menerima transfer dari anak dibandingkan kelompok responden dengan pendidikan menengah dan tinggi. Temuan dari analisis ini menunjukkan bahwa transfer dari pemerintah dapat menjadi salah satu sumber penting pendapatan bagi lansia, perempuan, dan individu dengan pendidikan rendah.

Gambar 4.84: Sumber Pendapatan yang Diterima menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan (%)

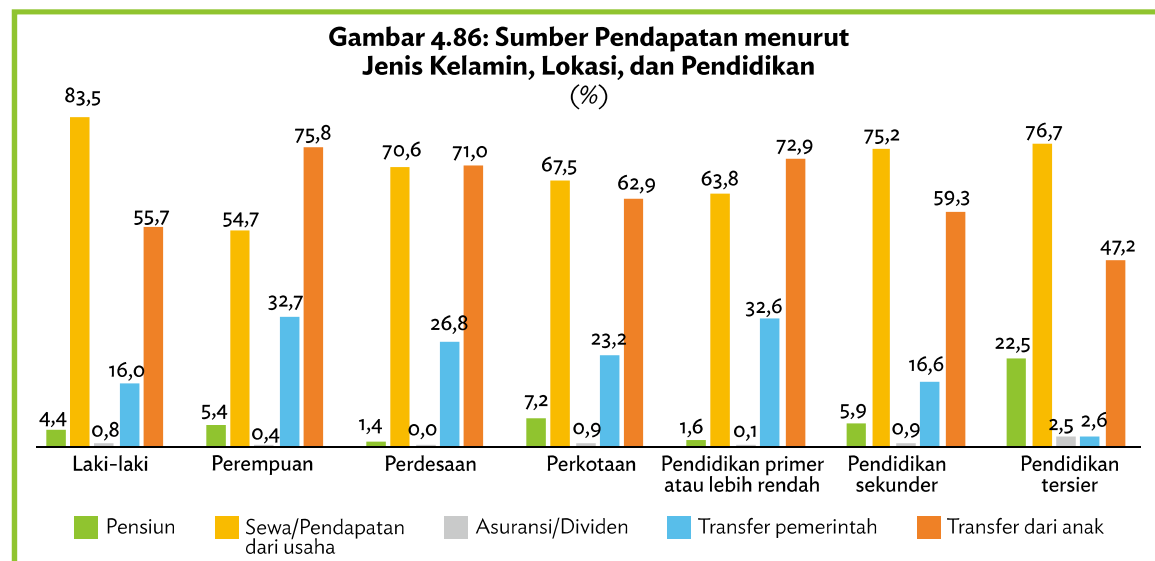


Sekitar 69% responden memperoleh pendapatan dari bekerja atau sewa (Gambar 4.85). Sumber pendapatan dari bekerja atau sewa paling besar terdapat pada responden yang berumur 45-49 tahun dengan persentase sekitar 81%, kemudian turun seiring bertambahnya usia responden. Sumber terbesar kedua adalah transfer dari pemerintah, di mana sekitar 25% responden yang menerima pendapatan adalah penerima manfaat dari transfer pemerintah. Persentase penerima manfaat meningkat seiring bertambahnya usia responden, di mana responden berusia 80+ yang menjadi penerima manfaat mencapai 40%. Sumber lain dari pendapatan adalah uang pensiun dengan persentase keseluruhan relatif kecil, sekitar 5%. Sekitar 10% responden berusia 60+ menerima uang pensiun sebagai sumber pendapatan.

Gambar 4.85: Sumber Pendapatan menurut Kelompok Umur (%)



Sumber pendapatan dipengaruhi oleh beberapa karakteristik (Gambar 4.86). Sekitar 83% laki-laki yang menerima pendapatan bersumber dari bekerja atau sewa, lebih besar dibandingkan dengan perempuan dengan persentase 55%. Responden yang tinggal di perdesaan yang menerima pendapatan yang menjawab sumber bekerja atau sewa sekitar 71%, lebih tinggi sedikit dibandingkan responden yang tinggal di perkotaan dengan persentase 68%. Sumber pendapatan dari bekerja atau sewa mencapai 64% bagi responden berpendidikan dasar atau lebih rendah, 75% bagi responden berpendidikan sekunder, dan 77% bagi responden berpendidikan tinggi. Persentase perempuan penerima manfaat transfer dari pemerintah sekitar 33%, lebih besar dibandingkan dengan laki-laki dengan persentase 16%. Sedikit perbedaan antara responden penerima manfaat yang tinggal di perdesaan dan perkotaan, dimana sekitar 27% responden di perdesaan dan 23% responden di perkotaan. Bagi responden berpendidikan rendah yang memperoleh pendapatan, sekitar 33% responden merupakan penerima manfaat dari transfer pemerintah. Bagi responden yang berpendidikan tinggi yang menerima pendapatan, sumber utama lain dari pendapatan selain bekerja atau sewa adalah uang pensiun dengan persentase mencapai 22%.



ILAS menanyakan lebih detail beberapa program transfer dari pemerintah seperti Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT),¹⁷ Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT)¹⁸ Lansia, Program Keluarga Harapan (PKH)¹⁹ Lansia, Bantuan Langsung Tunai Dana Desa (BLT DD)²⁰ untuk Lansia, dan beberapa program di tingkat provinsi/kabupaten/kota/desa. Tabel 4.12 menunjukkan persentase dari responden yang melaporkan penerimaan pendapatan mereka. Secara keseluruhan, program BPNT mendominasi program transfer dari pemerintah yang diterima oleh responden, kemudian diikuti oleh PKH Lansia. Akan tetapi, responden berusia 70+ cenderung menerima PKH Lansia lebih banyak dibandingkan dengan program BPNT. Program lain yang membantu responden lansia adalah BLT DD Lansia.

¹⁷ ASLUT adalah program yang diprioritaskan bagi lansia terlantar, sakit kronis, dan hidupnya sangat tergantung pada bantuan orang lain atau hanya dapat berbaring di tempat tidur, sehingga tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari, tidak memiliki sumber penghasilan tetap atau miskin; atau kegiatan sehari-hari, tidak memiliki sumber penghasilan tetap atau miskin.

¹⁸ BPNT adalah bantuan sosial yang disalurkan secara non-tunai melalui uang elektronik yang kemudian digunakan untuk membeli bahan pangan yang telah ditentukan di e-warung.

¹⁹ PKH adalah bantuan tunai bersyarat untuk rumah tangga miskin dan/atau rentan.

²⁰ BLT DD adalah bantuan sosial untuk Masyarakat desa yang bersumber dari Dana Desa untuk mengurangi dampak pandemi Covid-19.

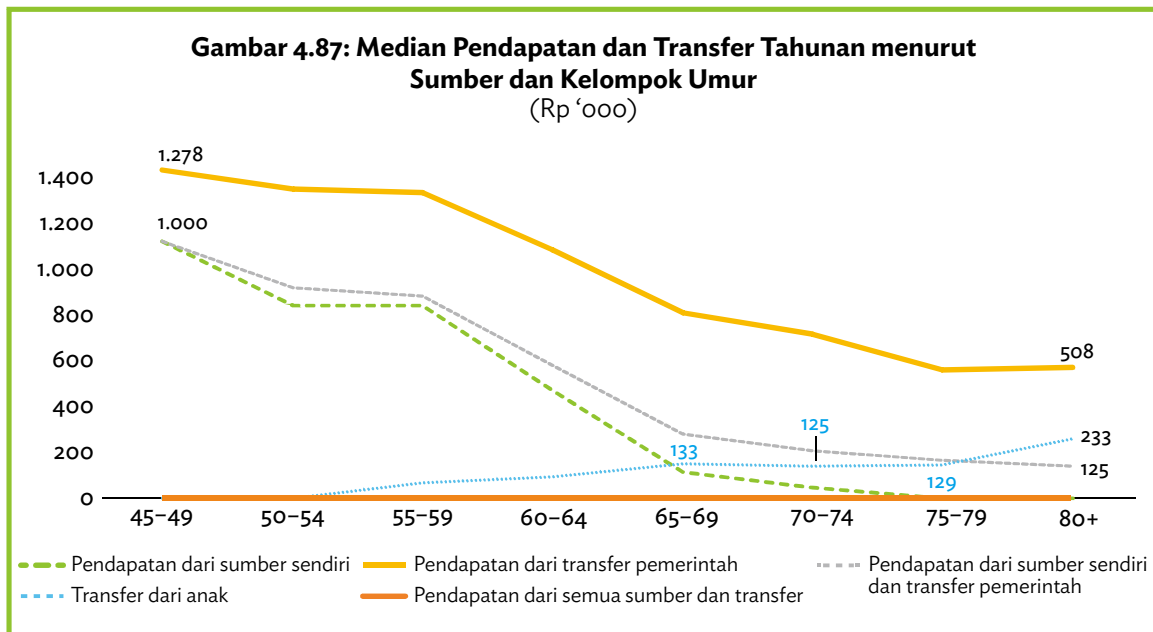
Tabel 4.12: Penerima Manfaat Transfer Pemerintah menurut Kelompok Umur (%)

	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total
Program Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bantuan Pemerintah Non Tunai (BPNT)	12	14	12	15	19	15	21	18	15
Program Keluarga Harapan	6	5	4	8	11	19	22	22	8
Bantuan dari Kabupaten/Kota	1	2	1	2	2	3	6	5	2
Bantuan Langsung Tunai dari Dana Desa	6	4	6	8	10	9	12	9	7
Bantuan dari desa	2	1	1	0	0	1	0	3	1
Bantuan dari Provinsi/pusat	1	1	2	1	1	0	0	0	1
Lainnya	1	1	1	1	1	1	0	0	1
Gabungan dari semua program	20	22	20	25	31	37	35	40	25

Siklus Hidup Pendapatan dan Pengeluaran

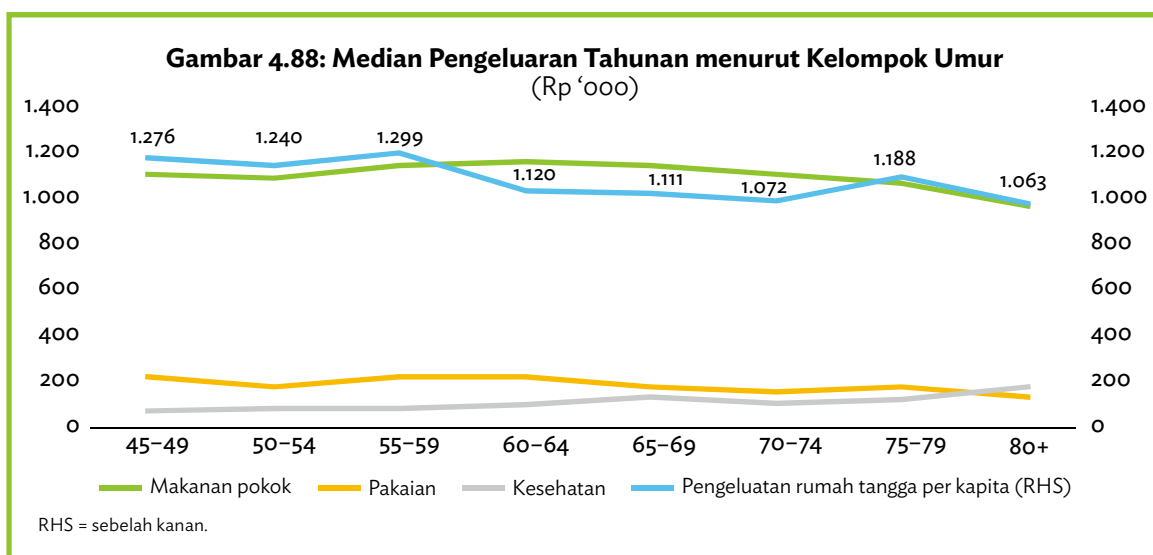
Topik ekonomi rumah tangga yang penting berkaitan dengan pembahasan lansia adalah siklus hidup pendapatan dan konsumsi. ILAS merekam data yang komprehensif yang memungkinkan untuk mengamati siklus dari pendapatan dan konsumsi.²¹ Gambar 4.87 merupakan median pendapatan dan transfer tahunan berdasarkan sumber dan umur dari seluruh responden. Garis hitam pekat (solid black) menunjukkan bahwa median dari total seluruh pendapatan dan transfer tahunan yang diperoleh responden menurun seiring bertambahnya usia responden. Garis hijau putus (dashed-green) merupakan median dari pendapatan sumber sendiri tahunan dan garis oranye putus (dashed-orange) merupakan median dari kombinasi pendapatan dari sumber sendiri dan transfer pemerintah memiliki pola yang sama dengan total pendapatan dan transfer. Dari grafik tersebut, terdapat selisih antara hijau putus dan oranye putus yang semakin melebar. Hal tersebut menunjukkan bahwa transfer pemerintah meningkatkan median pendapatan seiring bertambahnya usia responden. Akan tetapi selisih antara garis hitam pekat dan oranye putus masih lebar di setiap kelompok umur. Sumber transfer dari anak yang ditunjukkan oleh garis ungu titik-titik (dot-purple) merupakan tambahan sumber pendapatan bagi responden. Hal ini menunjukkan bahwa sumber penting pendapatan responden terutama lansia adalah berasal dari transfer dari anak.

²¹ Bagian ini merupakan analisis pada tingkat individu. ILAS mencatat pendapatan dan transfer (termasuk dari pemerintah dan keluarga) untuk setiap responden. Individu yang tidak menerima pendapatan atau transfer apa pun akan diberikan nilai 0. Pencatatan pengeluaran rumah tangga dilakukan pada tingkat rumah tangga dan kemudian dikonversi menjadi pengeluaran rumah tangga per kapita untuk dibandingkan dengan total pendapatan dan transfer individu.

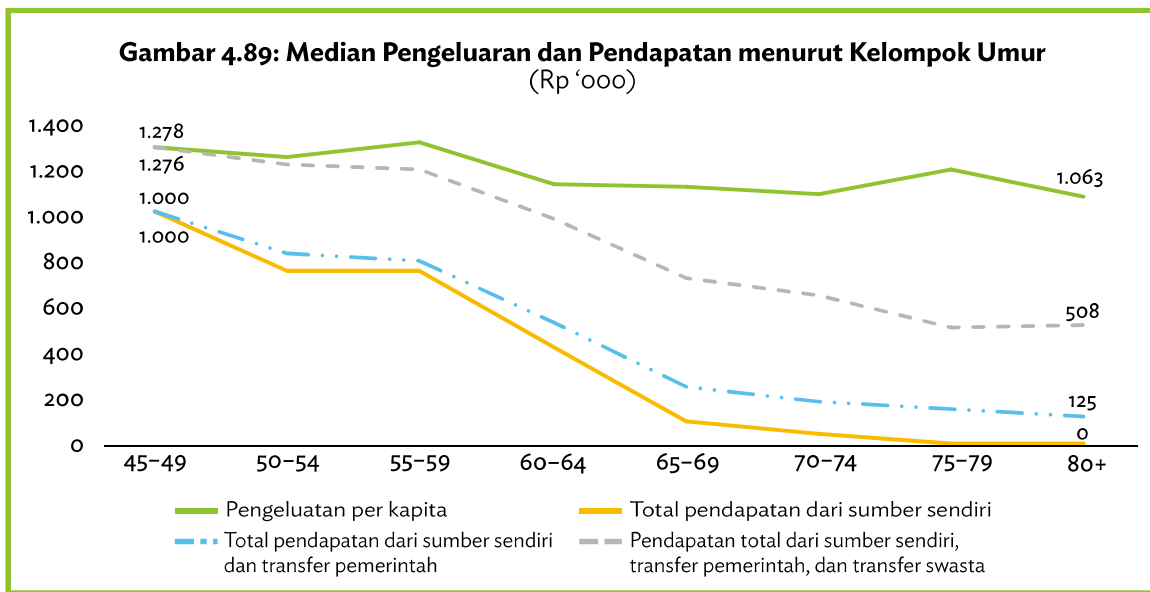


Temuan dalam bagian ini menunjukkan bahwa program transfer pemerintah memiliki peran yang penting sebagai sumber pendapatan bagi lansia. Oleh karena itu, perbaikan dari penargetan program akan bermanfaat bagi lansia yang belum memperoleh manfaat. Selain itu, transfer dari anak terlihat lebih tinggi dibandingkan dengan pendapatan dari sumber sendiri dan transfer pemerintah. Rekomendasi perbaikan skema dari perlindungan sosial untuk lansia perlu dilakukan untuk mengurangi beban sandwich generation.

Siklus hidup dari konsumsi ditunjukkan pada Gambar 4.88. Analisis berdasarkan item konsumsi menunjukkan bahwa media nilai konsumsi makanan pokok (garis biru tua) menurun setelah responden berumur 60+, sedangkan median nilai konsumsi kesehatan (garis abu-abu) cenderung meningkat setelah umur 65+. Median nilai konsumsi pakaian (garis oranye) cenderung relatif stabil. Secara keseluruhan, median nilai konsumsi cenderung sedikit turun dari 1,3 juta rupiah di kelompok umur 45-49 ke 1,1 juta rupiah di kelompok 80+.



Gambar 4.89 adalah ringkasan dari komponen Gambar 4.87 dan 4.88.. Nilai median konsumsi (garis oranye) relatif lebih stabil di seluruh kelompok umur sedangkan media pendapatan dari sumber sendiri (garis kuning), median total pendapatan dari sumber sendiri dan transfer pemerintah (garis hijau putus Panjang titik-long dashed dot green), dan median total pendapatan dari sumber sendiri, transfer pemerintah, dan transfer swasta (merah putus) turun seiring bertambahnya umur responden. Temuan ini menunjukkan bahwa transfer pemerintah dan transfer swasta²² memiliki peran yang penting untuk mempersempit celah antara konsumsi dan pendapatan untuk lansia.



Tabungan dan Aset

Dalam teori makroekonomi, aset baik yang likuid (termasuk tabungan) dan non-likuid, sebagai sumber daya yang digunakan untuk menjaga tingkat konsumsi dalam rentang waktu hidup (Modigliani and Brumberg 1954). Di tingkat individu, aset digunakan sebagai penyangga ketika individu mengalami guncangan ekonomi (Acosta, Nicolli, dan Karfakis 2021; Mogue 2011). Selain itu, aset memiliki peran yang penting sebagai pengganti pendapatan ketika individu memasuki usia pensiun. Berdasarkan laporan IFG Progress Financial Research (2021) hanya 16,2% dari total pekerja yang memiliki jaminan hari tua. Masih kecilnya cakupan jaminan hari tua menjadikan aset sebagai hal yang krusial sebagai sumber daya bagi lansia.

Kepemilikan Tabungan dan Aset

Secara keseluruhan, 24% responden memiliki tabungan dan 86% memiliki aset (Tabel 4.13). Persentase responden pra-lansia yang memiliki tabungan sekitar 28-30%, cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan kepemilikan tabungan responden lansia. Pola yang sama juga terjadi dalam kepemilikan aset di mana responden pra-lansia yang memiliki aset sekitar 86-91% sedangkan responden lansia sekitar 74-87%.

²² Transfer dari keluarga dan selain keluarga masuk ke kategori transfer privat.

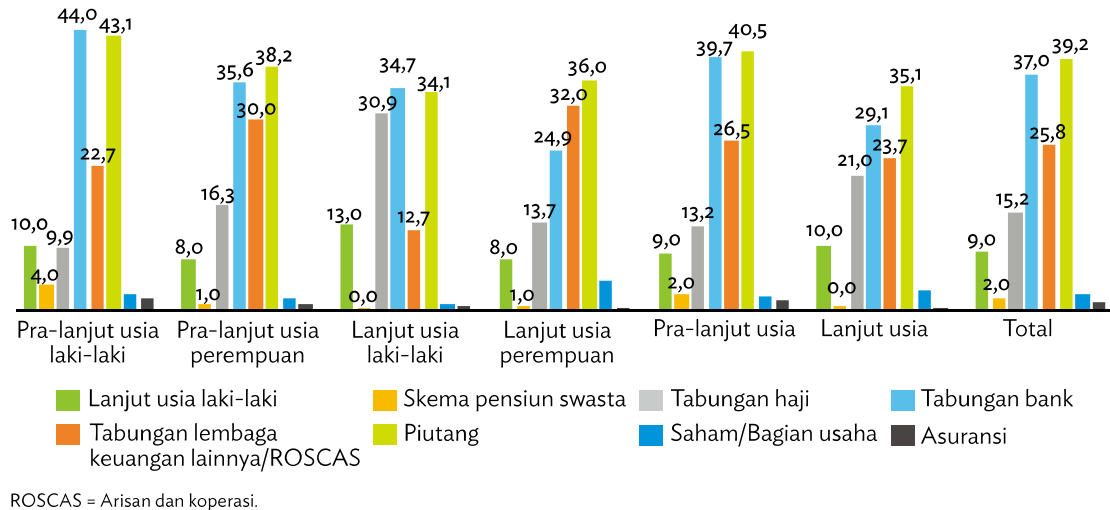
Tabel 4.13: Kepemilikan Tabungan dan Aset menurut Kelompok Umur, Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan (%)

	Memiliki Tabungan	Memiliki Aset
Total	24	86
Kelompok umur		
45-49	30	91
50-54	28	86
55-59	28	88
60-64	19	87
65-69	14	84
70-74	12	78
75-79	16	79
80+	9	74
Karakteristik responden		
Laki-laki	23	90
Perempuan	25	82
Perdesaan	20	90
Perkotaan	26	84
Pendidikan primer atau lebih rendah	15	84
Pendidikan sekunder	30	88
Pendidikan tersier	55	94

Tingkat kepemilikan tabungan dan aset cenderung berkorelasi dengan karakteristik responden (Tabel 4.13). Laki-laki yang memiliki tabungan sekitar 23%, sedikit lebih rendah dibandingkan dengan perempuan dengan persentase 25%. Sementara itu, 90% laki-laki memiliki aset, lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan dengan persentase 82%. Responden di perdesaan cenderung memiliki tabungan lebih rendah (20%) dibandingkan dengan responden di perkotaan (26%). Tetapi kepemilikan aset di perdesaan lebih tinggi (90%) dibandingkan di perkotaan (84%). Semakin tinggi pendidikan responden berkorelasi dengan tingkat kepemilikan tabungan dan aset yang semakin tinggi. Responden berpendidikan dasar atau lebih rendah yang memiliki tabungan sekitar 15% dan aset sekitar 84%, sedangkan responden berpendidikan tersier yang memiliki tabungan sekitar 55% dan aset sekitar 94%.

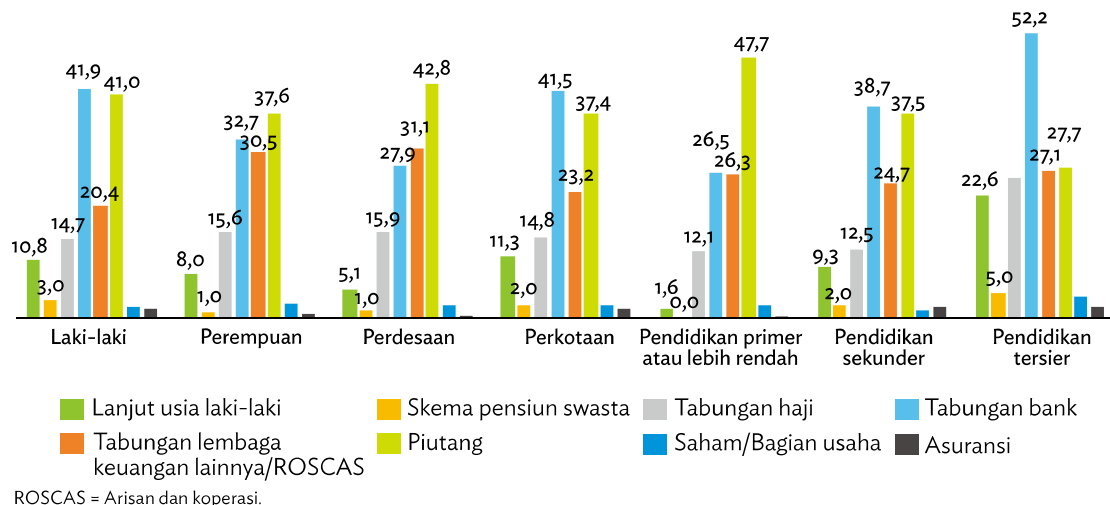
Pertanyaan lanjutan tentang kepemilikan tabungan dalam ILAS adalah jenis tabungan yang dimiliki oleh responden. Jenis kepemilikan tabungan dapat digunakan untuk mengukur tingkat literasi keuangan yang dimiliki oleh responden. Secara keseluruhan, 39% responden yang memiliki tabungan dalam bentuk piutang, kemudian 37% dalam bentuk tabungan bank dan 26% dalam bentuk tabungan di institusi keuangan lainnya atau kegiatan arisan (Gambar 4.90). Kepemilikan tabungan bank dan piutang bagi responden pra-lansia lebih tinggi dibandingkan dengan responden lansia. Jenis tabungan yang banyak dimiliki oleh responden lansia adalah tabungan haji dengan kepemilikan sekitar 21%, lebih tinggi dibandingkan dengan responden pra-lansia.

Gambar 4.90: Tipe Tabungan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin
(%)

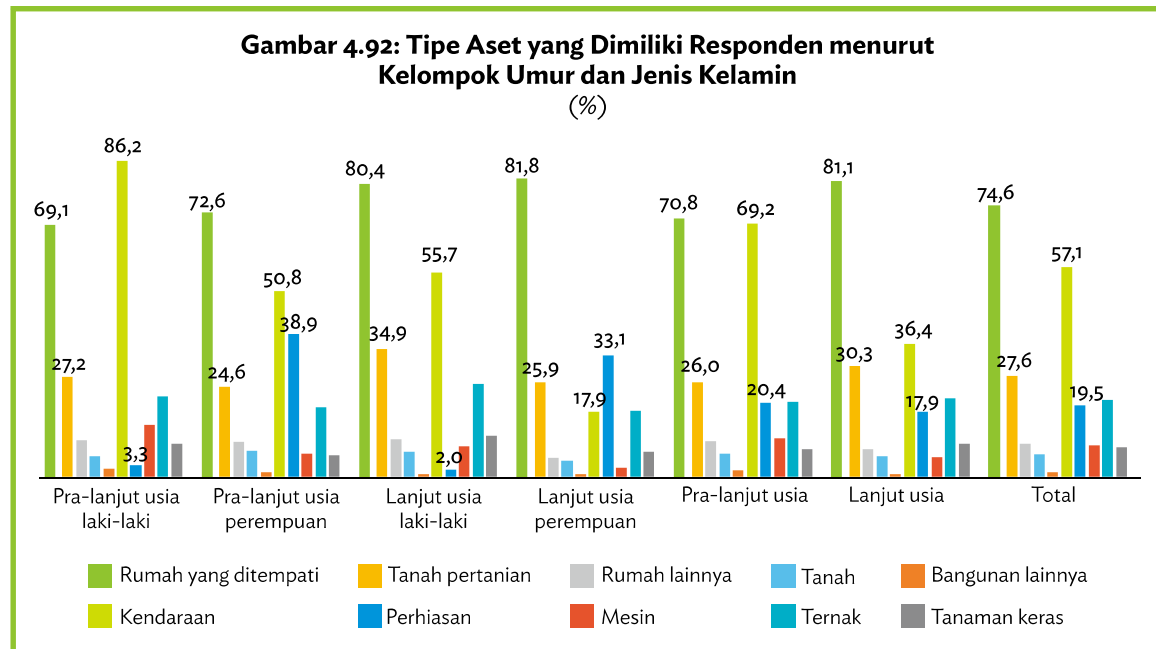


Analisis lebih lanjut dilakukan dengan melakukan disagregasi berdasarkan karakteristik responden. Persentase kepemilikan tabungan bank (42%) dan piutang (41%) pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (Gambar 4.91). Akan tetapi, kepemilikan tabungan di institusi keuangan lainnya atau kegiatan arisan bagi perempuan (31%) lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Sementara itu, kepemilikan tabungan bank pada responden di perkotaan sekitar 42% dan piutang sebesar 37%. Tingkat pendidikan responden cenderung memengaruhi Keputusan dalam menyimpan tabungan. Semakin tinggi pendidikan responden, responden cenderung akan menyimpan tabungan di institusi formal. Responden berpendidikan tinggi yang menyimpan tabungan bank mencapai 52% sedangkan responden berpendidikan rendah yang menyimpan tabungan dalam bentuk piutang sebesar 48% dan tabungan bank sebesar 27%.

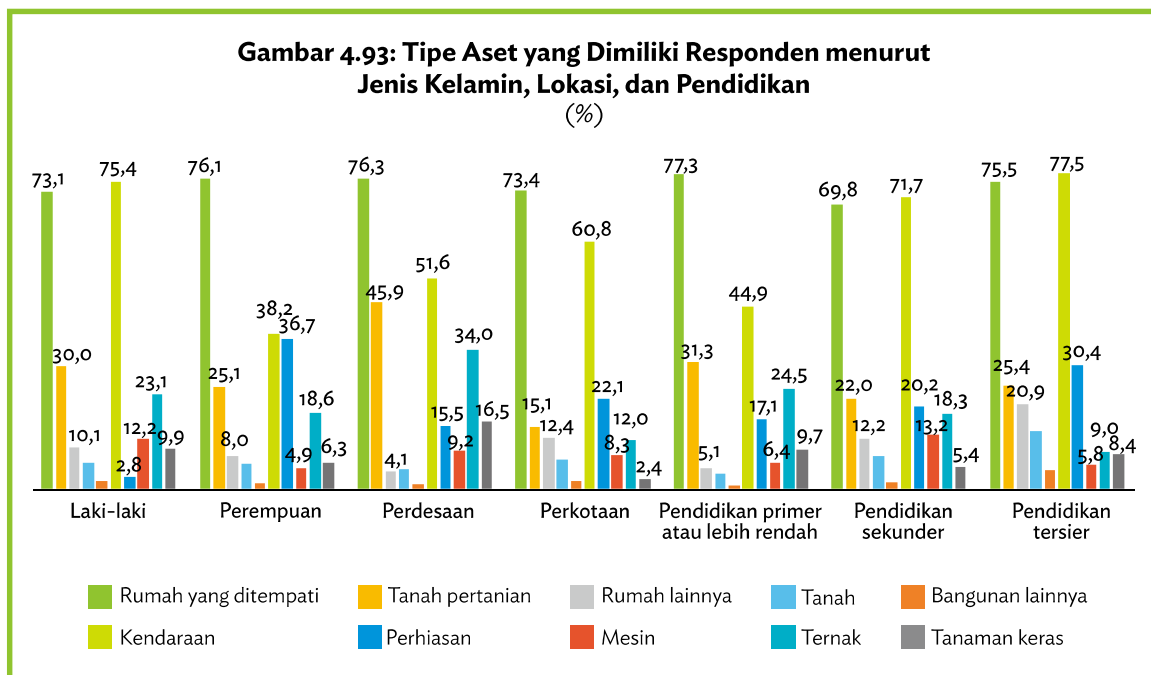
Gambar 4.91: Tipe Tabungan menurut Jenis Kelamin, Lokasi, dan Pendidikan
(%)



Kepemilikan jenis aset menjadi indikator dalam mengukur preferensi responden dalam akumulasi kekayaan. Sekitar 57% dari total responden menyimpan aset dalam bentuk rumah tempat tinggal, kemudian 57% dalam bentuk kendaraan dan 28% dalam bentuk tanah pertanian (Gambar 4.92). Responden lansia yang memiliki aset rumah tempat tinggal mencapai 81%, lebih tinggi dibandingkan dengan responden pra-lansia (71%). Akan tetapi kepemilikan kendaraan bagi responden lansia jauh lebih kecil (36%) dibandingkan dengan responden pra-lansia (69%).



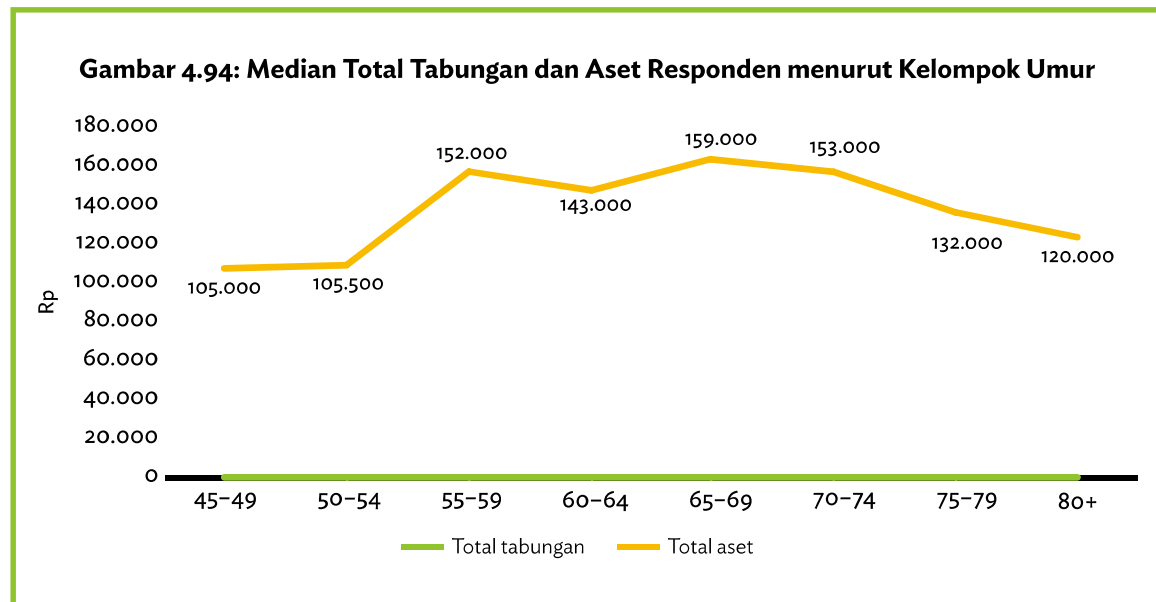
Preferensi untuk memiliki aset dalam bentuk rumah tempat tinggal cenderung konsisten dalam analisis disagregasi berdasarkan gender, lokasi, dan pendidikan (Gambar 4.93). Beberapa bentuk aset lain dipengaruhi oleh karakteristik, seperti persentase perempuan yang menyimpan aset dalam bentuk perhiasan sekitar 37% dan dalam bentuk kendaraan sekitar 38% sedangkan laki-laki yang menyimpan aset dalam bentuk kendaraan sebesar 75% dan tanah pertanian sebesar 30%. Responden di perdesaan menyimpan aset dalam bentuk lebih beragam, seperti tanah pertanian (46%) dan binatang ternak 34%. Responden berpendidikan rendah memiliki tanah pertanian lebih banyak dibandingkan dengan responden berpendidikan tinggi (31% vs 25%). Selain dalam bentuk rumah tempat tinggal, kendaraan, dan tanah pertanian, responden berpendidikan tinggi mengakumulasi aset dalam bentuk rumah selain tempat tinggal (21%) dan perhiasan (30%).



Aset dan Tabungan Siklus Hidup

Grafik siklus hidup menunjukkan bagaimana akumulasi aset dilakukan ketika responden dalam usia produktif. Gambar 4.94 menunjukkan bahwa median dari total tabungan adalah 0 untuk semua kelompok umur. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian responden memiliki preferensi untuk mengakumulasi aset dalam bentuk non-likuid. Nilai median total aset mencapai nilai tertinggi pada kelompok umur 65-69 sekitar 159 juta rupiah. Kelompok umur 45-54 memiliki median total aset paling rendah dibandingkan kelompok umur lain dengan nilai sebesar 105 juta rupiah. Nilai median aset tersebut sebagian besar berasal dari valuasi tanah dan bangunan tempat tinggal.

Salah satu temuan utama dalam pembahasan bagian ini adalah individu cenderung memiliki aset non-likuid dibandingkan tabungan yang merupakan aset likuid. Temuan ini menunjukkan bahwa baik pra-lansia dan lansia rentan terhadap guncangan ekonomi (economic shocks) seperti bencana atau masalah kesehatan. Kebijakan perlindungan sosial sebaiknya memitigasi bagaimana menjaga level konsumsi ketika individu mengalami guncangan tersebut.



Di Indonesia, aset seperti rumah dan tanah sering dianggap sebagai komponen penting dalam perencanaan pensiun, berfungsi sebagai bentuk investasi serta warisan budaya dan keluarga. Pandangan ini berakar pada kepercayaan tradisional bahwa kepemilikan property, terutama tanah dan rumah, melambangkan keamanan dan kekayaan yang dapat diwariskan dari generasi ke generasi. Menurut Otorita Jasa Keuangan (OJK), aset berwujud seperti property merupakan komponen integral dari portfolio yang beragam untuk aset pensiun, mendukung gagasan bahwa aset tersebut adalah penyimpan nilai yang andal dalam jangka panjang. Namun, likuiditas aset semacam itu merupakan faktor penting yang perlu dipertimbangkan. Meskipun nilainya dapat meningkat, mengubahnya menjadi uang tunai dengan cepat bisa sulit karena kondisi pasar, kerumitan hukum, dan nilai sentimental yang terkait dengan rumah keluarga. Hal ini dapat membatasi kegunaan langsungnya sebagai aset keuangan dalam masa pensiun (OJK 2021).

Namun, motif warisan yang terkait dengan kepemilikan property di Indonesia menyoroti nilai sosial yang lebih luas yang ditempatkan pada dukungan antargenerasi dan transfer kekayaan. Pengalihan property kepada ahli waris tidak hanya menjamin keamanan finansial bagi generasi berikutnya, tetapi juga membangun rasa memiliki dan ikatan keluarga. Praktik ini sejalan dengan prinsip gotong royong di Indonesia, yang menekankan kesejahteraan keluarga dan Masyarakat. Studi yang dilakukan oleh Bank Dunia menekankan pentingnya transfer antargenerasi di negara-negara Asia, termasuk Indonesia, dan menggarisbawahi peran penting aset seperti tanah dan rumah dalam perencanaan pensiun dan warisan keluarga. Pendekatan ini dapat melengkapi potensi perubahan nilai dan kebutuhan likuiditas di masa mendatang (World Bank 2018). Pada dasarnya, penggunaan rumah dan tanah di Indonesia untuk perencanaan pensiun bergantung pada kondisi pasar, tujuan keluarga, serta pengelolaan kebutuhan jangka pendek dan rencana warisan jangka panjang.

Tabel 4.14: Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan

No.	Temuan Utama	Rekomendasi Kebijakan
1.	Banyak lanjut usia menderita nyeri pada kaki (35,7%) dan lutut (38,1%), dengan perempuan melaporkan nyeri pada kaki, lutut, dan kepala lebih sering daripada laki-laki.	Mendorong pra-lansia dan lanjut usia untuk berolahraga setiap minggu, melakukan aktivitas fisik, dan menjalani pemeriksaan kesehatan dasar seperti tes tekanan darah, berat badan, dan tinggi badan.
2.	7 dari 10 orang lanjut usia memiliki setidaknya satu penyakit tidak menular. Proporsi perempuan (pra-lanjut usia 71,2% dan lanjut usia 72,8%) yang memiliki setidaknya satu penyakit tidak menular lebih tinggi daripada laki-laki (pra-lanjut usia 56,9% dan lanjut usia 66,4%).	Membantu lanjut usia dalam mengakses pilihan makanan yang lebih sehat melalui program non-tunai untuk membeli makanan bergizi. Menerapkan program yang berfokus pada kebersihan dan hygiene guna mengelola penyakit umum. Program ini harus mencakup pencegahan, penanganan, dan pemantauan.
3.	Pra-lanjut usia (berusia 45–49 tahun) memiliki persentase obesitas yang lebih tinggi (29%) dibandingkan lanjut usia (18,4%). Di sisi lain, lanjut usia (60 tahun atau lebih) cenderung memiliki berat badan kurang (15,5%) dibandingkan pra-lanjut usia (7,2%).	Memberikan informasi tentang makanan bergizi kepada lanjut usia selama kegiatan masyarakat sehingga mereka dapat membuat pilihan yang lebih baik.

dilanjutkan pada halaman berikutnya

Table 4.14 lanjutan

No.	Temuan Utama	Rekomendasi Kebijakan
4.	Prevalensi hipertensi yang didiagnosis dokter adalah 27,1%, namun hasil pengukuran tekanan darah yang dilakukan oleh ILAS menunjukkan bahwa sebanyak 47,1% responden menderita hipertensi, yang menunjukkan bahwa penyakit ini sangat tidak terdiagnosis.	<p>Meningkatkan kewaspadaan terhadap hipertensi dan risiko terkait hipertensi di antara pra-lanjut usia dan lanjut usia, khususnya perempuan, dan mendorong pemeriksaan kesehatan rutin.</p> <p>Memperluas penyediaan perawatan untuk hipertensi.</p> <p>Meningkatkan perawatan dan akses ke layanan kesehatan bagi pasien hipertensi dan mendorong gaya hidup sehat demi menurunkan risiko terkena hipertensi.</p>
5.	Lanjut usia cenderung mengalami penurunan massa otot dibandingkan dengan pra-lanjut usia.	<p>Mendorong pra-lanjut usia dan lanjut usia untuk tetap aktif secara fisik guna mencegah hilangnya otot.</p> <p>Mendukung para pemberi rawat dalam merawat lanjut usia dengan sarkopenia.</p> <p>Memberikan pelatihan untuk meningkatkan keterampilan bagi mereka yang sudah memasuki usia pra-lanjut usia dan yang sudah lanjut usia, sehingga mereka dapat bekerja dalam jangka waktu yang lebih lama demi menjamin keamanan finansial mereka di hari tua.</p>
6.	Pra-lanjut usia (10,9%) lebih rentan terhadap depresi dibandingkan lanjut usia (6,6%).	<p>Memberikan informasi tentang menjaga kesehatan mental dan mencari bantuan untuk gejala gangguan mental.</p>
7.	Persentase perempuan dengan gejala depresi lebih tinggi daripada laki-laki, terutama di kalangan lanjut usia.	<p>Fasilitas kesehatan primer harus melakukan pemeriksaan rutin untuk deteksi dini yang memungkinkan intervensi tepat waktu. Hal ini perlu didukung dengan peningkatan akses ke fasilitas kesehatan mental. Dalam konteks Indonesia, kader Posyandu Lansia berpotensi membantu meningkatkan akses ke layanan kesehatan mental.</p> <p>Memberikan pelatihan kesadaran kesehatan mental bagi keluarga, pemberi rawat, serta penyedia layanan kesehatan dan perawatan jangka panjang.</p> <p>Memberikan dukungan sebaya bagi pra-lanjut usia dan lanjut usia, khususnya perempuan, untuk membantu meringankan gejala depresi.</p>
8.	Sekitar 31% responden lanjut usia memiliki gejala gangguan kognitif. Demensia termasuk Alzheimer merupakan penyakit paling melemahkan yang membatasi aktivitas sehari-hari, terutama pada perempuan pra-lanjut usia dan lanjut usia (83%–93%).	<p>Meningkatkan pengetahuan lanjut usia, pemberi rawat, dan tenaga kesehatan profesional tentang gangguan kognitif.</p> <p>Memrioritaskan pemeriksaan kognitif dini oleh tenaga kesehatan profesional di fasilitas kesehatan primer untuk segera mendeteksi dan mengobati gangguan kognitif.</p>
9.	Pada lanjut usia, persentase perempuan dengan gangguan kognitif lebih tinggi daripada laki-laki.	<p>Kebijakan harus memprioritaskan pengurangan faktor risiko penurunan kognitif dengan mempromosikan gaya hidup sehat, menekankan pentingnya gizi, dan mendorong stimulasi mental.</p> <p>Mengembangkan komunitas yang ramah terhadap demensia dapat membantu mengurangi stigma dan mis-informasi tentang demensia dan gangguan kognitif lainnya. Komunitas ini juga dapat memperkuat sistem pendukung bagi pemberi rawat yang merawat pasien dengan gangguan kognitif.</p>

Table 4.14 lanjutan

No.	Temuan Utama	Rekomendasi Kebijakan
10.	Persentase lanjut usia memiliki ketergantungan ADL dan memerlukan bantuan dengan IADL meningkat seiring bertambahnya umur, menunjukkan peningkatan lebih besar pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki.	Reformasi kebijakan harus difokuskan pada perluasan dan peningkatan layanan penyediaan perawatan jangka panjang, seperti kunjungan rumah, khususnya bagi orang-orang tanpa pemberi rawat yang memerlukan bantuan sehari-hari dan juga mengakses fasilitas perawatan kesehatan. Lingkungan yang ramah terhadap lansia harus dipromosikan melalui investasi dalam infrastruktur masyarakat sehingga lanjut usia tetap aktif dan mandiri.
11.	Persentase orang yang mengalami gangguan atau kesulitan cenderung meningkat seiring bertambahnya umur.	Meningkatkan ketersediaan layanan perawatan di rumah bagi pra-lanjut usia dan lanjut usia dengan keterbatasan mobilitas dan komunikasi guna meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka.
12.	Perempuan lebih mungkin mengalami masalah kesehatan seperti nyeri, didiagnosis dengan setidaknya satu penyakit, dan mengalami keterbatasan dalam aktivitas akibat demensia, <i>stroke</i> , osteoporosis, hipertensi, atau obesitas dibandingkan dengan laki-laki.	Kebijakan dan program harus memastikan akses perempuan terhadap berbagai layanan termasuk layanan kesehatan preventif.
13.	Pengaturan tempat tinggal lanjut usia dan pembagian tanggung jawab perawatan di antara anggota keluarga sangat berbeda di berbagai wilayah dan kelompok etnis. Namun, di sebagian besar wilayah, perempuan melakukan sebagian besar pekerjaan perawatan jangka panjang.	Para pembuat kebijakan harus mempertimbangkan untuk mendukung pemberi rawat utama ketika menargetkan bantuan sosial. Kebijakan harus mempertimbangkan kebiasaan yang berlaku di masyarakat.
14.	Kebanyakan orang ingin terus bekerja setelah usia pensiun.	Kebijakan ketenagakerjaan hendaknya berupaya menciptakan lingkungan pasar tenaga kerja yang lebih inklusif bagi lanjut usia. Karena rasio ketergantungan meningkat, penting untuk mempertimbangkan peningkatan usia pensiun dan membuatnya fleksibel.
15.	Program bantuan pemerintah berperan penting sebagai sumber pendapatan bagi lanjut usia.	Penting untuk terus memantau cakupan dan kecukupan bantuan pemerintah dan memastikan bahwa bantuan tersebut menjangkau kelompok rentan yang paling membutuhkannya.
16.	Transfer dari anak-anak melebihi pendapatan dari sumber pribadi dan transfer pemerintah, terutama bagi lanjut usia di atas 65 tahun. Kurang dari 15% lanjut usia di semua kelompok umur menerima pensiun rutin.	Skema perlindungan sosial bagi lanjut usia, termasuk akses ke dana pensiun, perlu ditingkatkan untuk mengurangi tekanan pada "generasi sandwich".
17.	Responden dari semua kelompok umur lebih cenderung memiliki aset tidak likuid daripada aset likuid.	Temuan ini menunjukkan bahwa kelompok pra-lanjut usia dan lanjut usia rentan terhadap guncangan ekonomi seperti bencana alam atau krisis kesehatan. Para pembuat kebijakan harus menemukan cara untuk menstabilkan konsumsi ketika individu menghadapi guncangan tersebut.

5. GAYA HIDUP, KEBIASAAN, DAN KONDISI KEHIDUPAN

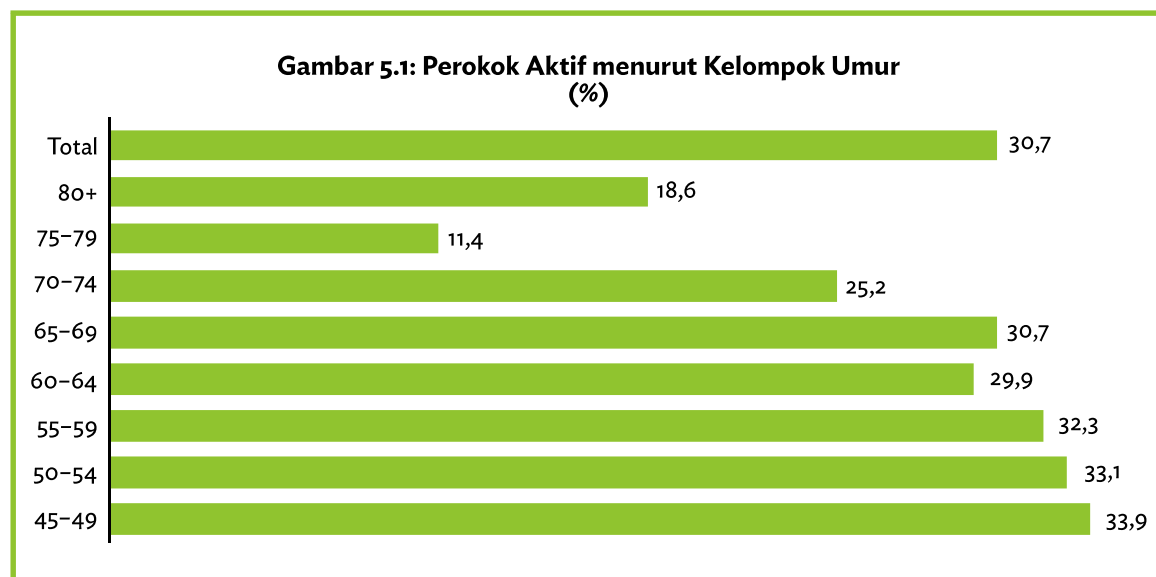
Kebiasaan Individu

Kebiasaan Merokok

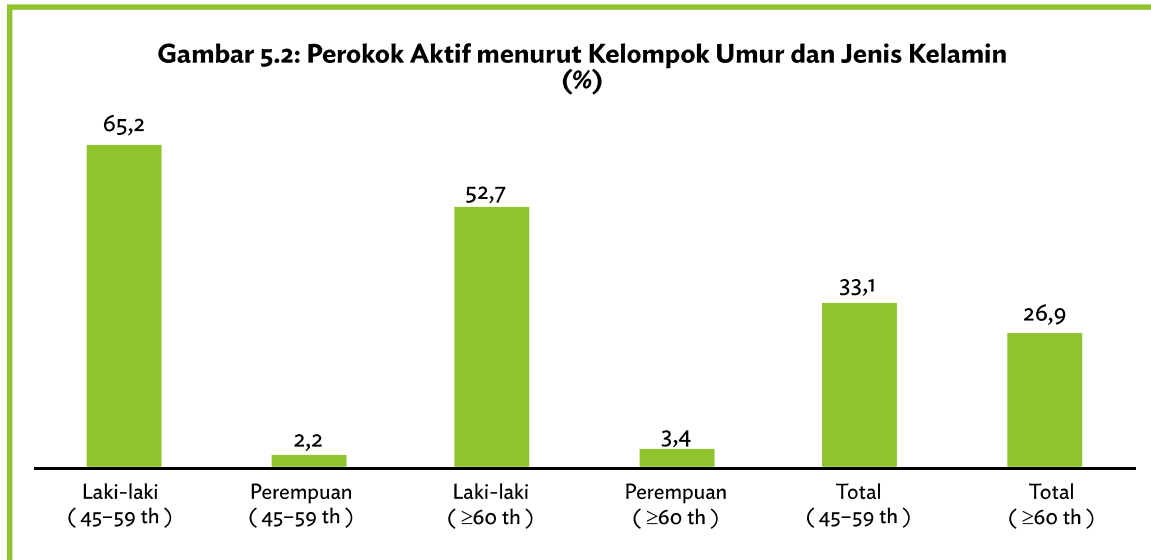
ILAS menanyakan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan kebiasaan dan perilaku merokok mulai dari kebiasaan merokok sigaret, rokok elektrik, vape, cerutu, pipa dengan tembakau, mengunyah tembakau, atau shisha yang dilakukan oleh responden, umur mulai merokok, status merokok sampai saat ini, lama merokok, usia berhenti merokok, jenis rokok, dan frekuensi merokok dalam sehari.

Merokok masih menjadi risiko kesehatan yang signifikan di Indonesia. Hasil studi tahun 2015 menunjukkan bahwa 93,3% laki-laki dan 6,9% perempuan Indonesia dirawat di rumah sakit karena kondisi terkait merokok, termasuk hipertensi (42,65%), penyakit paru obstruktif kronik (40,2%), dan stroke (5,2%), tiga penyakit terkait merokok yang paling umum terjadi pada laki-laki (Kristina et al. 2018). Kosen et al. (2017) memperkirakan bahwa penyakit terkait merokok mengakibatkan total tahun produktif yang hilang setara dengan 8.558.601 tahun hilangnya kehidupan yang sehat pada tahun 2015 akibat morbiditas, disabilitas, dan mortalitas dini. Pada tahun 2019, estimasi biaya ekonomi merokok berkisar antara Rp184,36 triliun sampai Rp410,76 triliun (1,16%–2,59% dari produk domestik bruto) (Meilissa et al. 2022). Indonesia adalah satu-satunya negara di kawasan Asia dan Pasifik yang belum meratifikasi Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau (WHO-FCTC).

Data ILAS menunjukkan bahwa sekitar 30,7% responden masih merokok. Persentase perokok pada kelompok usia 65 tahun ke atas cenderung menurun seiring bertambahnya usia, kecuali pada mereka yang berusia di atas 80 tahun (Gambar 5.1).

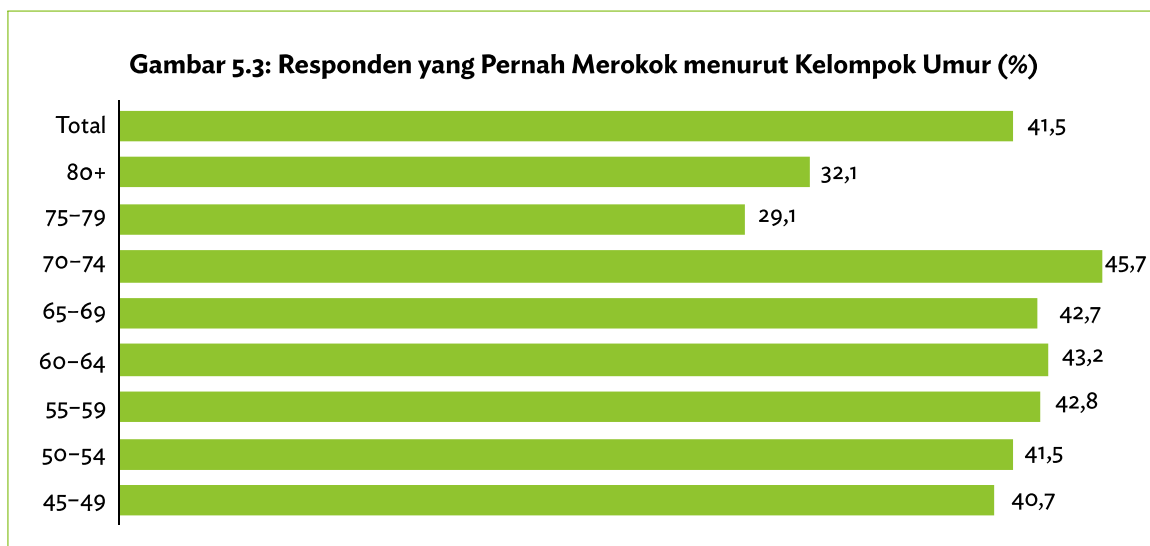


Mayoritas responden laki-laki adalah perokok aktif. Persentase ini tinggi pada laki-laki pra-lanjut usia (65,2%) dan lanjut usia (52,7%) (Gambar 5.2).

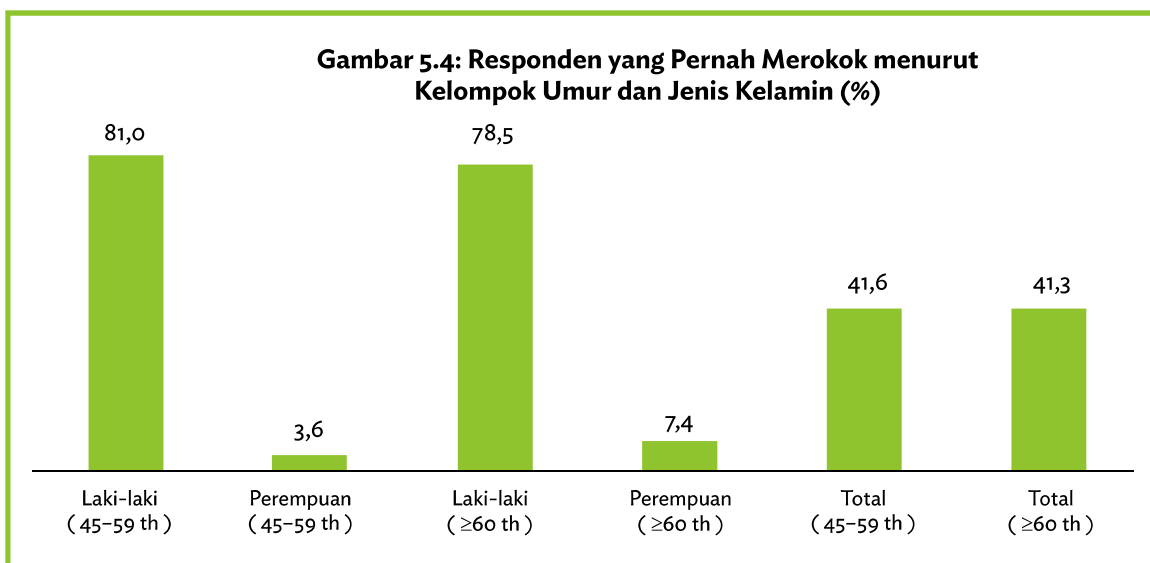


Banyak bukti yang menunjukkan manfaat gaya hidup sehat, termasuk menghindari rokok (Doll et al. 2004). Akan tetapi, hasil studi ILAS menegaskan bahwa masyarakat di Indonesia, khususnya laki-laki, tidak mengikuti perilaku gaya hidup sehat (Smith et al. 2014). Pada tahun 2016, Kementerian Kesehatan meluncurkan Kampanye Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) untuk memotivasi masyarakat agar berhenti merokok dan menerapkan kebiasaan yang lebih sehat. Meskipun demikian, upaya untuk mendidik masyarakat tentang berhenti merokok mungkin tidak selalu mengarah pada perubahan perilaku karena faktor sosial ekonomi seperti tingkat pendidikan. Pendidikan berpotensi meningkatkan kemungkinan seseorang berhenti merokok (Margolis 2013). Salah satu kemungkinan alasannya yaitu bahwa orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung mempunyai pemahaman yang lebih baik tentang informasi kesehatan, yang mengarah pada potensi perubahan perilaku. Studi ini mengungkapkan bahwa lebih dari 70% lanjut usia yang berumur 80 tahun ke atas tidak mempunyai latar belakang pendidikan formal atau gagal menyelesaikan sekolah dasar (lihat Bab 3 laporan ini). Temuan studi ILAS menunjukkan bahwa aktivitas yang berkaitan dengan akses informasi menurun secara signifikan setelah umur 80 tahun, yang berpotensi memengaruhi tingkat interaksi dengan informasi kesehatan (lihat Bab 8 laporan ini).

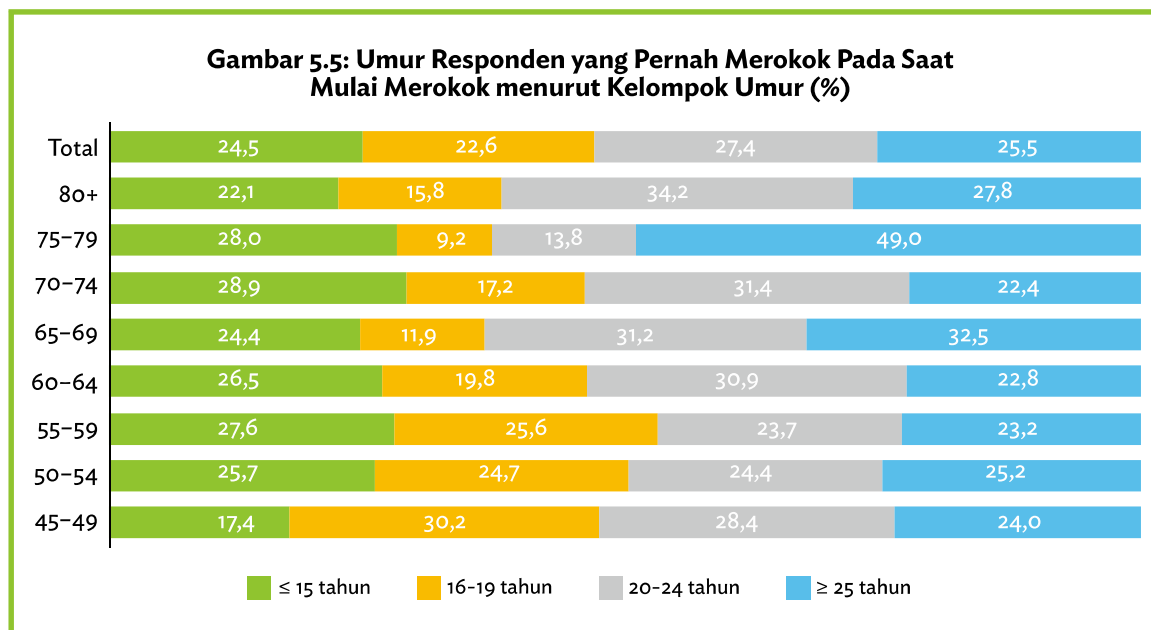
Hasil studi ILAS menunjukkan bahwa 41,5% responden pernah merokok pada suatu waktu dalam hidup mereka, sementara 58,5% mengatakan mereka tidak pernah merokok (Gambar 5.3).



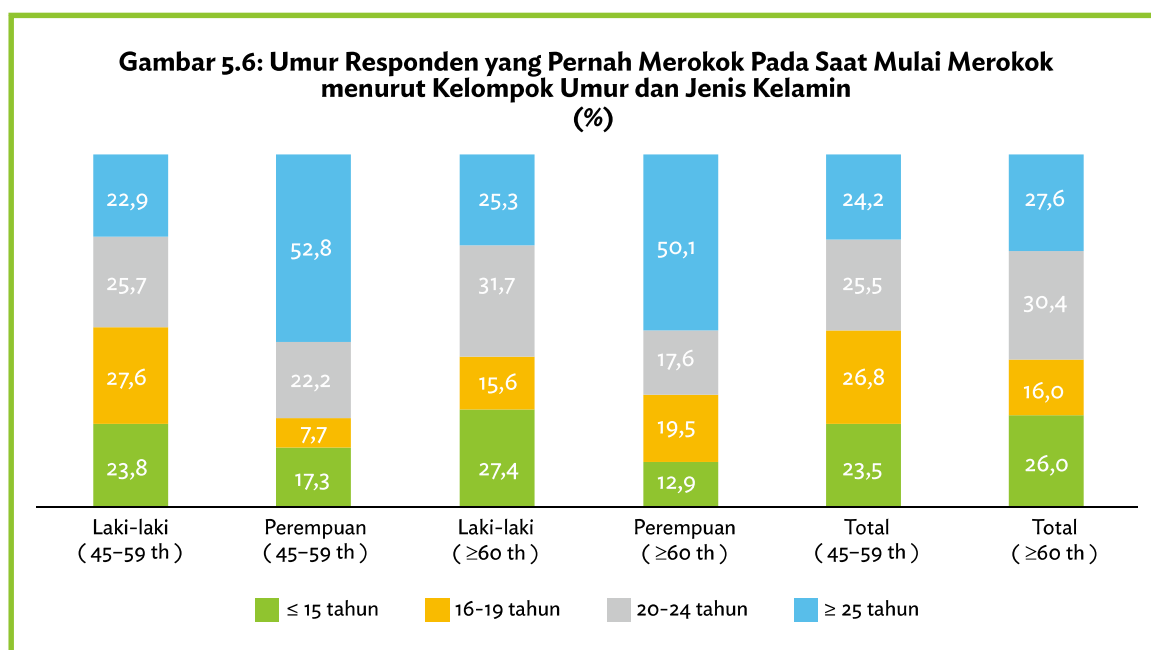
Proporsi orang yang pernah merokok hampir sama untuk pra-lanjut usia dan lanjut usia. Persentase laki-laki yang pernah merokok lebih besar daripada perempuan (Gambar 5.4).



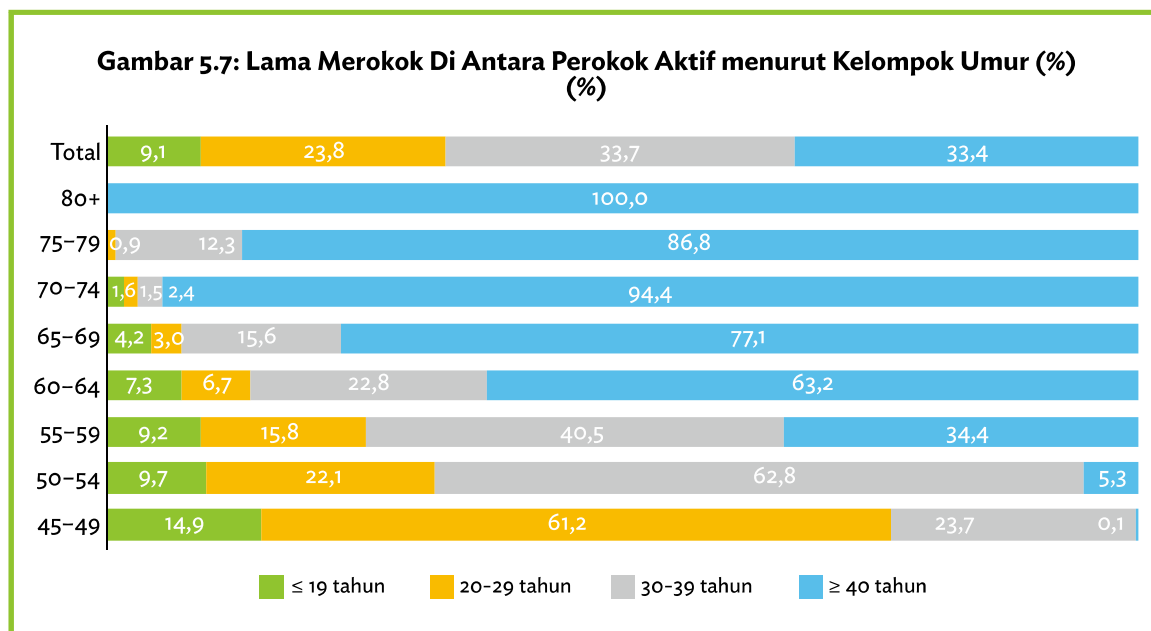
Responden pra-lanjut usia (umur 45–59 tahun) mulai merokok antara usia 16 dan 19 tahun, sedangkan responden lanjut usia mulai merokok setelah usia 20 tahun (Gambar 5.5).



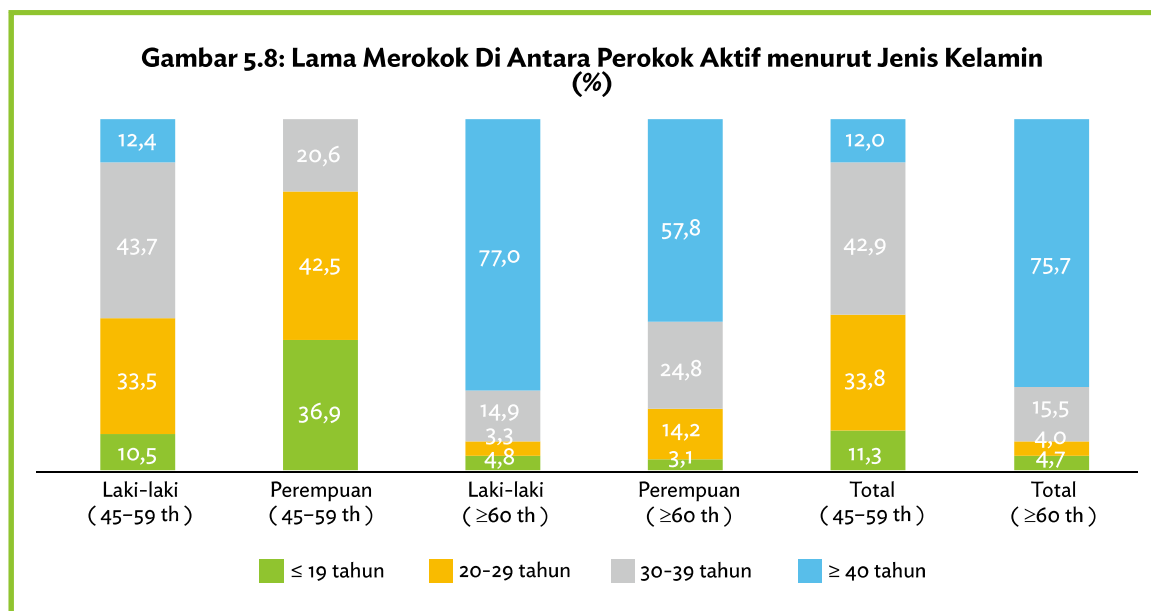
Mayoritas perempuan yang pernah merokok mulai merokok setelah usia 25 tahun, sementara laki-laki melaporkan mulai merokok antara usia 16 dan 24 tahun (Gambar 5.6).



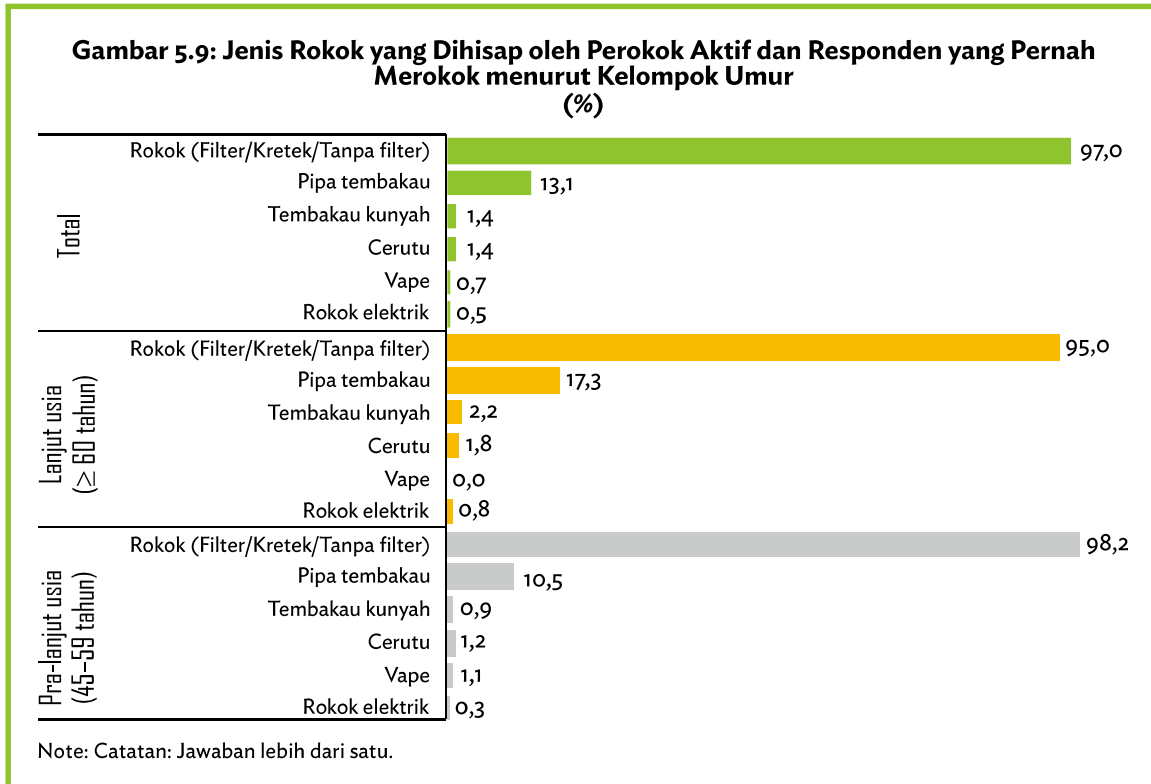
Secara umum, sebagian besar responden telah merokok selama setidaknya 30 tahun (67,1%) (Gambar 5.7).



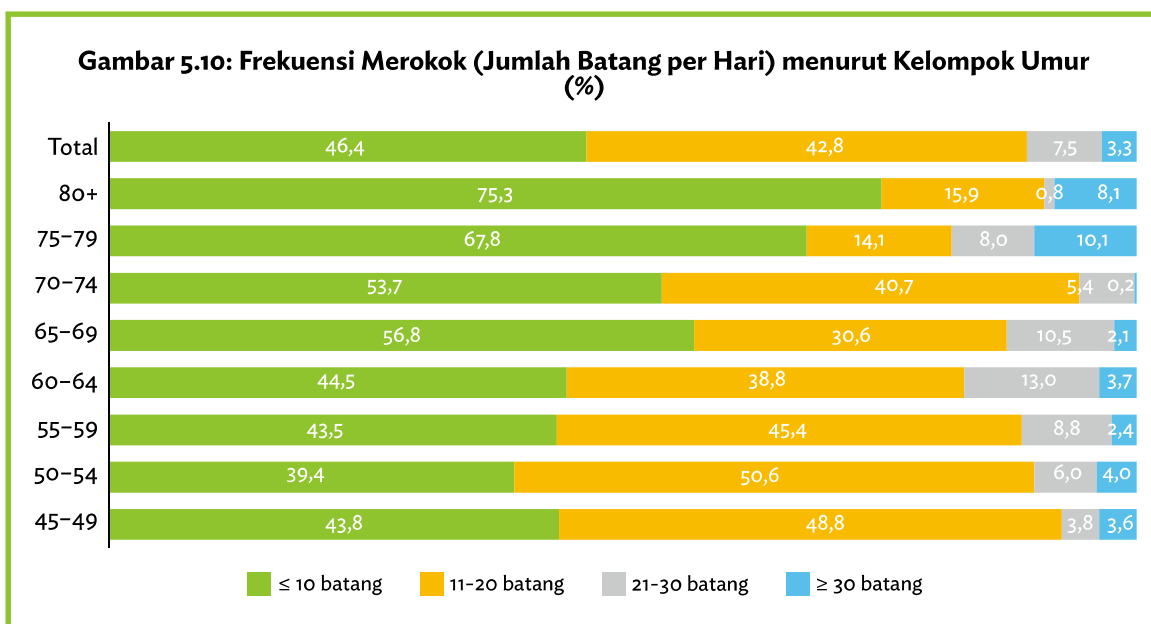
Mayoritas perokok dalam kelompok usia lanjut (60 tahun ke atas) telah merokok selama minimal 40 tahun, sedangkan mereka yang berada dalam kelompok pra-lanjut usia (45-59 tahun) telah merokok selama 30-39 tahun (Gambar 5.8).



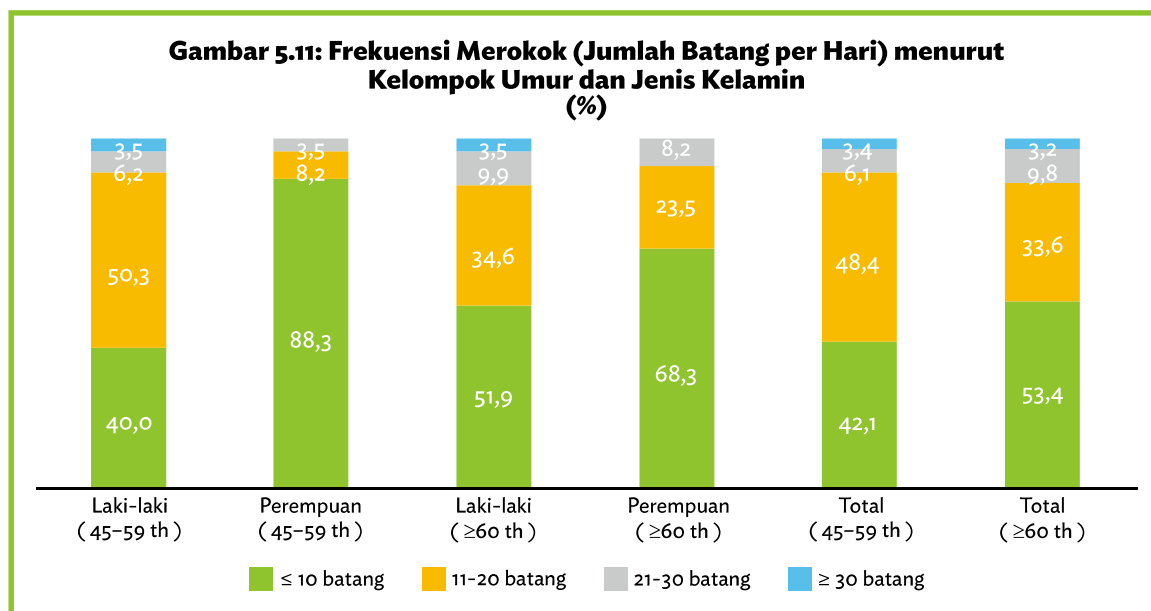
Merokok merupakan hal yang umum bagi sebagian besar responden pra-lanjut usia dan lanjut usia. Merokok dengan vape bukanlah kebiasaan umum bagi lanjut usia (Gambar 5.9).



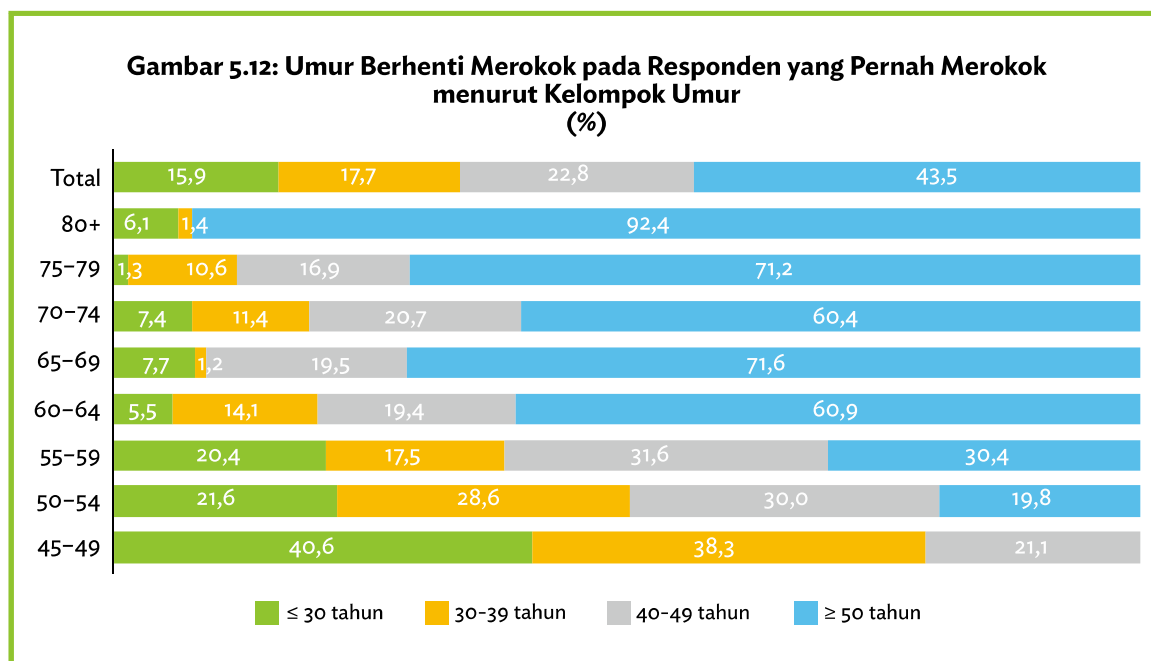
Lanjut usia yang mempunyai riwayat merokok (aktif dan tidak aktif) cenderung lebih jarang merokok seiring bertambahnya umur (Gambar 5.10).



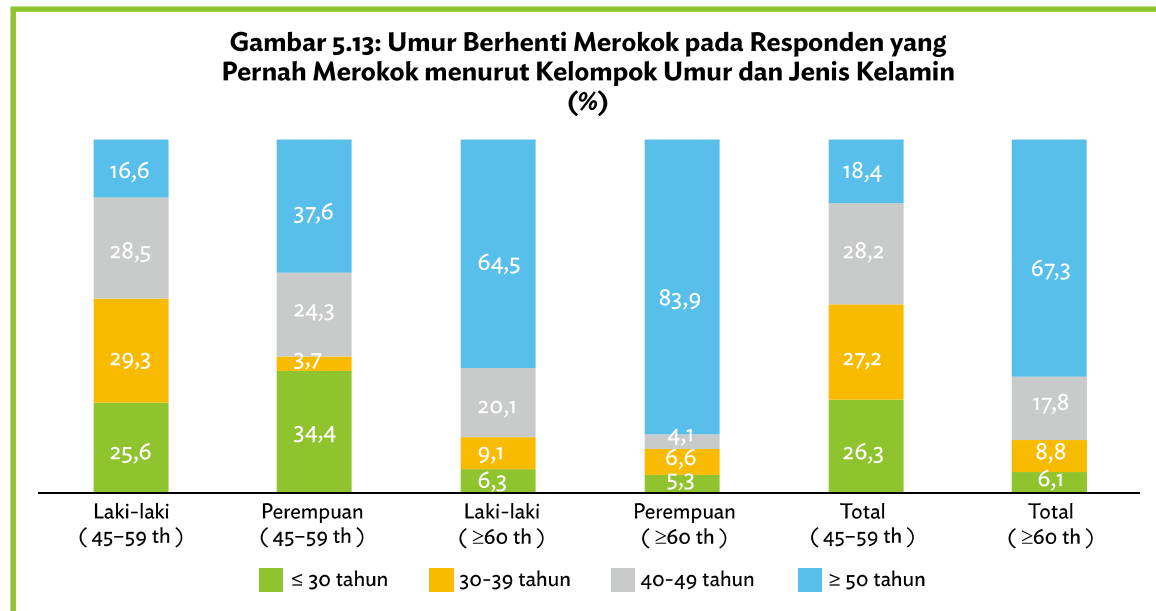
Responden pra-lanjut usia (45–59 tahun) biasanya merokok antara 11 dan 20 batang sehari, sementara kelompok lanjut usia (≥ 60 tahun) merokok 10 batang atau kurang per hari. Mayoritas perempuan yang pernah merokok menghabiskan sampai 10 batang per hari. (Gambar 5.11).



Di antara para responden yang pernah merokok, 66,3% berhenti merokok setelah usia 40 tahun, dengan 43,5% berhenti merokok setelah mencapai umur setidaknya 50 tahun (Gambar 5.12).

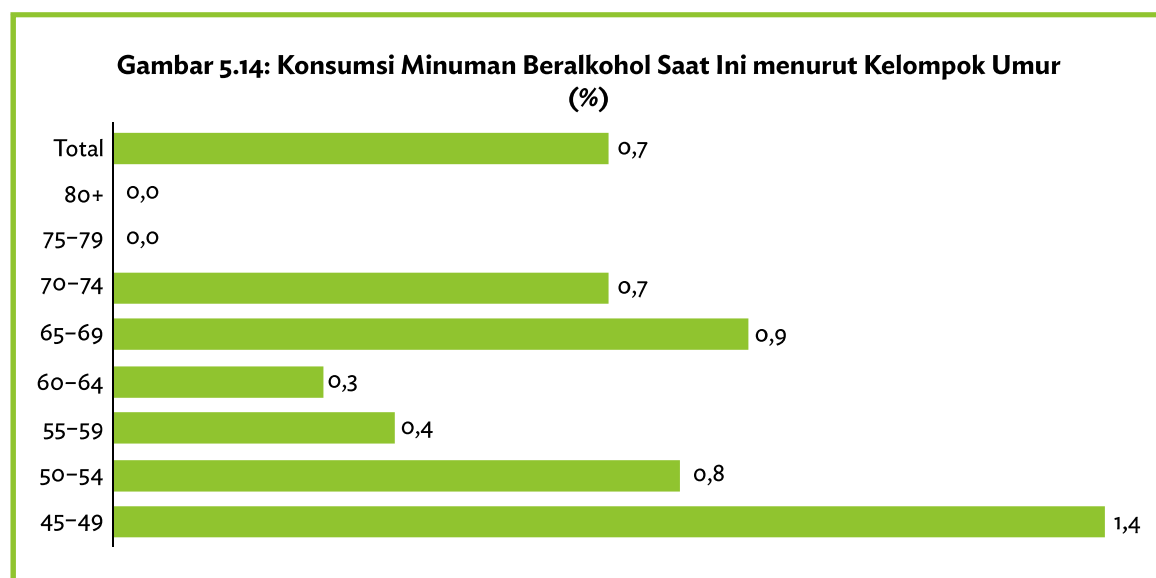


Mayoritas responden dalam kelompok pra-lanjut usia (45–59 tahun) biasanya berhenti merokok sebelum umur 40 tahun, sedangkan mereka yang berada dalam kelompok lanjut usia (60 tahun ke atas) biasanya berhenti pada umur 50 tahun (Gambar 5.13).

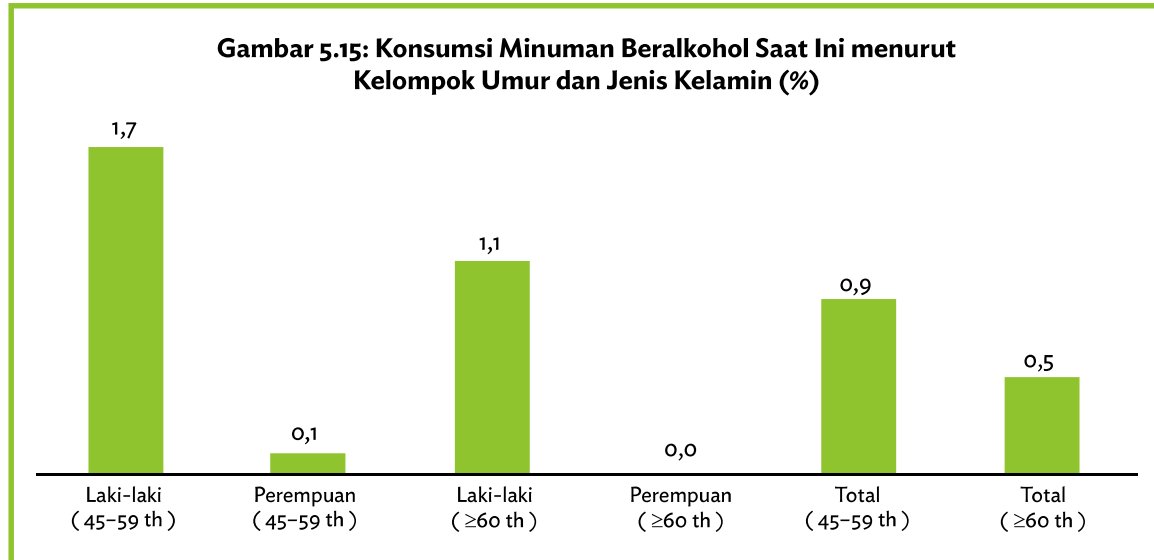


Konsumsi Minuman Beralkohol

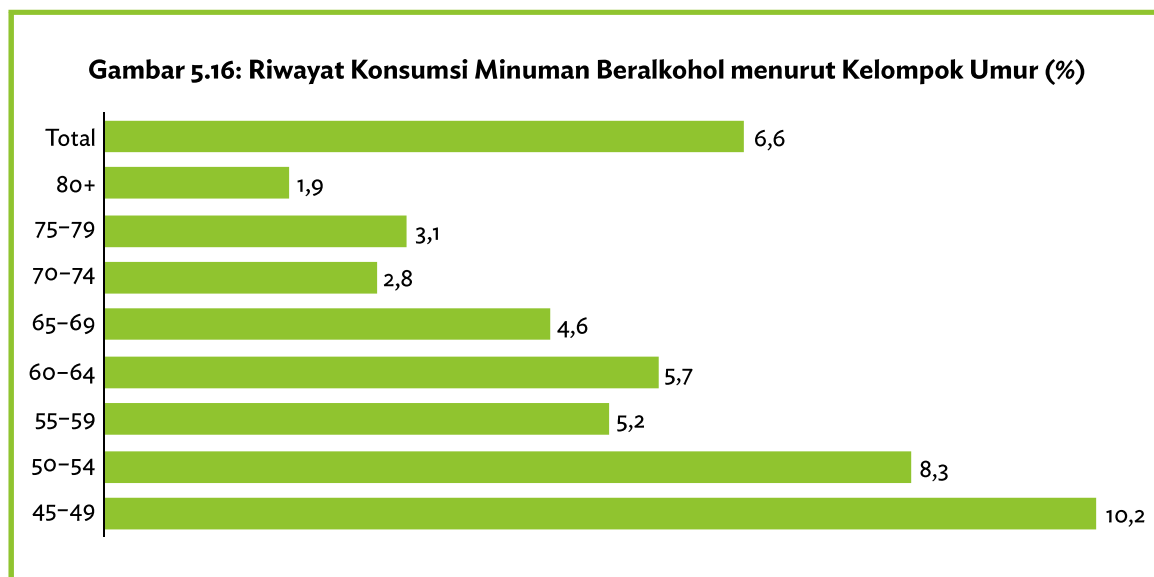
Selain merokok, ILAS juga menanyakan tentang konsumsi minuman keras. Survei menanyakan tentang umur saat mulai mengonsumsi minuman keras, jenis minuman keras yang dikonsumsi (misalnya, bir, anggur, arak atau tuak), dan apakah masih dikonsumsi. Dari responden yang memiliki riwayat konsumsi minuman keras, hanya 0,7% yang masih mengonsumsinya (Gambar 5.14).



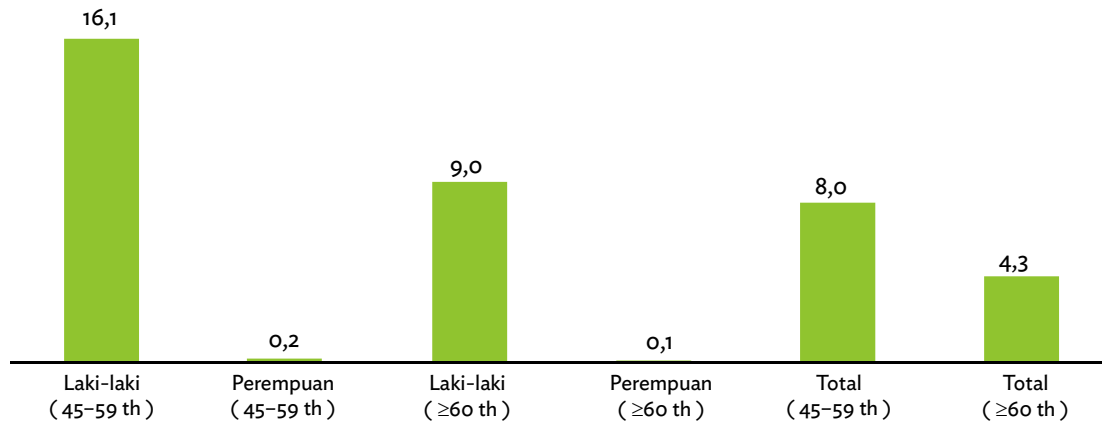
Di antara responden pra-lanjut usia dan lanjut usia, persentase laki-laki yang mengonsumsi minuman keras sedikit lebih besar dibandingkan dengan perempuan (Gambar 5.15).



Persentase responden dengan riwayat konsumsi minuman keras lebih tinggi pada kelompok usia muda dibandingkan usia lebih tua, terutama di kelompok laki-laki (Gambar 5.16 dan Gambar 5.17).

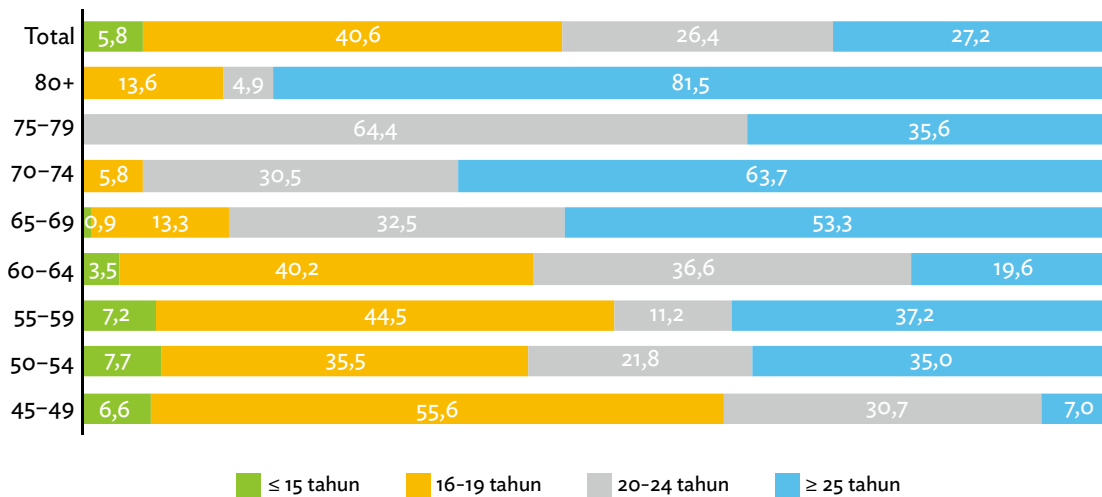


Gambar 5.17: Riwayat Konsumsi Minuman Beralkohol menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

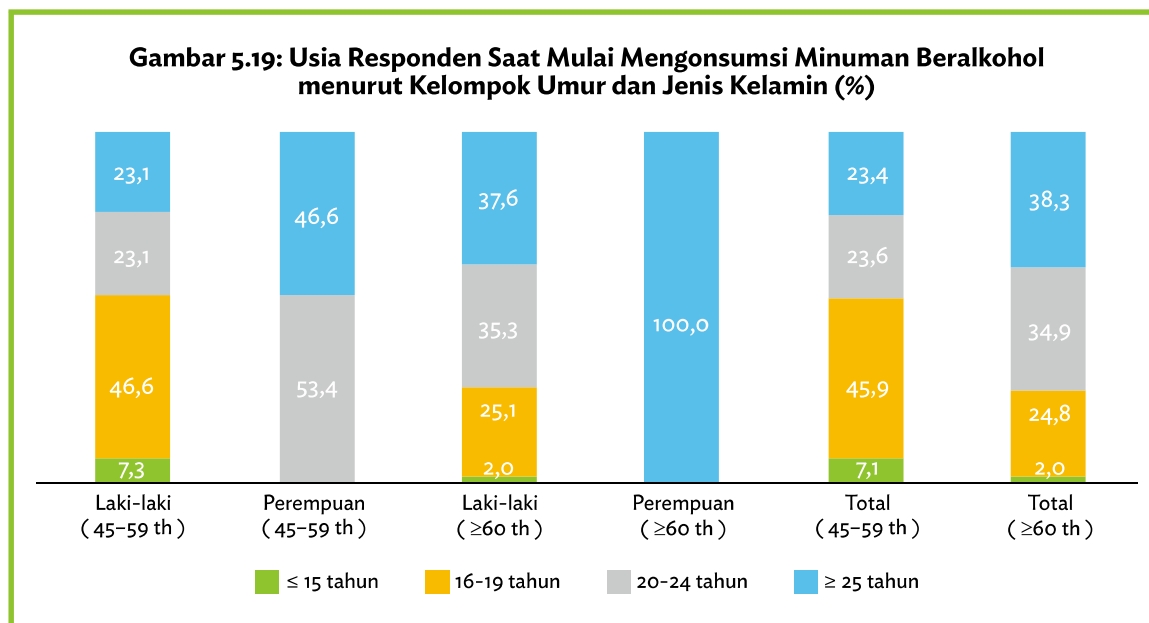


Mayoritas responden mulai mengonsumsi minuman keras antara usia 16 dan 19 tahun (40,6%), dan hanya sedikit yang mulai pada usia lebih muda (≤ 15 tahun) (Gambar 5.18).

Gambar 5.18: Umur Responden Saat Mulai Mengonsumsi Minuman Beralkohol menurut Kelompok Umur (%)



Responden pra-lanjut usia mulai mengonsumsi minuman keras pada usia yang relatif muda (16–19 tahun), sementara lanjut usia mulai mengonsumsinya pada usia yang lebih tua (≥ 25 tahun) (Gambar 5.19).



Konsumsi minuman keras di Indonesia termasuk yang terendah dibandingkan dengan negara-negara lain di dunia (WHO 2018). Riset Kesehatan Nasional 2018 melaporkan bahwa hanya 3,3% penduduk berusia di atas 10 tahun yang mengonsumsi minuman keras dalam sebulan sebelum survei, dan sebagian besar adalah laki-laki (6,1%) (Kementerian Kesehatan Indonesia 2019). Konsisten dengan hasil ini, ILAS juga menemukan prevalensi konsumsi alkohol yang rendah pada populasi pra-lanjut usia dan lanjut usia. Akan tetapi, perilaku ini penting untuk dipantau karena berisiko dan dapat berdampak negatif pada kesehatan.

Kondisi Kehidupan dan Lingkungan Sekitar

Kondisi Kehidupan dan Kebutuhan Rumah Ramah Lanjut Usia

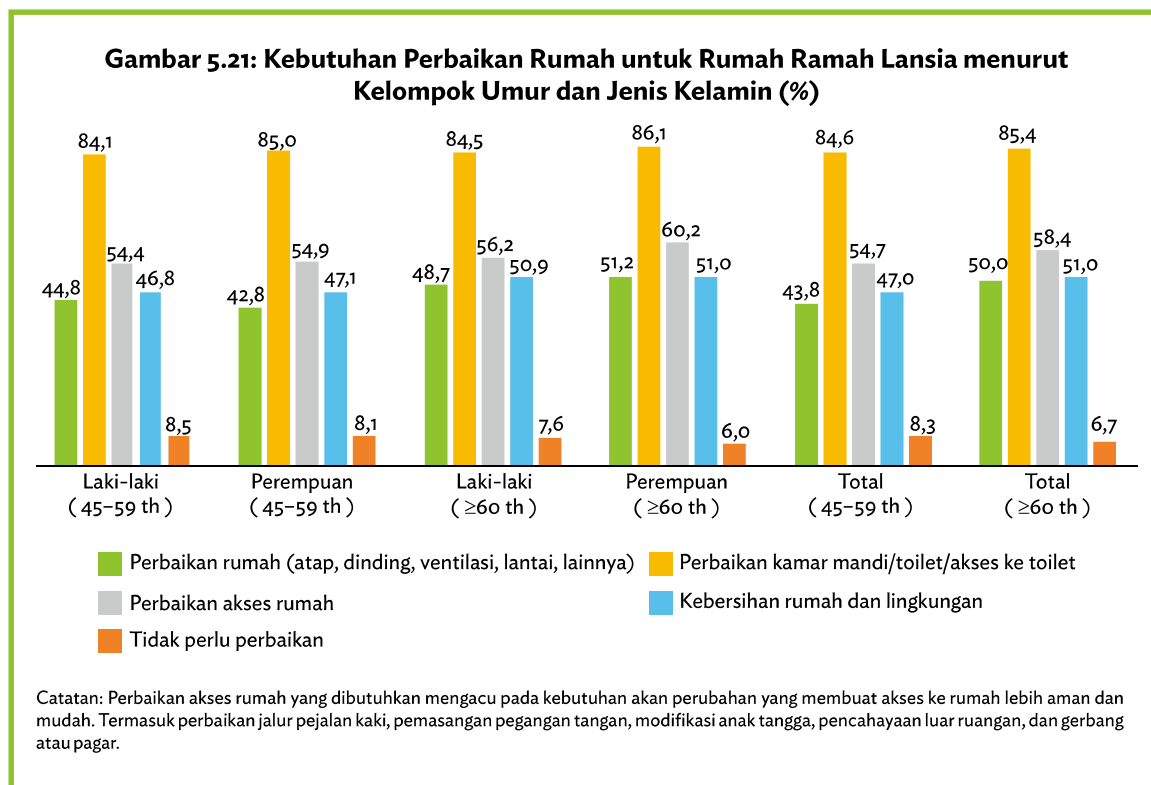
WHO mengembangkan panduan untuk kota ramah lanjut usia (Global Age-friendly Cities: A Guide) dengan 8 dimensi dimana salah satunya adalah perumahan. Panduan tersebut dibuat demi memastikan semua aspek lingkungan dapat mendukung kehidupan manusia, tidak hanya untuk lanjut usia namun semua kelompok umur dan kelompok rentan lainnya. Desain dan konstruksi rumah berperan penting dalam kenyamanan lanjut usia. Misalnya, elemen-elemen utama seperti lantai yang rata, kamar mandi yang ramah lansia, dan ruang yang cukup untuk kursi roda sangat penting untuk kualitas hidup yang baik di rumah (WHO 2007).

ILAS mensurvei kondisi rumah responden untuk menentukan apakah diperlukan perbaikan agar rumah tersebut ramah bagi lanjut usia. Mayoritas rumah responden memerlukan perbaikan, terutama kamar mandi, toilet, atau area akses ke toilet. Kondisi dan permintaan perumahan ramah lansia berbeda-beda menurut kelompok umur, fase kehidupan, dan jenis kelamin (Gambar 5.20 dan Gambar 5.21).

Gambar 5.20: Kebutuhan Perbaikan Rumah untuk Rumah Ramah Lansia menurut Kelompok Umur (%)



Catatan: Perbaikan akses rumah yang dibutuhkan mengacu pada kebutuhan akan perubahan yang membuat akses ke rumah lebih aman dan mudah. Termasuk perbaikan jalur pejalan kaki, pemasangan pegangan tangan, modifikasi anak tangga, pencahayaan luar ruangan, dan gerbang atau pagar.



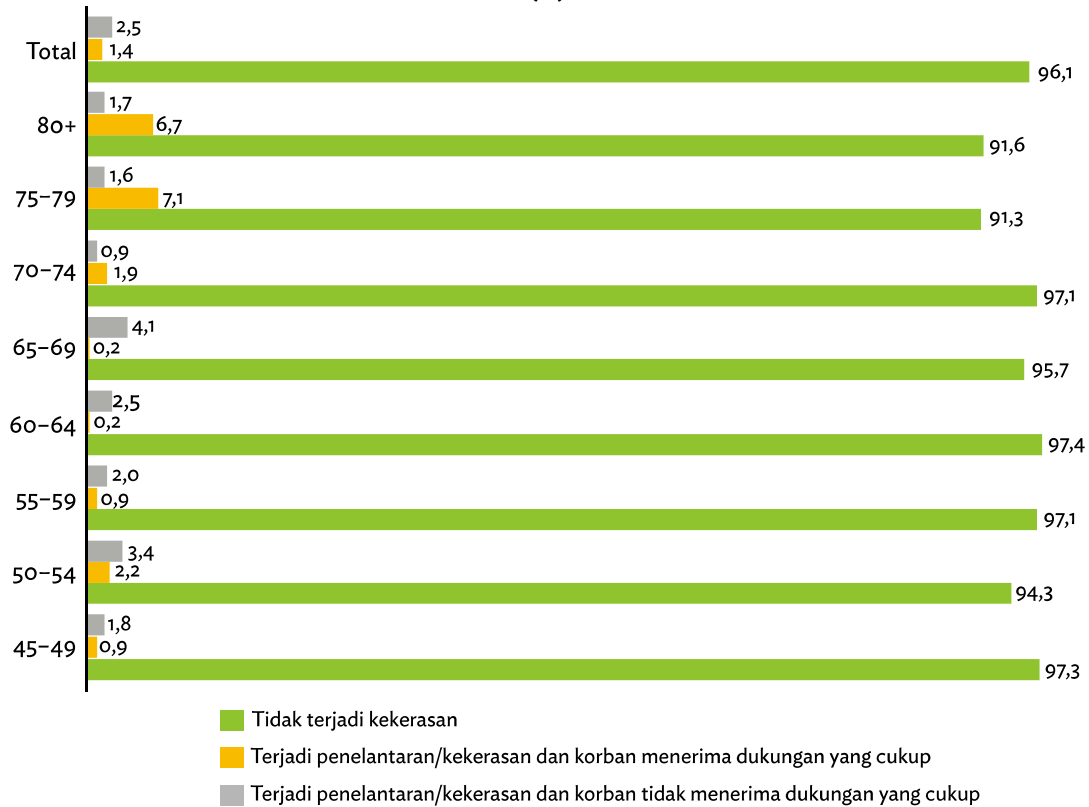
Persepsi Kekerasan Pada Lanjut Usia

Untuk membahas topik kekerasan yang sensitif, ILAS mengambil pendekatan tidak langsung dalam survei tentang kekerasan terhadap lanjut usia dengan menggunakan sudut pandang orang ketiga. ILAS mengumpulkan data tentang kasus penelantaran atau kekerasan fisik dan verbal di lingkungan responden. Semua responden, kecuali mereka yang bertindak sebagai proksi, ditanyai tentang insiden ini dan apakah lanjut usia yang mengalami kekerasan tersebut menerima dukungan yang selayaknya.

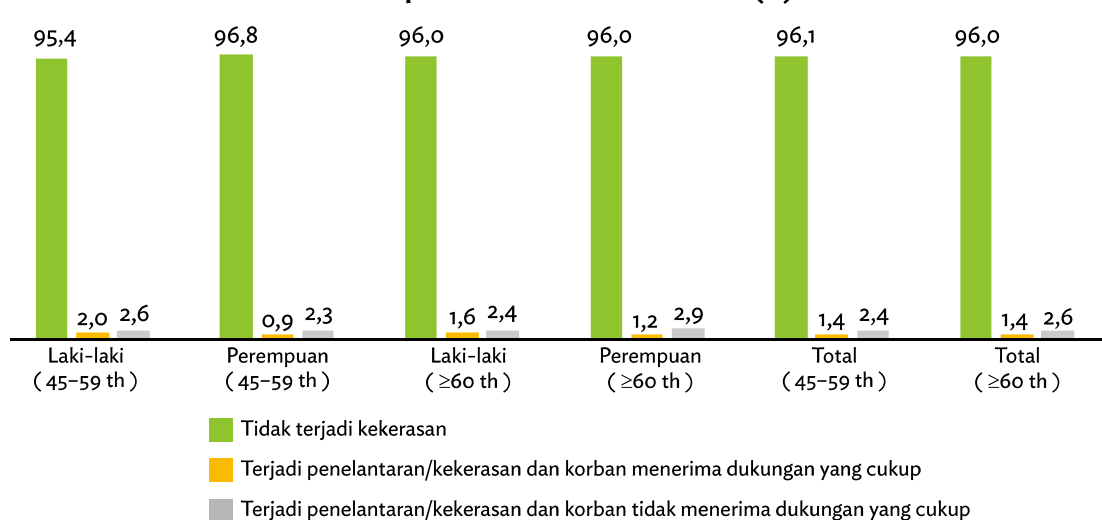
Mayoritas responden menyatakan bahwa tidak ada penelantaran atau kekerasan fisik/verbal (96,1%). Namun, 2,5% responden menyebutkan bahwa telah terjadi kekerasan tetapi korban tidak menerima dukungan yang cukup (Gambar 5.22).

Pada kelompok pra-lanjut usia, lebih sedikit perempuan daripada laki-laki yang melaporkan kejadian penelantaran atau kekerasan terhadap lanjut usia, terlepas dari apakah mereka menerima dukungan yang cukup atau tidak (Gambar 5.23). Tidak ada variasi yang mencolok dalam perilaku pelaporan antara laki-laki dan perempuan dalam kelompok lanjut usia.

Gambar 5.22: Perspektif tentang Kejadian Penelantaran atau Kekerasan Fisik/Verbal terhadap Lanjut Usia di Lingkungan Sekitar menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 5.23: Perspektif tentang Kejadian Penelantaran atau Kekerasan Fisik/Verbal terhadap Lanjut Usia di Lingkungan Sekitar menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Tabel 5.1.: Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan

No.	Temuan Utama	Rekomendasi Kebijakan
1.	Mayoritas responden laki-laki adalah perokok aktif, termasuk 52,7% dari mereka yang berusia 60 tahun ke atas, yang telah merokok selama lebih dari 40 tahun.	Mengembangkan dan/atau memperkuat kampanye kesehatan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran pra-lanjut usia dan lanjut usia tentang risiko jangka panjang dari merokok dan keuntungan berhenti merokok, dengan mempertimbangkan pola akses informasi dan wawasan perilaku lainnya pada kelompok sasaran.
2.	23%-26% pra-lanjut usia dan lanjut usia mulai merokok sebelum usia 15 tahun, dengan lebih dari 50% merokok lebih dari 11 batang per hari.	Menawarkan layanan berhenti merokok sebagai bagian dari layanan berbasis rumah untuk pra-lanjut usia (berusia 45-59 tahun) dan lanjut usia (berusia 60 tahun ke atas).
3.	Sebagian besar rumah belum ramah lansia dan perlu diperbaiki, terutama kamar mandi, toilet, atau akses toilet.	<p>Memberikan edukasi tentang rumah ramah lanjut usia untuk menjamin keselamatan dan aksesibilitas bagi para lanjut usia yang tinggal di rumah tersebut.</p> <p>Memberikan dukungan kepada keluarga dengan menawarkan bantuan renovasi atau menyediakan peralatan untuk meningkatkan akses dan mobilitas bagi lanjut usia miskin. Masyarakat juga dapat mendukung keluarga dengan mengembangkan layanan renovasi.</p> <p>Memberikan informasi kepada Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat beserta kementerian/lembaga terkait, dan perusahaan tentang pentingnya perumahan ramah lansia. Mendorong mereka untuk memasukkan konsep perumahan ramah lansia dalam program renovasi rumah, terutama di tempat tinggal lanjut usia, guna memastikan kondisi tempat tinggal yang layak bagi semua.</p> <p>Mengembangkan kompleks perumahan untuk lanjut usia dengan fasilitas ramah lanjut usia untuk mengurangi ketergantungan dan mencegah isolasi sosial.</p>
4.	Secara keseluruhan, 2,5% responden melaporkan bahwa lanjut usia telah ditelantarkan atau mengalami kekerasan fisik dan/atau verbal, tetapi mereka belum menerima dukungan yang cukup dari komunitas.	<p>Inisiatif yang dilaksanakan harus mencakup lebih banyak pelatihan bagi pemberi rawat, layanan kesehatan profesional, dan pejabat penegak hukum untuk mendeteksi dan melaporkan kasus kekerasan secara efektif.</p> <p>Tokoh masyarakat (tokoh agama, tokoh setempat, dsb.) dapat lebih terinformasi dan menyadari fakta bahwa kekerasan terhadap lanjut usia terjadi di masyarakat mereka. Intervensi dan dukungan mereka diperlukan untuk mencegah kejadian serupa di masa mendatang dan memastikan bahwa korban menerima dukungan.</p> <p>Kampanye kesadaran dapat memberikan edukasi kepada masyarakat tentang tanda-tanda kekerasan terhadap lanjut usia dan pentingnya melaporkan kejadian tersebut.</p> <p>Menyediakan layanan pemulihan fisik dan psikologis yang komprehensif bagi para korban, termasuk konseling, terapi, dan bantuan hukum. Layanan ini harus mudah diakses dan didukung oleh pemerintah dan lembaga swadaya masyarakat.</p>

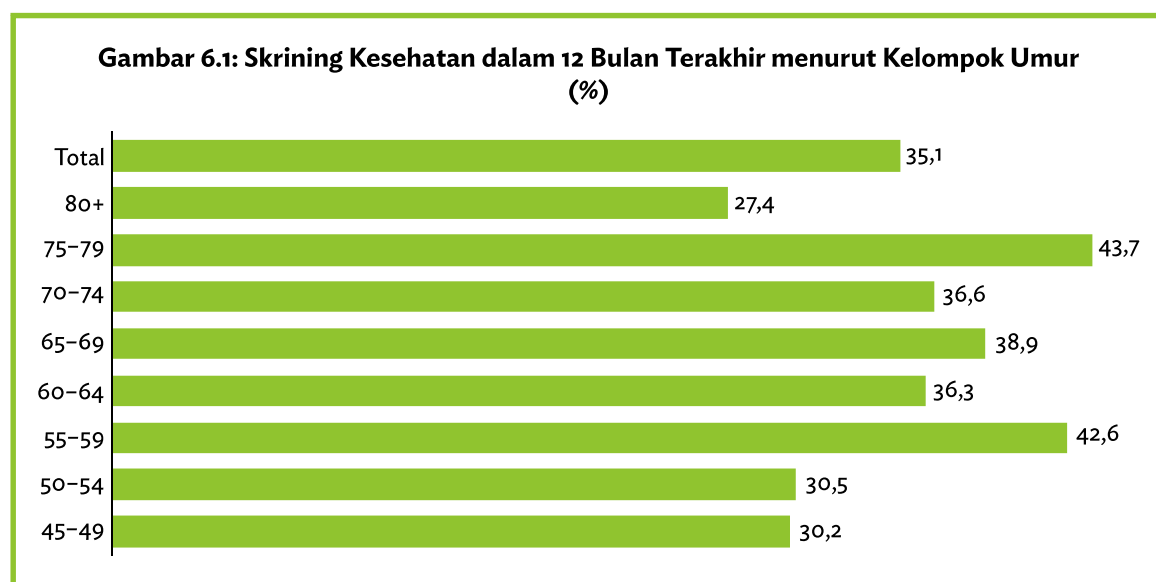
6. LAYANAN KESEHATAN DAN PERAWATAN LANJUT USIA

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

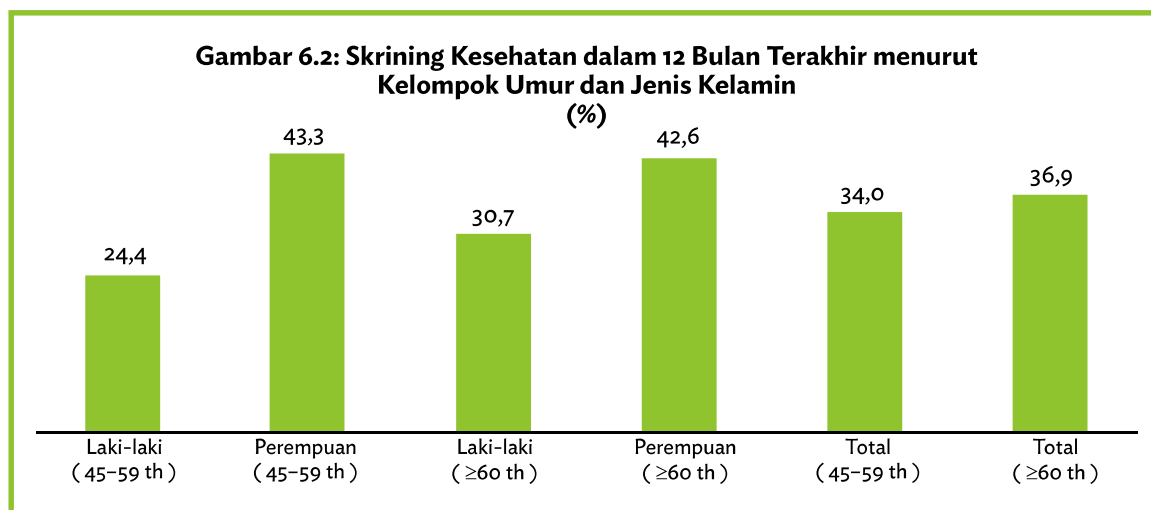
Skrining Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimum Kesehatan, lanjut usia berhak mendapatkan pemeriksaan faktor risiko setiap tahun. Standar pelayanan pemeriksaan faktor risiko pada lanjut usia yang diselenggarakan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) meliputi (i) pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar pinggang, dan lingkar lengan atas; (ii) pengukuran tekanan darah; (iii) pemeriksaan gula darah; (iv) pemeriksaan kolesterol; (v) skrining kesehatan untuk mengukur penurunan kapasitas intrinsik (kemampuan kognitif, keterbatasan mobilitas, malnutrisi, gangguan penglihatan dan pendengaran, serta depresi); (vi) kemandirian; dan (vii) riwayat perilaku berisiko.

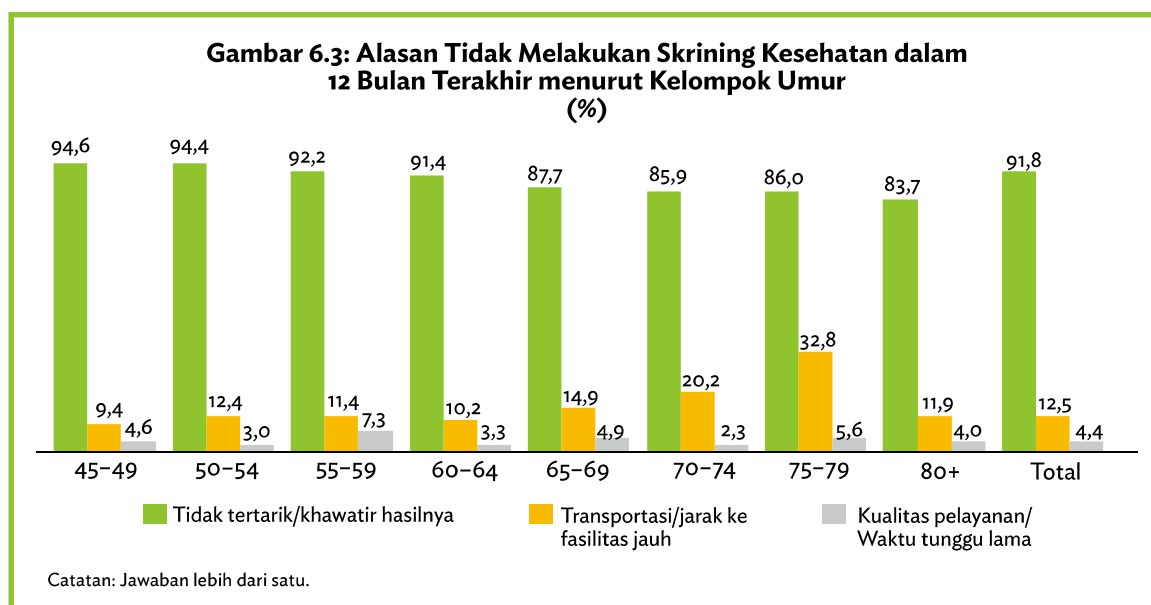
Studi ILAS mencakup pertanyaan pemeriksaan kesehatan seperti kadar gula darah, kadar kolesterol, dan penilaian kesehatan kognitif dan mental selama 12 bulan terakhir, kecuali pengukuran berat badan, tinggi badan, dan tekanan darah, karena hal tersebut sudah termasuk dalam pemeriksaan rutin di Posyandu Lanjut Usia. Pengukuran tekanan darah merupakan bagian standar dari pemeriksaan di semua Puskesmas (Suriastini et al. 2023a). Dari responden ILAS, 35,1% menyebutkan bahwa mereka telah menjalani skrining kesehatan pada tahun lalu (Gambar 6.1).



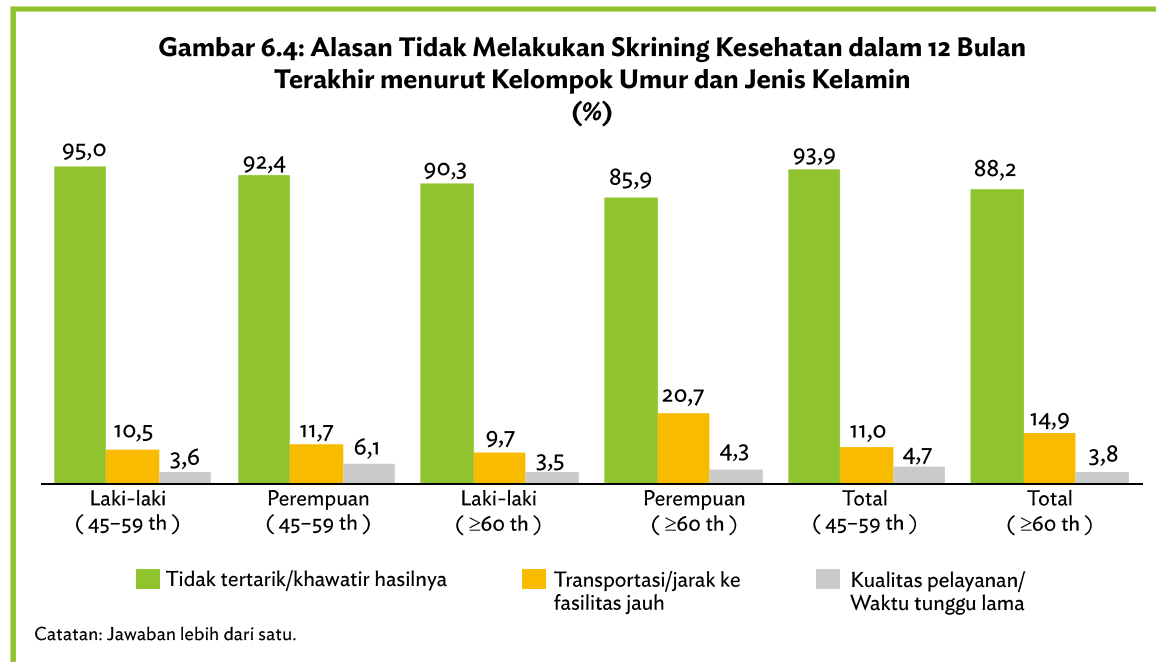
Lebih banyak responden dalam kelompok lanjut usia (60 tahun ke atas) yang menyatakan telah menjalani pemeriksaan kesehatan dibandingkan dengan kelompok umur pra-lanjut usia (45–59 tahun). Selain itu, terlepas dari umur, lebih banyak perempuan daripada laki-laki yang mengikuti pemeriksaan kesehatan (Gambar 6.2).



Studi ILAS mengidentifikasi tiga alasan utama mengapa orang tidak menjalani pemeriksaan kesehatan: tidak merasa perlu, masalah transportasi, dan kekhawatiran tentang kualitas layanan (Gambar 6.3 dan Gambar 6.4). Responden mengungkapkan bahwa mereka tidak melihat perlunya pemeriksaan karena berbagai alasan: pemeriksaan tidak wajib, terlalu sibuk, tidak ditemukan masalah kesehatan selama pemeriksaan sebelumnya, dan/atau takut akan hasil skrining. Masalah akses bisa muncul karena beberapa faktor utama: kurangnya biaya untuk transportasi, kurangnya pilihan transportasi yang tersedia, jarak ke fasilitas, dan kurangnya pendamping untuk membantu/mengantar. Waktu tunggu yang lebih lama di tempat pemeriksaan dan tidak adanya uang untuk melakukan pemeriksaan merupakan kendala tambahan.



Hanya sebagian kecil (4%) yang menyampaikan kualitas layanan dan waktu tunggu yang lama sebagai alasan tidak menjalani pemeriksaan kesehatan. Sebagian besar responden berumur 70 hingga 79 tahun (20% hingga 33%) menyatakan transportasi dan jarak ke fasilitas kesehatan sebagai masalah (Gambar 6.3). Meskipun sebagian besar responden perempuan menyebutkan tidak butuh dan/atau ketakutan terhadap hasil pemeriksaan sebagai alasan, sebagian besar responden perempuan menyatakan transportasi dan jarak sebagai masalah (Gambar 6.4).



Strategi Nasional Kelanjutusiaan menargetkan 80% lanjut usia akan menjalani pemeriksaan kesehatan sesuai standar pada tahun 2024. Selain itu, RAN Kesehatan Kelanjutusiaan 2020–2024 menetapkan 60% lanjut usia akan mengikuti pemeriksaan kesehatan sesuai standar pada tahun 2023. ILAS melaporkan bahwa 34% pra-lanjut usia dan 37% lanjut usia mengikuti pemeriksaan kesehatan. Artinya, target yang ditetapkan RAN Kesehatan Kelanjutusiaan 2020–2024 belum tercapai. Peningkatan upaya dan komitmen sangat penting guna mencapai tujuan yang ditetapkan dalam strategi nasional.

Pelayanan Rawat Jalan

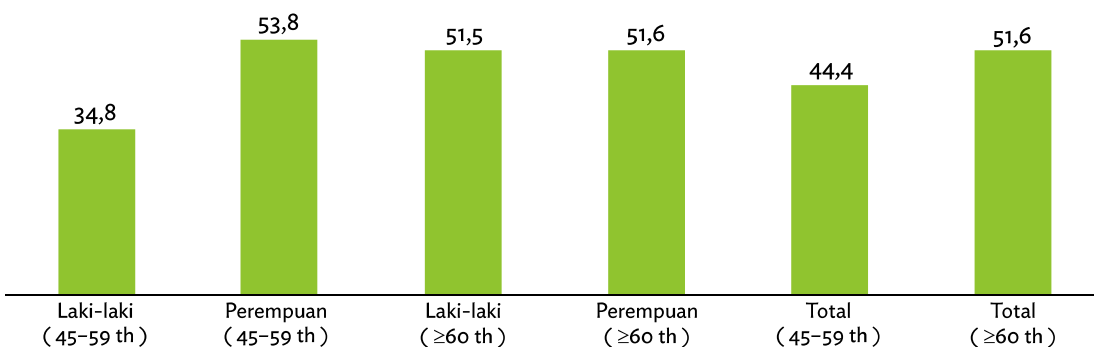
Rata-rata, 47,2% responden ILAS telah mengunjungi fasilitas kesehatan untuk rawat jalan atau pengobatan medis dalam 12 bulan terakhir (Gambar 6.5). Rawat jalan ini mencakup semua kunjungan ke berbagai jenis penyedia layanan kesehatan seperti fasilitas layanan publik, swasta, atau tradisional.

Tahun lalu, sekitar 52% lanjut usia berumur 60 tahun ke atas telah menjalani rawat jalan atau pengobatan medis di rumah dalam 12 bulan terakhir. Di antara pra-lanjut usia, lebih banyak perempuan daripada laki-laki yang menerima pelayanan rawat jalan, namun tidak ada perbedaan gender yang signifikan di antara lanjut usia (Gambar 6.6). Situasi yang berkaitan dengan rawat jalan atau pengobatan medis di rumah meningkat seiring bertambahnya usia, dengan tiga kasus atau lebih dalam setahun terakhir (Gambar 6.7).

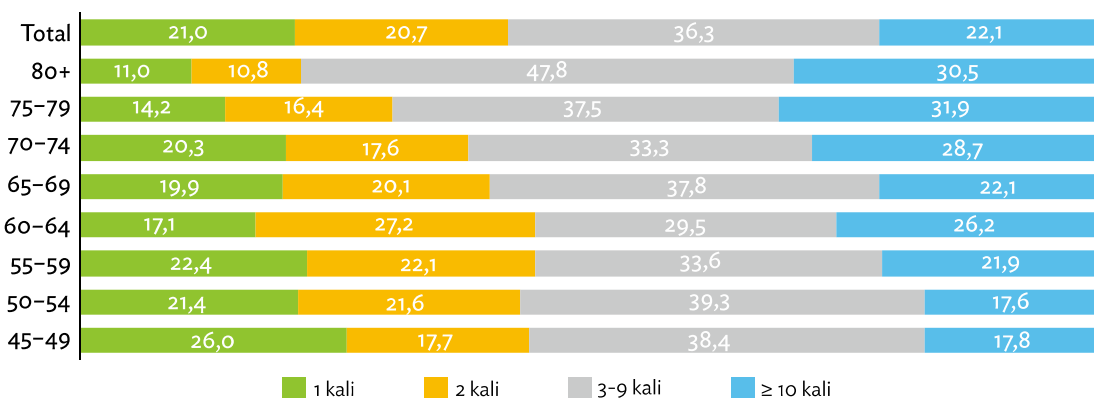
Gambar 6.5: Kunjungan Rawat Jalan atau Perawatan Medis di Rumah dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur (%)



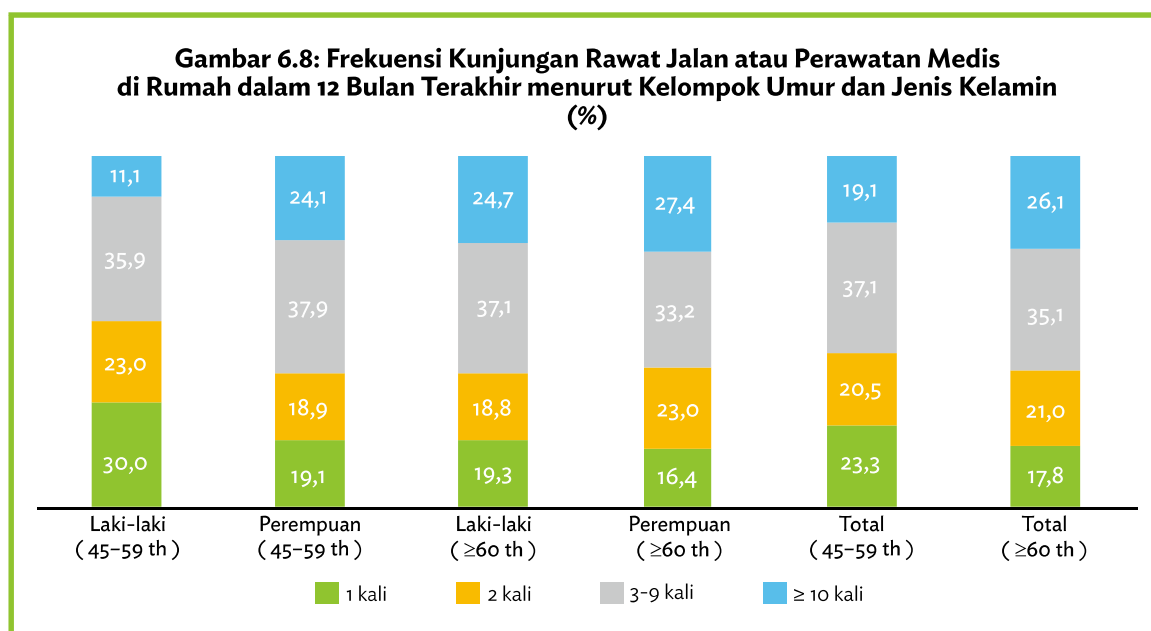
Gambar 6.6: Kunjungan Rawat Jalan atau Perawatan Medis di Rumah dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Gambar 6.7: Frekuensi Kunjungan Rawat Jalan atau Perawatan Medis di Rumah dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur (%)



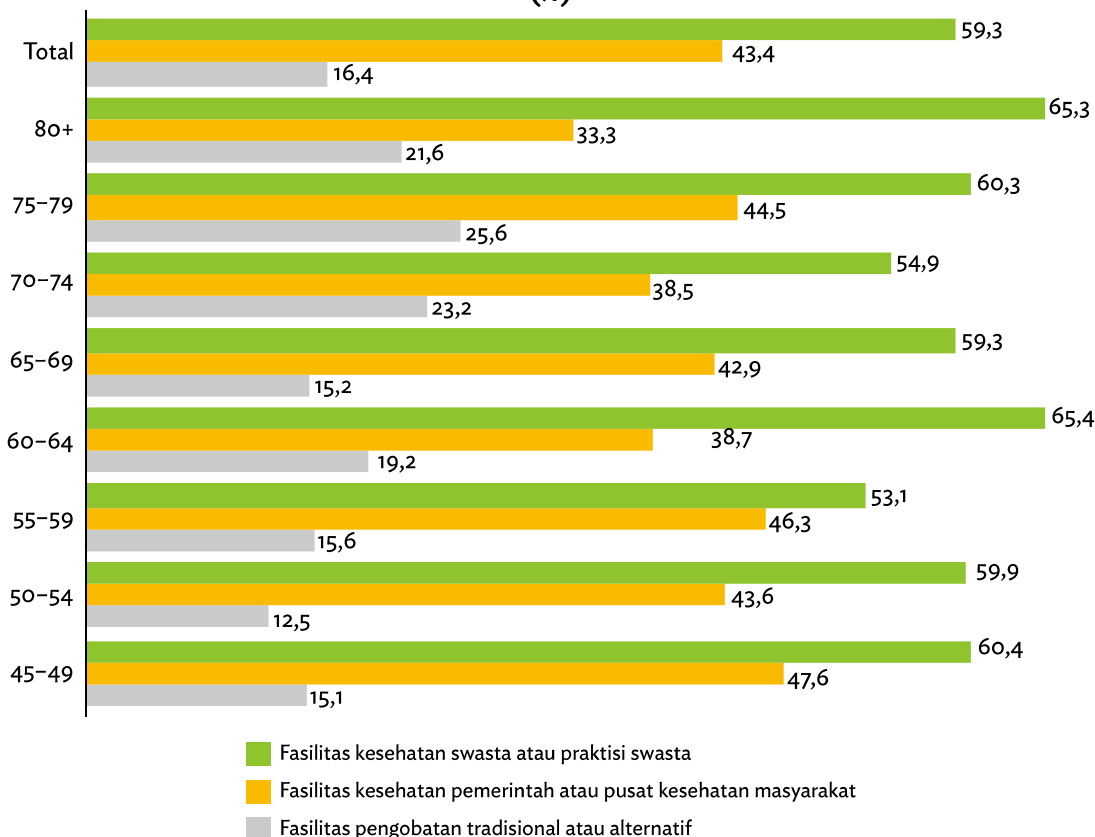
Dalam 12 bulan terakhir, lebih banyak perempuan pra-lanjut usia daripada laki-laki yang menerima pelayanan rawat jalan dan/atau perawatan medis di rumah secara lebih sering (≥ 10 kali) (Gambar 6.8). Alasannya bisa jadi karena persentase perempuan yang didiagnosis secara medis dengan setidaknya satu penyakit, seperti sakit maag atau masalah pencernaan lainnya, hipertensi, atau kolesterol tinggi, lebih tinggi 10%–14% daripada laki-laki (lihat Bab 4). Selain itu, kesadaran perempuan terkait pemanfaatan layanan kesehatan dalam mengatasi penyakit degeneratif seperti hipertensi, lebih tinggi dibandingkan laki-laki, khususnya pemeriksaan tekanan darah, pengobatan, dan kontrol kesehatan (Rao Guthi et al. 2023).



Rata-rata, 59% responden menyatakan melakukan perawatan rawat jalan dari fasilitas kesehatan swasta (Gambar 6.9). Proporsi ini khususnya lebih tinggi di antara responden yang berumur 60–64 tahun dan 80 tahun ke atas (65%). Meskipun persentasenya lebih rendah daripada fasilitas kesehatan swasta, sebagian besar responden lanjut usia juga mencari pelayanan dari fasilitas kesehatan pemerintah (40%). Proporsi responden yang mencari perawatan tradisional dan alternatif setidaknya setengah dari responden yang mencari perawatan di fasilitas kesehatan publik atau swasta. Perempuan cenderung lebih sering mengunjungi fasilitas kesehatan swasta daripada laki-laki (Gambar 6.10).

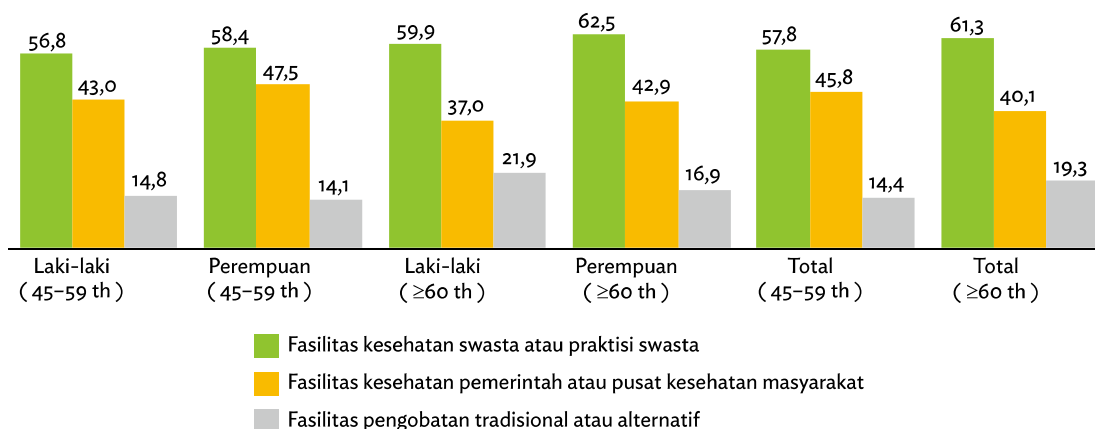
Lanjut usia yang menderita penyakit atau gangguan kesehatan sering kali memerlukan pendamping saat berobat ke fasilitas kesehatan. Secara keseluruhan, 82% responden didampingi oleh pendamping selama berobat ke fasilitas kesehatan. Seiring bertambahnya umur, jumlah lanjut usia yang didampingi oleh pasangannya selama perawatan rawat jalan menurun (Gambar 6.11). Sebaliknya, jumlah lanjut usia yang didampingi oleh anak dan menantu laki-laki meningkat seiring bertambahnya umur. Data juga menunjukkan bahwa jumlah responden yang tidak didampingi oleh pendamping meningkat seiring bertambahnya umur.

Gambar 6.9: Kunjungan Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Tipe Fasilitas Kesehatan (%)



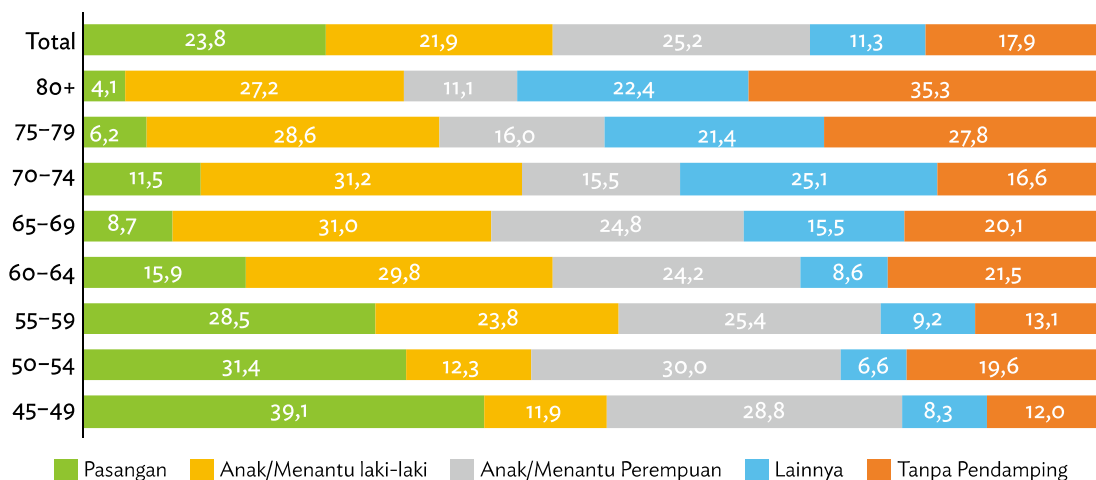
Catatan: Jawaban lebih dari satu.

Gambar 6.10: Kunjungan Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur, Jenis Kelamin, dan Tipe Fasilitas Kesehatan (%)



Catatan: Jawaban lebih dari satu.

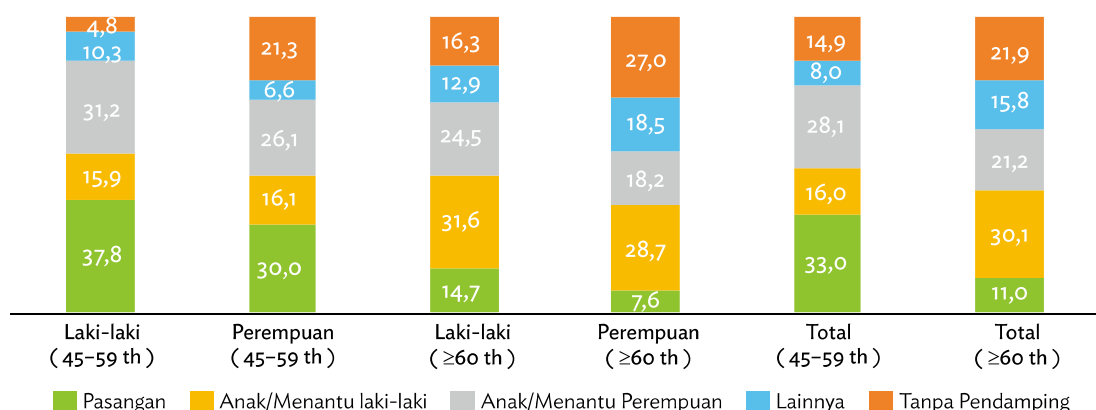
Gambar 6.11: Pendamping Utama Saat Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur (%)



Catatan: Pendamping lainnya termasuk cucu laki-laki/perempuan, keponakan laki-laki/perempuan, teman atau tetangga, dan perawat profesional.

Pra-lanjut usia (berumur 45-59 tahun) lebih mungkin didampingi oleh pasangannya selama perawatan rawat jalan (Gambar 6.12). Meskipun sebagian besar responden lanjut usia didampingi oleh anak atau menantu (51%), lebih banyak responden lanjut usia daripada responden pra-lanjut usia yang menyatakan bahwa mereka melakukan perawatan rawat jalan sendiri. Secara khusus, lebih banyak perempuan daripada laki-laki yang menerima perawatan rawat jalan tanpa pendamping (Gambar 6.12).

Gambar 6.12: Pendamping Utama Saat Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

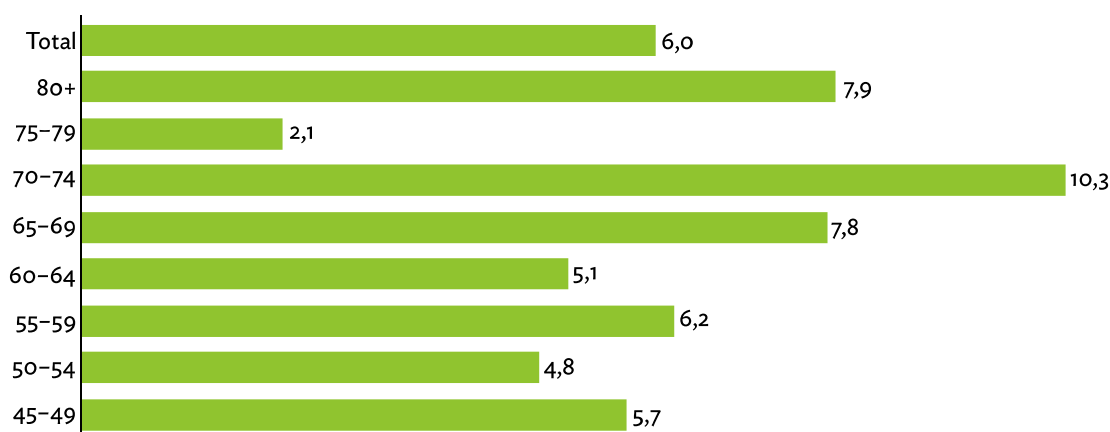


Catatan: Pendamping lainnya termasuk cucu laki-laki/perempuan, keponakan laki-laki/perempuan, teman atau tetangga, dan perawat profesional.

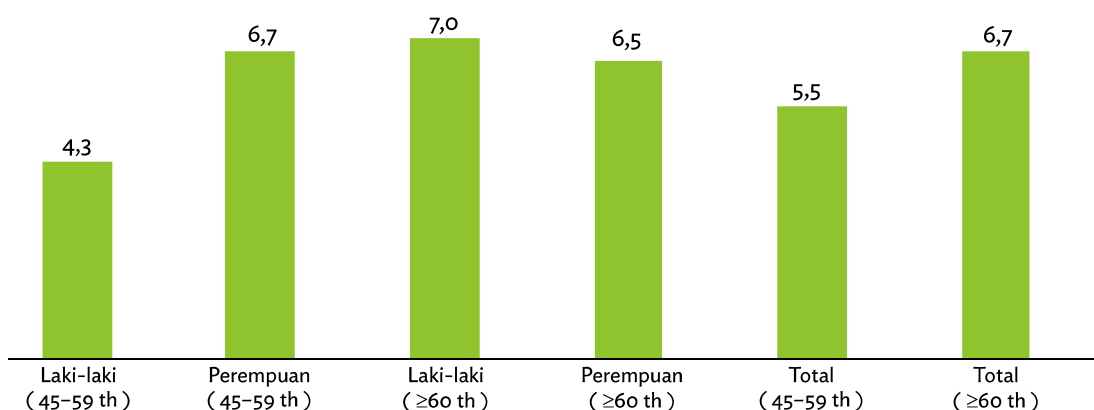
Perawatan di Rumah Sakit dan/atau Rawat Inap

ILAS menanyakan apakah responden menerima perawatan rawat inap dalam 12 bulan terakhir. Secara keseluruhan, 6% responden menerima perawatan di rumah sakit/rawat inap dalam 12 bulan terakhir. Dibandingkan dengan kelompok umur lainnya, kelompok umur 70–74 tahun memiliki persentase responden tertinggi yang menerima perawatan rawat inap sebesar 10,3% dalam 12 bulan terakhir (Gambar 6.13). Responden lanjut usia memiliki tingkat perawatan rawat inap yang lebih tinggi dalam 12 bulan terakhir daripada responden pra-lanjut usia. Lebih banyak perempuan pra-lanjut usia dirawat di rumah sakit daripada laki-laki pra-lanjut usia. Meskipun demikian, tidak ada perbedaan yang mencolok dalam perawatan rawat inap antara laki-laki dan perempuan lanjut usia (Gambar 6.14). Sekitar 15,7% orang telah menerima perawatan rawat inap lebih dari 3 kali dalam setahun terakhir (Gambar 6.15).

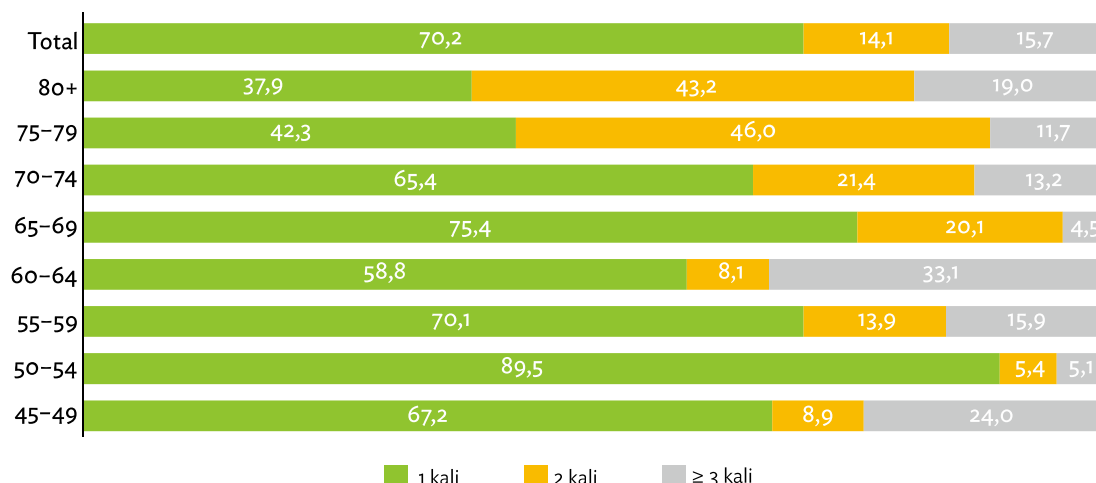
Gambar 6.13: Riwayat Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 6.14: Riwayat Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

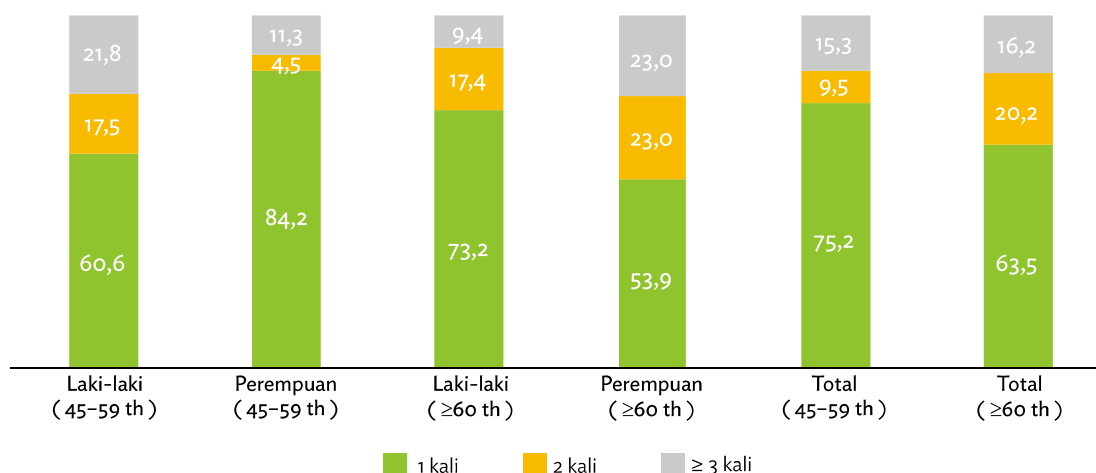


Gambar 6.15: Frekuensi Perawatan Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur (%)



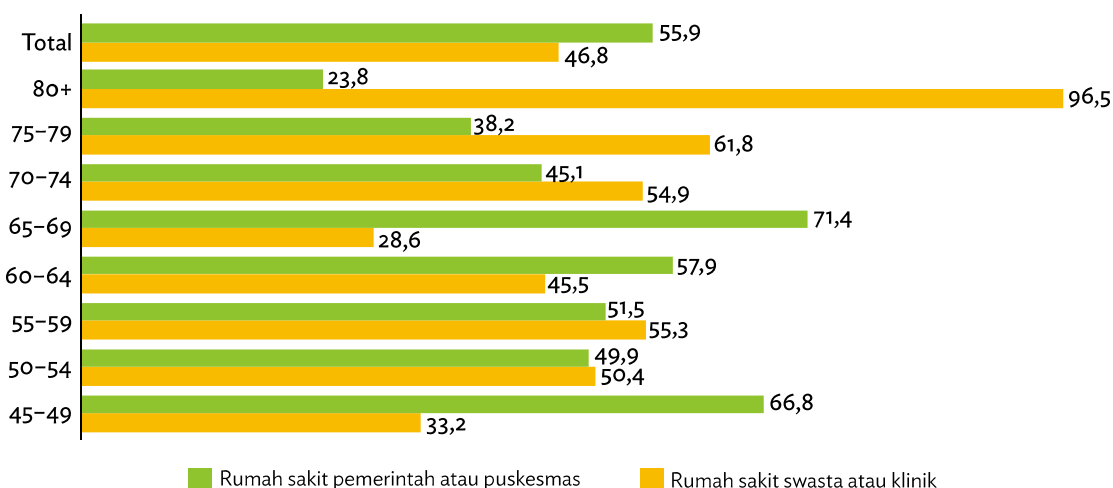
Lanjut usia memiliki kemungkinan lebih besar untuk dirawat di rumah sakit lebih dari dua kali dalam dua belas bulan terakhir dibandingkan dengan pra-lanjut usia. Angka rawat inap pada laki-laki pra-lanjut usia dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan, dan angka rawat inap pada perempuan lanjut usia dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki (Gambar 6.16).

Gambar 6.16: Frekuensi Perawatan Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



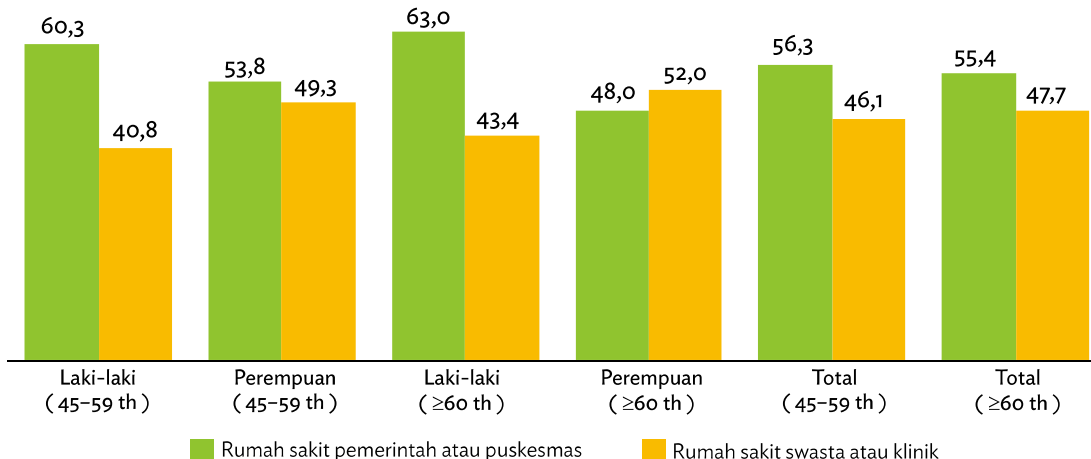
Secara umum, lebih banyak responden yang menerima perawatan rawat inap di rumah sakit umum daripada di rumah sakit swasta. Meskipun demikian, proporsi perawatan rawat inap di fasilitas kesehatan (rumah sakit atau klinik) swasta meningkat di antara responden yang berumur 70 tahun ke atas (Gambar 6.17), dengan 97% responden berumur 80 tahun ke atas menerima pelayanan rawat inap di rumah sakit swasta. Tidak ada perbedaan yang mencolok dalam penggunaan fasilitas kesehatan untuk pelayanan rawat inap antara laki-laki pra-lanjut usia dan perempuan pra-lanjut usia. Laki-laki lanjut usia umumnya memilih fasilitas kesehatan umum untuk rawat inap, sementara perempuan lanjut usia biasanya memilih fasilitas kesehatan swasta (Gambar 6.18).

Gambar 6.17: Tipe Fasilitas Kesehatan untuk Rawat dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur (%)



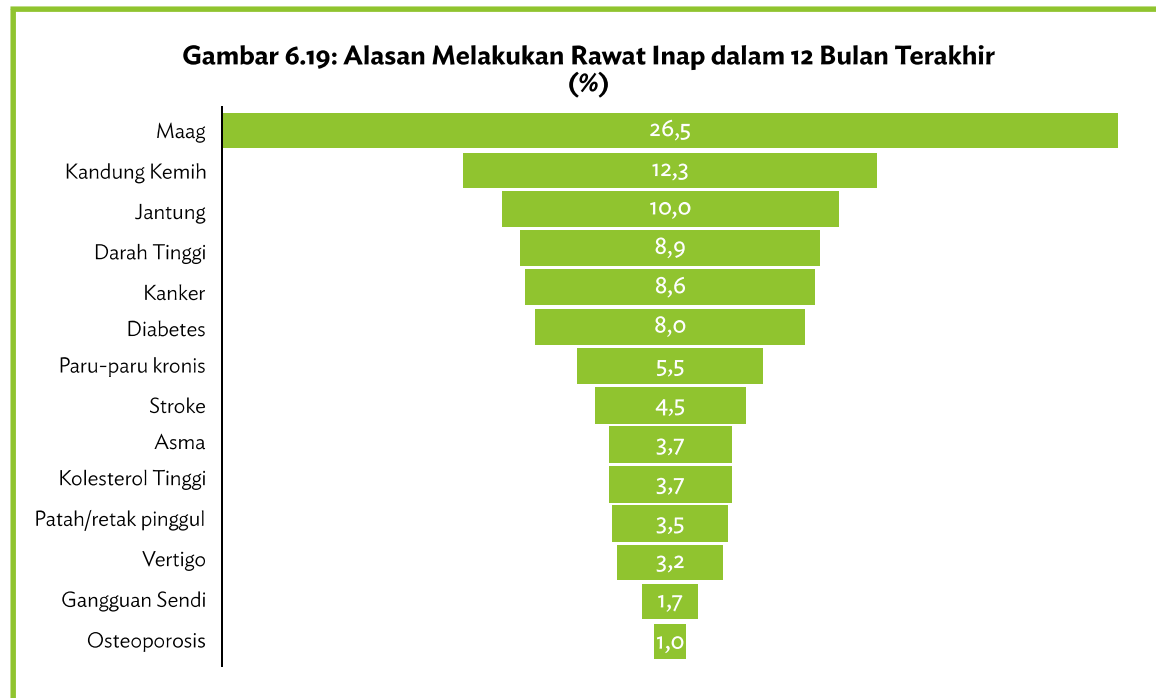
Catatan: Pertanyaan dengan jawaban lebih dari satu.

Gambar 6.18: Tipe Fasilitas Kesehatan untuk Rawat dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



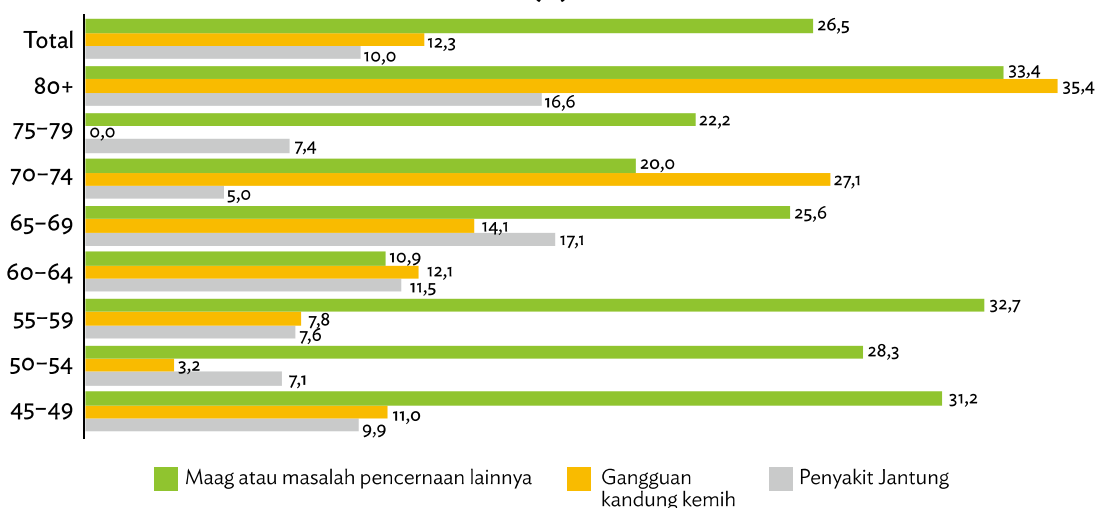
Catatan: Pertanyaan dengan jawaban lebih dari satu.

Sakit maag dan/atau masalah pencernaan lainnya merupakan alasan paling umum untuk perawatan rawat inap di antara responden (26,5%), diikuti oleh gangguan kandung kemih (12,3%), dan penyakit jantung (10,0%) (Gambar 6.19).

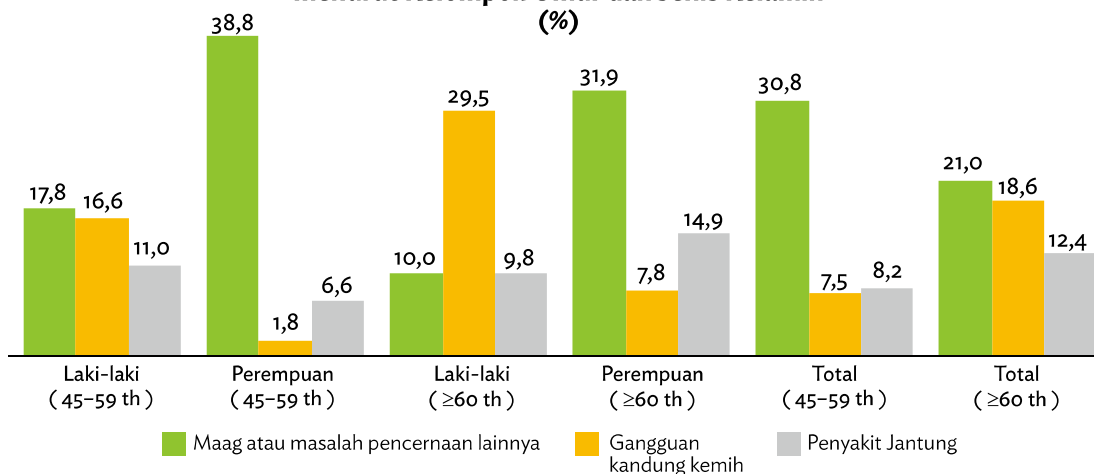


Analisis selanjutnya menyelidiki tiga kondisi medis—penyakit maag atau tukak lambung dan/atau masalah pencernaan, gangguan kandung kemih, dan penyakit jantung—yang dikategorikan berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin. Sakit maag dan masalah pencernaan merupakan alasan utama rawat inap pada pra-lanjut usia, dengan lebih banyak perempuan daripada laki-laki yang memerlukan pelayanan rawat inap untuk kondisi ini (Gambar 6.20 dan Gambar 6.21). Pada kelompok umur 60 tahun ke atas, laki-laki lebih mungkin dirawat inap karena gangguan kandung kemih, sementara perempuan lebih mungkin dirawat inap karena sakit maag dan masalah pencernaan (Gambar 6.21).

Gambar 6.20: Tiga Penyebab Utama Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur (%)

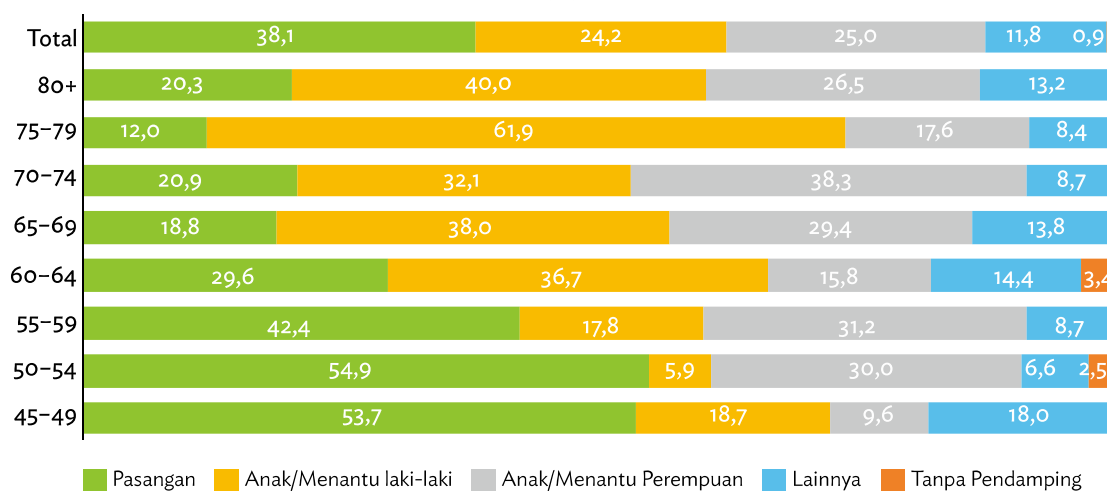


Gambar 6.21: Tiga Penyebab Utama Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



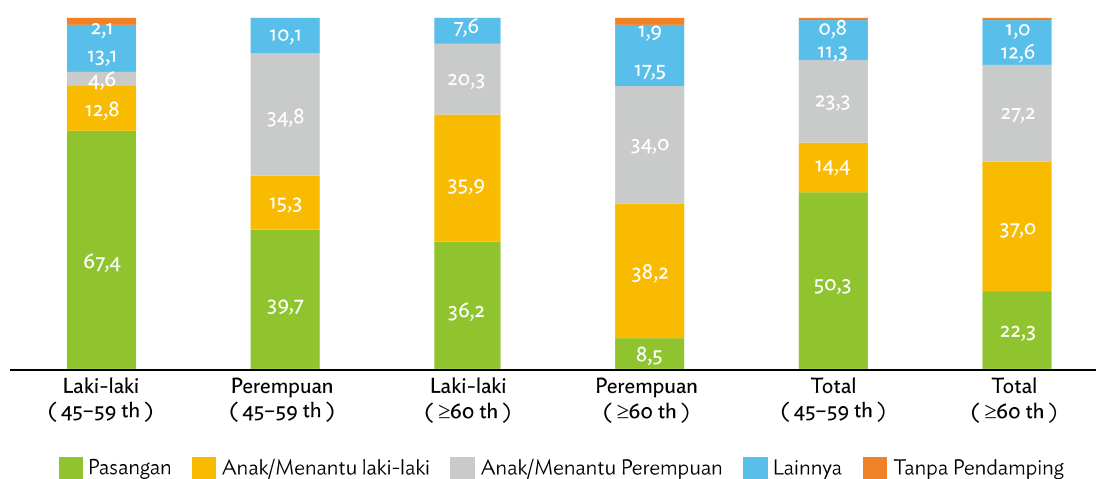
Mayoritas responden yang menerima pelayanan rawat inap didampingi oleh pasangannya (38,1%), anak/menantu perempuan (25,0%), atau anak/menantu laki-laki (24,2%) (Gambar 6.22). Sementara setengah dari responden pra-lanjut usia didampingi oleh pasangannya selama dirawat di rumah sakit, para lanjut usia biasanya didampingi oleh anak laki-laki atau menantu laki-laki. Laki-laki biasanya didampingi oleh pasangannya, sementara perempuan biasanya didampingi oleh anak laki-laki atau menantu laki-laki atau anak perempuan atau menantu perempuan (Gambar 6.23).

Gambar 6.22: Pendamping Utama Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur (%)



Catatan: Lainnya termasuk cucu laki-laki/perempuan, keponakan laki-laki/perempuan, keluarga/kerabat, teman, atau tetangga.

Gambar 6.23: Pendamping Utama Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Usia dan Jenis Kelamin (%)



Catatan: Lainnya termasuk cucu laki-laki/perempuan, keponakan laki-laki/perempuan, keluarga/kerabat, teman, atau tetangga.

Pengeluaran Terkait Kesehatan

Pengeluaran terkait kesehatan didefinisikan di sini sebagai total biaya perawatan kesehatan yang dikeluarkan oleh responden, selain rawat jalan dan rawat inap. Pertanyaan tentang pengeluaran perawatan kesehatan menanyakan informasi tentang biaya bulanan responden untuk terapi, obat-obatan, popok dewasa, pemberi rawat, atau kunjungan ke praktisi pengobatan alternatif, terlepas dari apakah dana tersebut berasal dari pembelian, hadiah, atau pembiayaan pribadi. Mayoritas responden menghabiskan rata-rata Rp1.042.500 per bulan (sekitar \$66) untuk pendamping atau pemberi rawat demi membantu mereka memenuhi kebutuhan sehari-hari. Pengeluaran terendah adalah untuk hiburan, termasuk TV kabel, internet, dan paket data, yaitu sebesar Rp96.217 (sekitar \$6) (Tabel 6.1). Penggunaan media sosial berpotensi meningkatkan kesehatan mental, mengurangi depresi, dan meningkatkan kebahagiaan pada lanjut usia dibandingkan dengan mereka yang tidak menggunakan media sosial (Madanih dan Purnamasari 2021).

Tabel 6.1: Biaya Kesehatan Bulanan Tidak Termasuk Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap

Kebutuhan Terkait Kesehatan	Rerata (Rp)	Median (Rp)	Min (Rp)	Maks (Rp)	N
Terapi atau rehabilitasi seperti fisioterapi, terapi wicara, dll.	276.060	140.000	5.000	4.500.000	87
Obat-obatan/ vitamin/ jamu/ ramuan tradisional (diluar rawat jalan dan rawat inap)	97.400	40.000	250	6.500.000	2.379
Popok dan sejenisnya	218.485	130.000	700	1.000.000	113
Hiburan (TV kabel, internet, paket data, dll.)	98.830	60.000	1.750	3.000.000	1.760
Pendamping/pemberi rawat/bantuan untuk memenuhi kebutuhan harian	893.637	1.000.000	25.000	7.200.000	36
Kunjungan ke pengobatan komplementer atau alternatif seperti pijat, akupunktur, bekam, gurah	114.936	50.000	1.700	9.600.000	753
Kebugaran, liburan, skrining kesehatan lainnya	670.662	200.000	30.000	2.550.000	5

N = frekuensi.

Asuransi Kesehatan

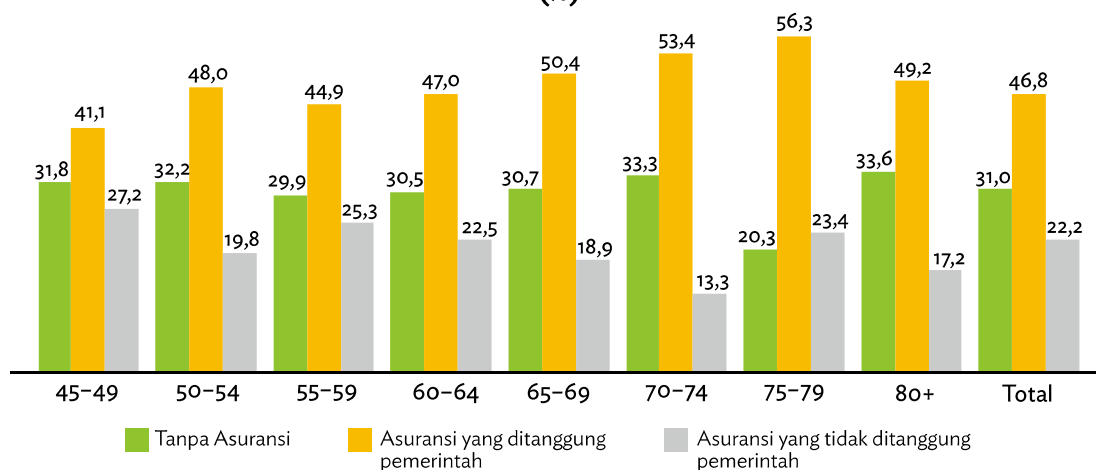
Kepemilikan Asuransi

Kepemilikan asuransi responden ILAS dibagi ke dalam kategori berikut: (i) asuransi yang ditanggung pemerintah, seperti Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Penerima Bantuan Iuran (BPJS PBI), dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda); dan (ii) asuransi yang ditanggung oleh nonpemerintah seperti Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Bukan Penerima Bantuan Iuran (BPJS Non PBI), asuransi swasta, dan asuransi yang ditanggung perusahaan atau perkantoran.

Data BPS 2022 menunjukkan bahwa 74% lanjut usia memiliki asuransi kesehatan. Pada lanjut usia, BPJS PBI merupakan asuransi kesehatan nasional (JKN) yang paling banyak dimiliki oleh lanjut usia, yakni sebesar 48%, sedangkan Jamkesda merupakan yang paling sedikit, yakni hanya 8%. Kepemilikan asuransi swasta hanya sebesar 0,4%, sedangkan asuransi perusahaan atau kantor hanya sebesar 1% dari total kepemilikan (BPS 2022).

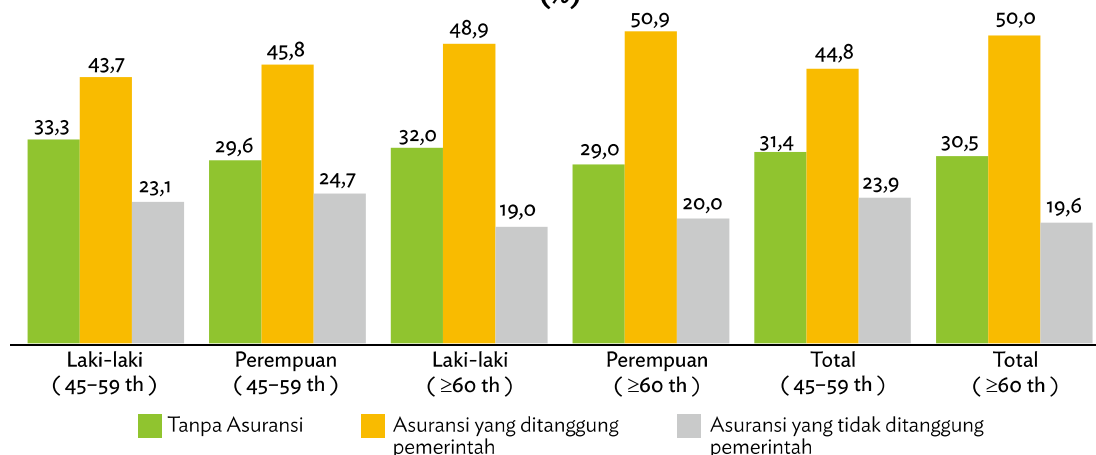
Rata-rata, 47% responden memiliki asuransi kesehatan yang ditanggung oleh pemerintah, sementara 22% ditanggung oleh asuransi kesehatan swasta. Sepertiga dari pra-lanjut usia atau lanjut usia tidak memiliki asuransi kesehatan, dengan proporsi pra-lanjut usia lebih tinggi daripada lanjut usia (Gambar 6.24 dan Gambar 6.25). Persentase responden yang tidak memiliki asuransi lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan. Lanjut usia memiliki persentase asuransi yang ditanggung pemerintah lebih tinggi dibandingkan dengan pra-lanjut usia (Gambar 6.25).

Gambar 6.24: Tipe Kepemilikan Asuransi Kesehatan menurut Kelompok Umur (%)



Catatan: Jawaban lebih dari satu.

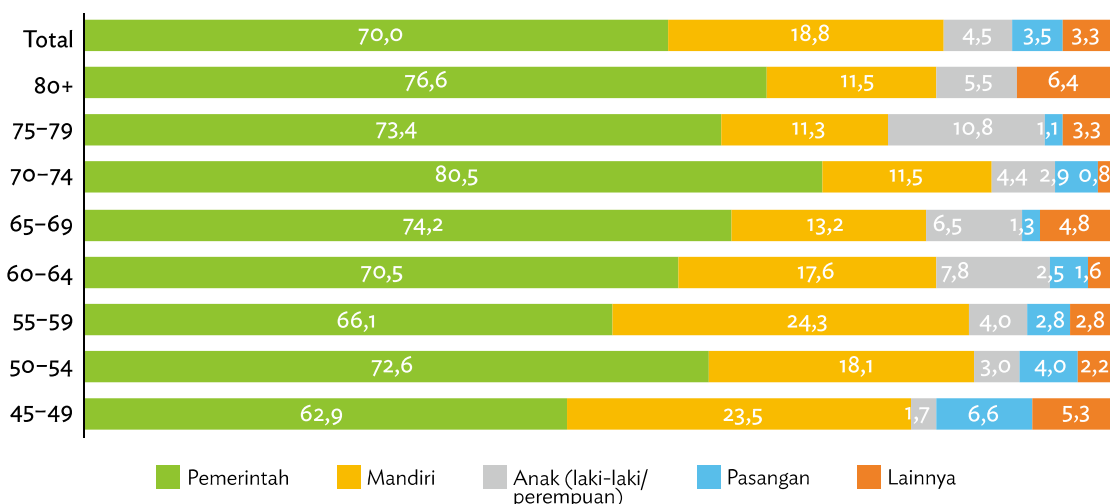
Gambar 6.25: Tipe Kepemilikan Asuransi Kesehatan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Catatan: Jawaban lebih dari satu.

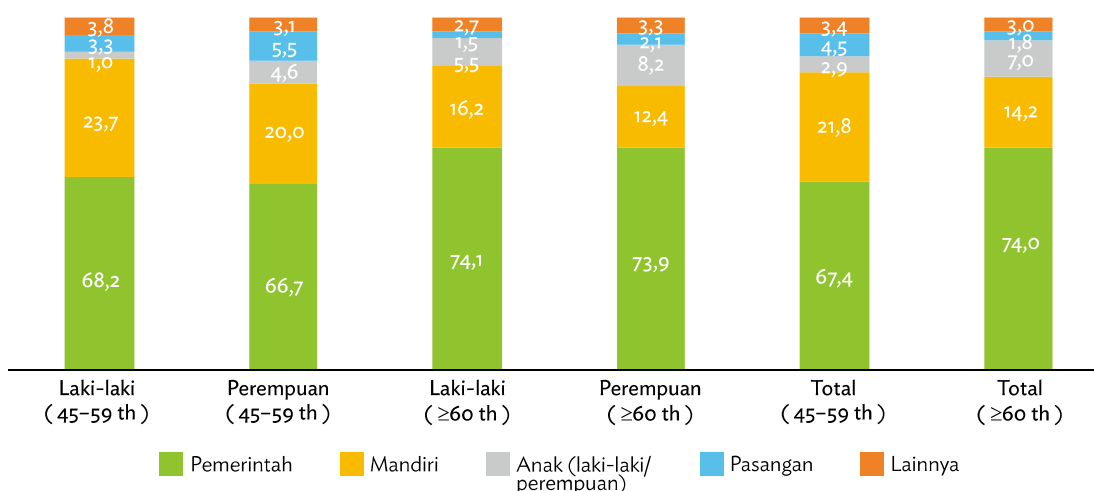
Dari responden yang memiliki asuransi, mayoritas (70%) dibiayai oleh pemerintah, sementara 18,8% responden menggunakan skema pembayaran mandiri. Asuransi yang dibiayai sendiri merupakan jenis pertanggungans yang dominan bagi pra-lanjut usia dan lanjut usia yang tidak ditanggung oleh pemerintah (Gambar 6.26 dan Gambar 6.27). Namun, sejumlah besar lanjut usia menerima dukungan keuangan dari anak-anak mereka (Gambar 6.27).

Gambar 6.26: Sumber Pembiayaan Asuransi Kesehatan menurut Kelompok Umur (%)



Catatan: Lainnya termasuk kerabat, pemberi kerja, tempat kerja sekarang, atau tempat kerja sebelumnya.

Gambar 6.27: Sumber Pembiayaan Asuransi Kesehatan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

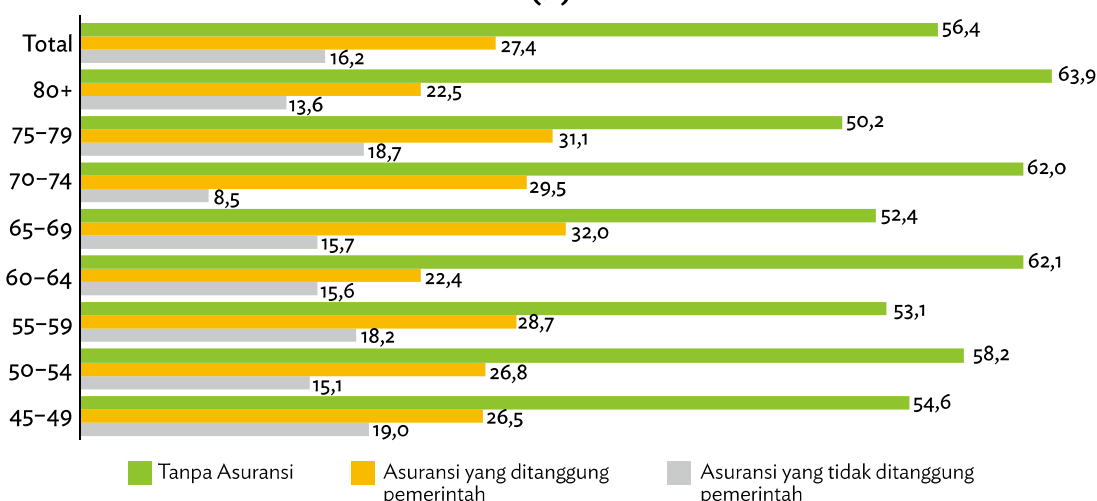


Catatan: Lainnya termasuk kerabat, pemberi kerja, tempat kerja sekarang, atau tempat kerja sebelumnya.

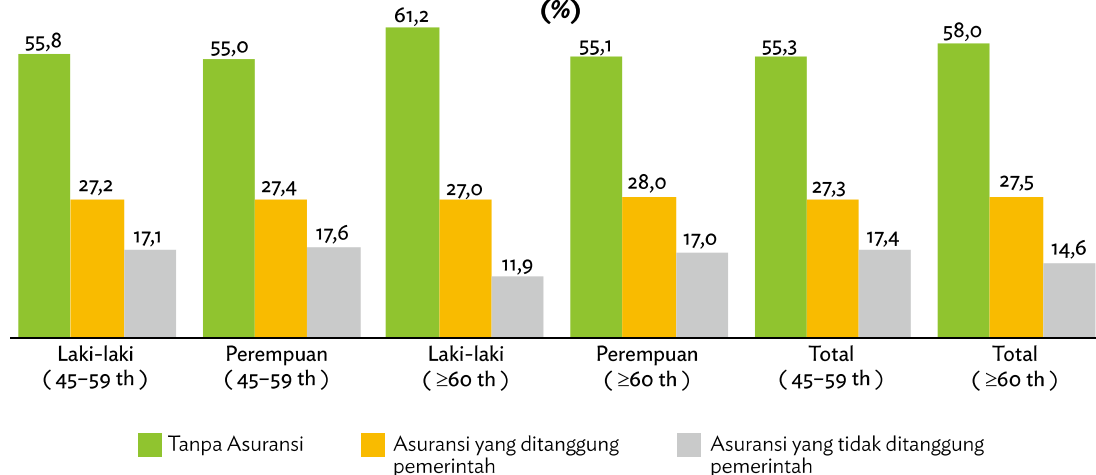
Pemanfaatan Asuransi Kesehatan untuk Pengobatan Rawat Jalan

Dalam studi ILAS, responden ditanya tentang asuransi atau kepemilikan jaminan sosial yang mereka gunakan untuk membayar biaya pengobatan rawat jalan. Klasifikasi asuransi tetap sama dengan kategori yang disebutkan sebelumnya, yang meliputi (i) asuransi yang ditanggung pemerintah (seperti Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (BPJS PBI), dan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda); dan (ii) asuransi yang tidak ditanggung pemerintah (termasuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Bukan Penerima Bantuan Iuran (BPJS Non-PBI), asuransi swasta, dan asuransi perusahaan atau kantor). Lebih dari 50% dari mereka yang melakukan rawat jalan tidak menggunakan asuransi. Biasanya, pra-lanjut usia dan lanjut usia yang melakukan rawat jalan sering tidak memiliki asuransi untuk biaya pengobatan (Gambar 6.28 dan Gambar 6.29).

Gambar 6.28: Jenis Asuransi Kesehatan yang Digunakan untuk Perawatan Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 6.29: Jenis Asuransi Kesehatan yang Digunakan untuk Perawatan Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Sebagian besar pra-lanjut usia dan lanjut usia menanggung biaya rawat jalan dari dana pribadi, yakni sebesar 51,9% dengan biaya rata-rata Rp114.694 (sekitar \$7) dan pengeluaran maksimal Rp3.000.000 (sekitar \$191). Biaya rawat jalan tertinggi ditanggung oleh orang lain dan asuransi, dengan jumlah rata-rata Rp399.960 (sekitar \$24) (Tabel 6.2).

Berdasarkan data kepemilikan asuransi di ILAS, sejumlah besar responden (31,0%) tetap tidak memiliki asuransi kesehatan (lihat bagian Kepemilikan Asuransi di atas atau Gambar 6.24), sementara mayoritas responden pra-lanjut usia dan lanjut usia memilih pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan swasta (lihat Gambar 6.9 dan Gambar 6.10). Selain itu, setengah dari responden ILAS membayar biaya pelayanan rawat jalan menggunakan dana mereka sendiri (Tabel 6.2). Jelas bahwa pemanfaatan asuransi kesehatan di antara responden rawat jalan masih minim. Meskipun biaya *out-of-pocket* (OOP) telah menurun di Indonesia, biaya tersebut masih mencapai sepertiga dari total belanja kesehatan negara ini pada tahun 2020. WHO merekomendasikan bahwa OOP idealnya tidak melebihi 20% dari total belanja kesehatan (Kementerian Kesehatan Indonesia 2022). Dampak buruk OOP meningkatkan tingkat kemiskinan, tetapi memiliki perlindungan asuransi terhadap pengeluaran yang sangat besar (Fattah et al. 2023). Hal ini menekankan perlunya asuransi kesehatan universal guna memastikan akses ke layanan perawatan kesehatan tanpa hambatan ekonomi yang disebabkan oleh masalah kesehatan.

Tabel 6.2: Pembayaran dan Biaya Rerata/Median untuk Pelayanan Rawat Jalan dalam 12 Bulan Terakhir

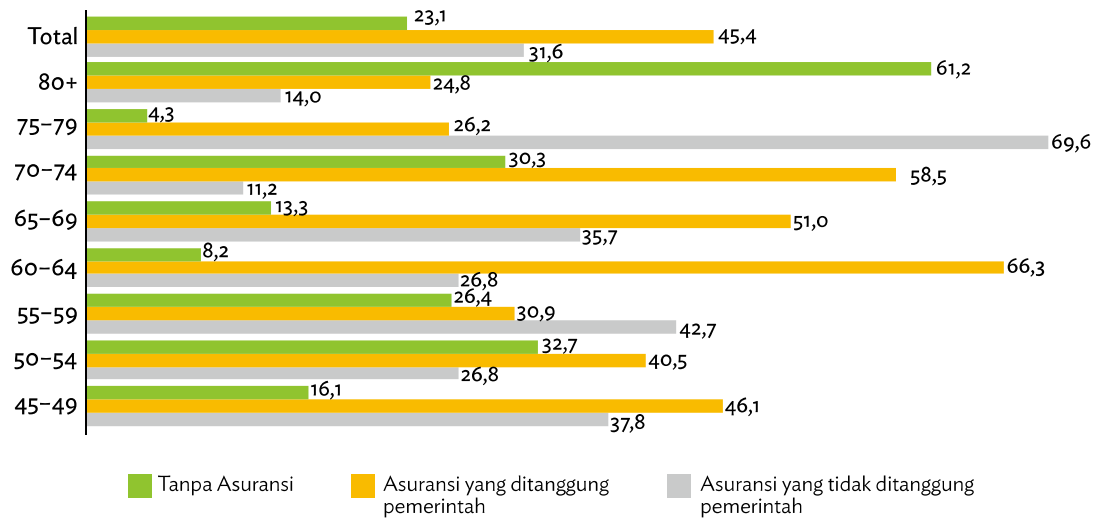
Pembiayaan Rawat Jalan	N	%	Min (Rp)	Maks (Rp)	Rerata (Rp)	Median (Rp)
Mandiri	1.023	51,9	1.000	3.000.000	114.694	70.000
Dibayari orang lain	119	6,0	25.000	4.000.000	157.510	70.000
Mandiri dan asuransi	208	10,5	2.500	1.500.000	136.199	75.000
Dibayari orang lain dan asuransi	18	0,9	20.000	1.500.000	399.960	120.000
Ditanggung asuransi*	619	31,4				

*Menggunakan asuransi, jaminan sosial, atau dibayar oleh pemberi kerja atau kantor.

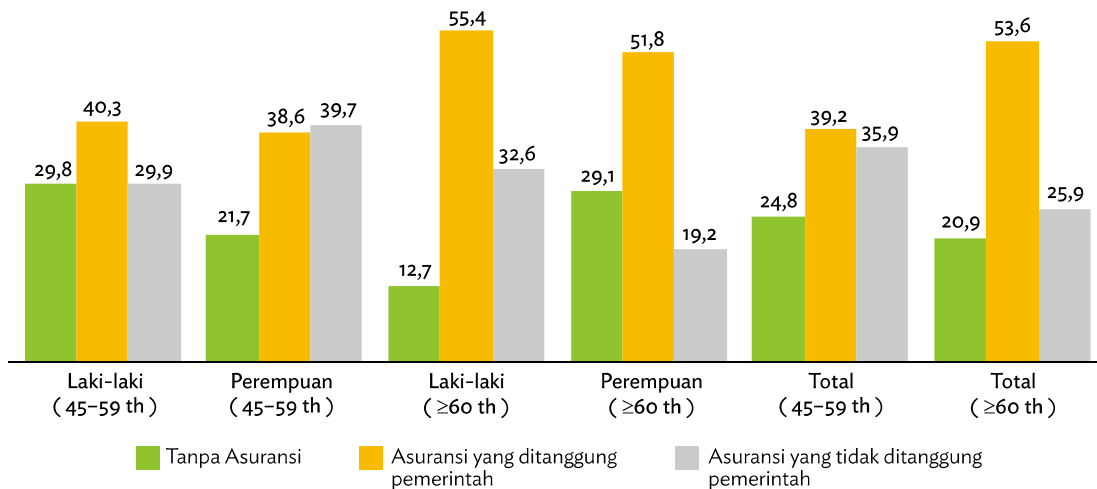
Pemanfaatan Asuransi Kesehatan untuk Pelayanan Rawat Inap

Selain biaya rawat jalan, responden ILAS juga ditanya tentang asuransi atau kepemilikan jaminan sosial yang digunakan untuk pelayanan rawat inap. Klasifikasi asuransi tidak berubah: asuransi yang ditanggung pemerintah (BPJS PBI dan Jamkesda) dan asuransi yang tidak ditanggung pemerintah (BPJS Non-PBI, asuransi swasta, dan perusahaan atau kantor). Sebagian besar pra-lanjut usia dan lanjut usia menggunakan asuransi yang ditanggung pemerintah untuk pelayanan rawat inap (BPJS PBI dan Jamkesda) (Gambar 6.30 dan Gambar 6.31). Namun, sebagian besar lanjut usia dalam kelompok umur 75–79 tahun menanggung biaya pelayanan rawat inapnya melalui asuransi nonpemerintah, sementara sebagian besar lanjut usia berumur 80 tahun ke atas tidak menggunakan asuransi (Gambar 6.30). Proporsi lanjut usia yang telah menggunakan asuransi yang ditanggung pemerintah untuk pelayanan rawat inap lebih tinggi daripada pra-lanjut usia (Gambar 6.31).

Gambar 6.30: Jenis Asuransi Kesehatan yang Digunakan untuk Perawatan Rawat Inap menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 6.31: Jenis Asuransi Kesehatan yang Digunakan untuk Perawatan Rawat Inap menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Biaya pelayanan rawat inap yang paling signifikan disebabkan oleh pembayaran yang dilakukan oleh orang lain dan asuransi, yaitu rata-rata Rp7.053.349 (sekitar \$449). Pembayaran secara mandiri dan asuransi secara bersama-sama menanggung biaya pelayanan rawat inap maksimum sebesar Rp27.500.000 (sekitar \$1.751) (Tabel 6.3).

Tabel 6.3: Pembayaran dan Biaya Rata-rata/Median untuk Pelayanan Rawat Inap dalam 12 Bulan Terakhir

Pembiayaan Rawat Inap	N	%	Min (Rp)	Maks (Rp)	Rerata (Rp)	Median (Rp)
Mandiri	45	17,0	200.000	25.000.000	5.465.623	2.000.000
Dibayari orang lain	25	9,6	300.000	20.000.000	3.440.986	1.750.000
Mandiri dan asuransi	23	8,7	160.000	27.500.000	2.931.754	1.500.000
Dibayari orang lain dan asuransi	5	2,1	250.000	15.000.000	7.053.349	5.000.000
Ditanggung asuransi*	169	63,9				

* Menggunakan asuransi, jaminan sosial, atau dibayar oleh majikan atau kantor.

Catatan: Rata-rata atau median biaya pelayanan rawat inap untuk orang lanjut usia yang dibayar oleh orang lain dan asuransi adalah Rp5.000.000 (sekitar \$318) yang disebabkan oleh adanya dua kasus yang membayar hingga Rp15.000.000 (sekitar \$955) untuk operasi mioma rahim dan pelayanan rawat inap karena kanker.

Kebutuhan Perawatan Jangka Panjang

Kebutuhan Perawatan Jangka Panjang

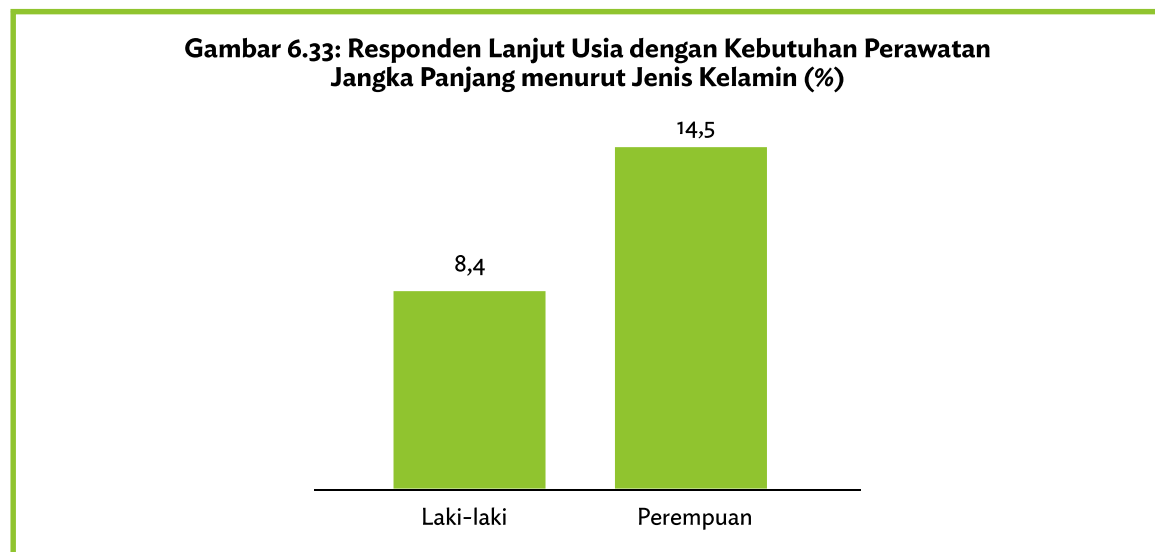
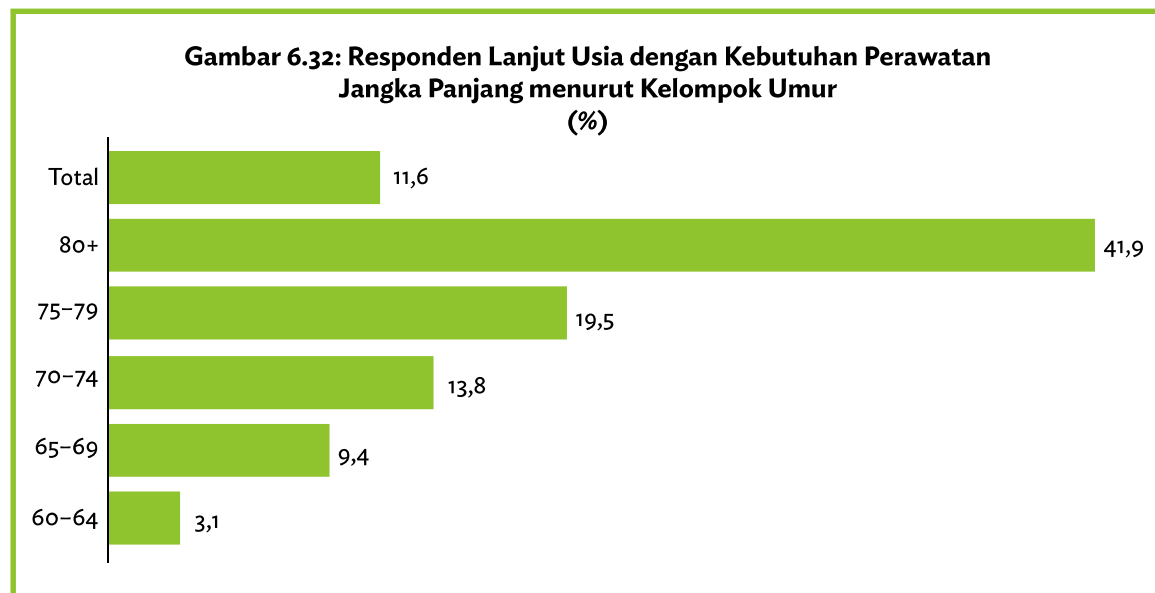
Klasifikasi seseorang sebagai pemerlu perawatan jangka panjang (PJP) ditentukan dengan menilai ADL dan IADL mereka (Tabel 6.4). Penilaian ADL menunjukkan ketergantungan sedang, berat, atau total yang menandakan berbagai tingkatan kebutuhan untuk melakukan perawatan diri dasar. Penilaian ini dibarengi dengan penilaian IADL yang menunjukkan kebutuhan untuk bantuan (baik kadang-kadang atau selalu) atau tidak mampu melakukan tugas-tugas seperti mengatur keuangan, memasak, atau kegiatan terkait transportasi secara mandiri (Kementerian Kesehatan Indonesia 2018). Ketergantungan dalam kategori ADL dan IADL ini menggarisbawahi perlunya perawatan dan dukungan yang konsisten dan komprehensif, yang biasanya tersedia di fasilitas PJP.

Tabel 6.4: Klasifikasi Orang dengan Kebutuhan Perawatan Jangka Panjang

Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADL) <ul style="list-style-type: none"> Ketergantungan sedang Ketergantungan parah Ketergantungan total 	DAN	Aktivitas Instrumental Kehidupan Sehari-hari (IADL) <ul style="list-style-type: none"> Butuh bantuan (kadang-kadang) Butuh bantuan (selalu) Tidak mampu melakukan secara mandiri 	LANJUT USIA MEMBUTUHKAN PERAWATAN JANGKA PANJANG
ADL <ul style="list-style-type: none"> Mandiri Ketergantungan sedang 	DAN	IADL <ul style="list-style-type: none"> Mandiri 	LANJUT USIA AKTIF

Sumber: Kementerian Kesehatan Indonesia. 2018. Pedoman untuk Puskesmas dalam Perawatan Jangka Panjang bagi Lanjut usia) (dalam Bahasa Indonesia).

ILAS menemukan bahwa 11,6% lanjut usia memerlukan layanan PJP dan proporsi ini meningkat seiring bertambahnya usia (Gambar 6.32). Empat puluh dua persen dari mereka yang berumur 80 tahun ke atas tergolong membutuhkan PJP. Lanjut usia perempuan membutuhkan PJP hampir dua kali lipat lebih banyak daripada lanjut usia laki-laki. Menurut data ILAS, perempuan lebih membutuhkan layanan PJP daripada laki-laki (Gambar 6.33).

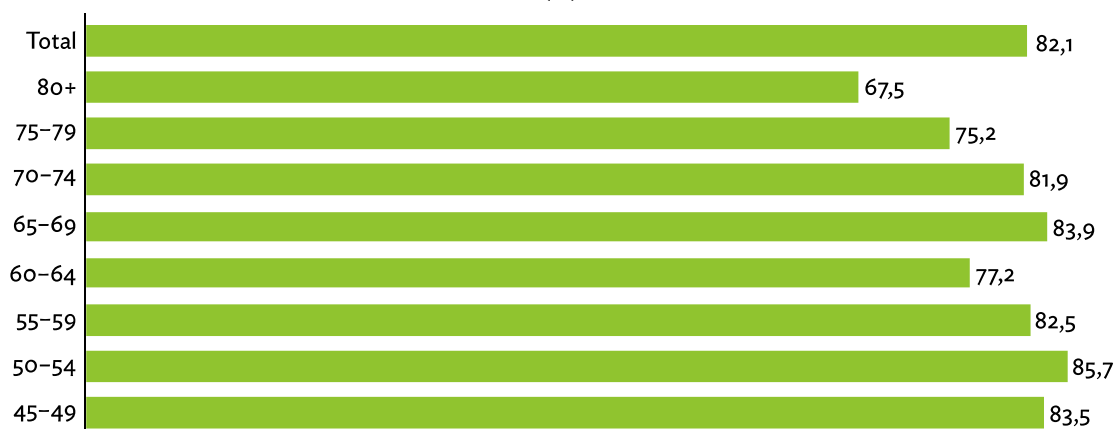


Perspektif Responden tentang Fasilitas dan Layanan bagi Lanjut Usia

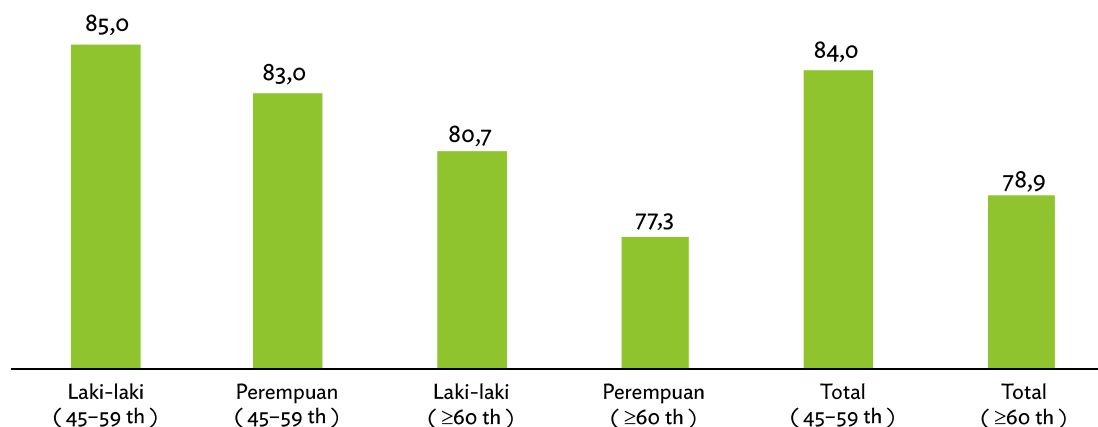
ILAS menanyakan pendapat responden tentang tersedianya fasilitas bagi lanjut usia dengan mengajukan pertanyaan, “Menurut Anda, apakah adanya perumahan/kompleks khusus untuk lanjut usia dengan pelayanan ramah lanjut usia (misalnya pusat layanan untuk lanjut usia baik milik pemerintah maupun swasta, perumahan/kompleks khusus untuk lanjut usia, panti wredha, dll.), baik atau tidak?”.

Secara keseluruhan, 82,1% responden berumur 45 tahun ke atas mendukung konsep perumahan/kompleks khusus untuk lanjut usia dengan layanan ramah lansia (Gambar 6.34). Proporsi responden pra-lanjut usia yang berpandangan positif tentang kompleks layanan ramah lansia melebihi responden lanjut usia (Gambar 6.34 dan Gambar 6.35).

Gambar 6.34: Responden dengan Perspektif Positif terkait Perumahan atau Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur (%)

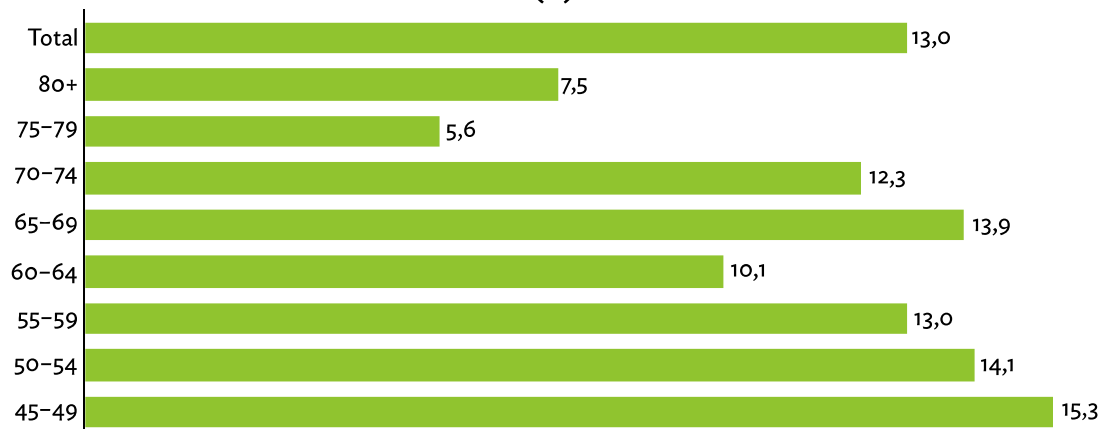


Gambar 6.35: Responden dengan Perspektif Positif terkait Perumahan atau Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

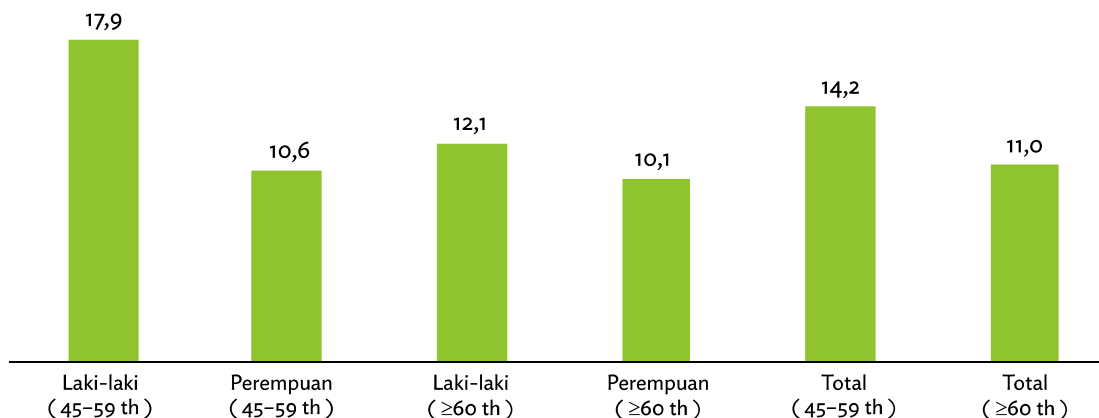


ILAS juga menanyakan kesiapan responden untuk tinggal di fasilitas khusus lanjut usia dengan pertanyaan, “Apakah Anda menyiapkan diri/bersedia untuk tinggal di perumahan/kompleks khusus untuk lanjut usia dengan pelayanan ramah lanjut usia (misalnya pusat layanan untuk lanjut usia baik milik pemerintah maupun swasta, perumahan/kompleks khusus untuk lanjut usia, panti wredha, dll.)?” Hanya sebagian kecil responden yang siap atau bersedia tinggal di perumahan/kompleks khusus untuk lanjut usia (13,0%) (Gambar 6.36). Kesiadaan lanjut usia generasi berikutnya (saat ini berumur 45–59 tahun) untuk tinggal di kompleks dengan layanan ramah lansia melebihi responden lanjut usia (60 tahun ke atas) yaitu sebesar 14,2%, meskipun persentase ini masih bisa dianggap rendah (Gambar 6.37). Persentase laki-laki yang bersedia tinggal di kompleks tersebut lebih tinggi daripada perempuan (Gambar 6.37).

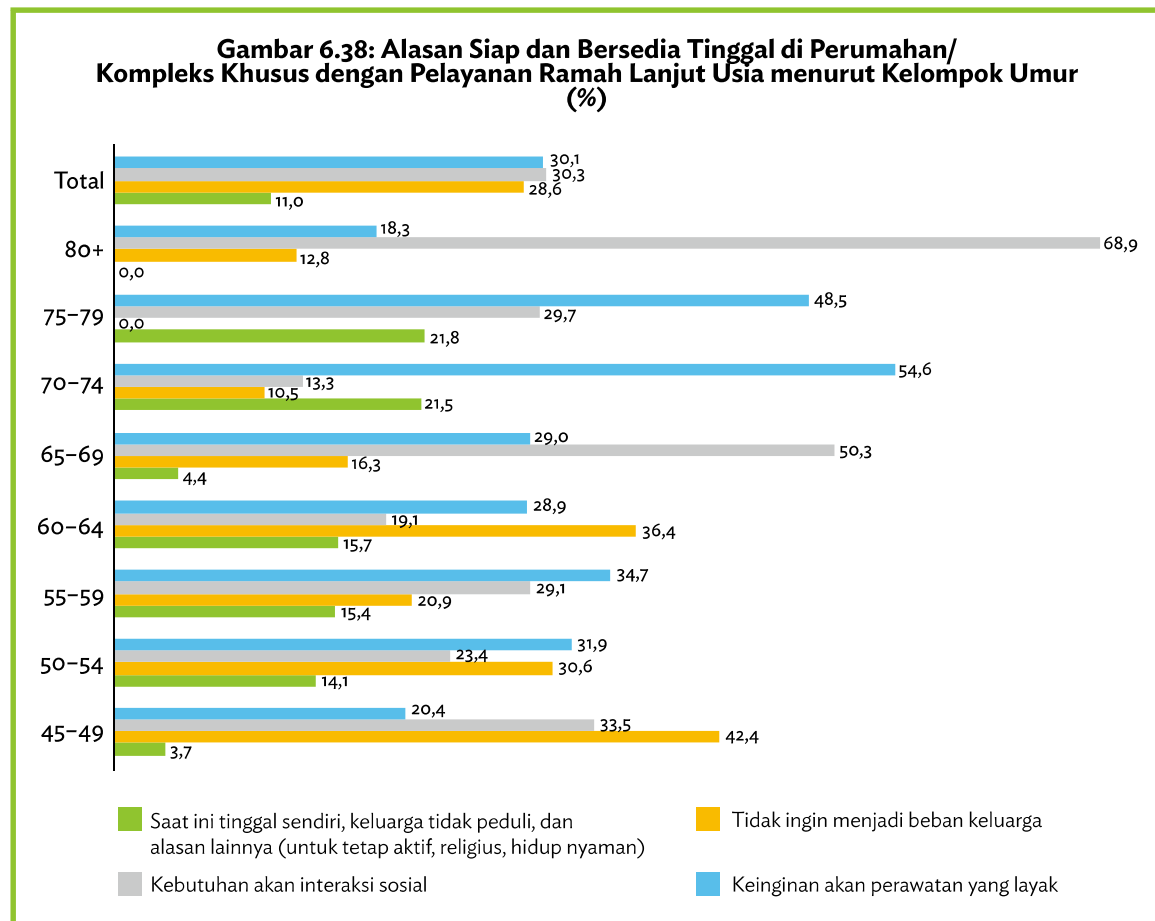
Gambar 6.36: Kesiapan atau Kesiadaan Responden Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 6.37: Kesiapan atau Kesiadaan Responden Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

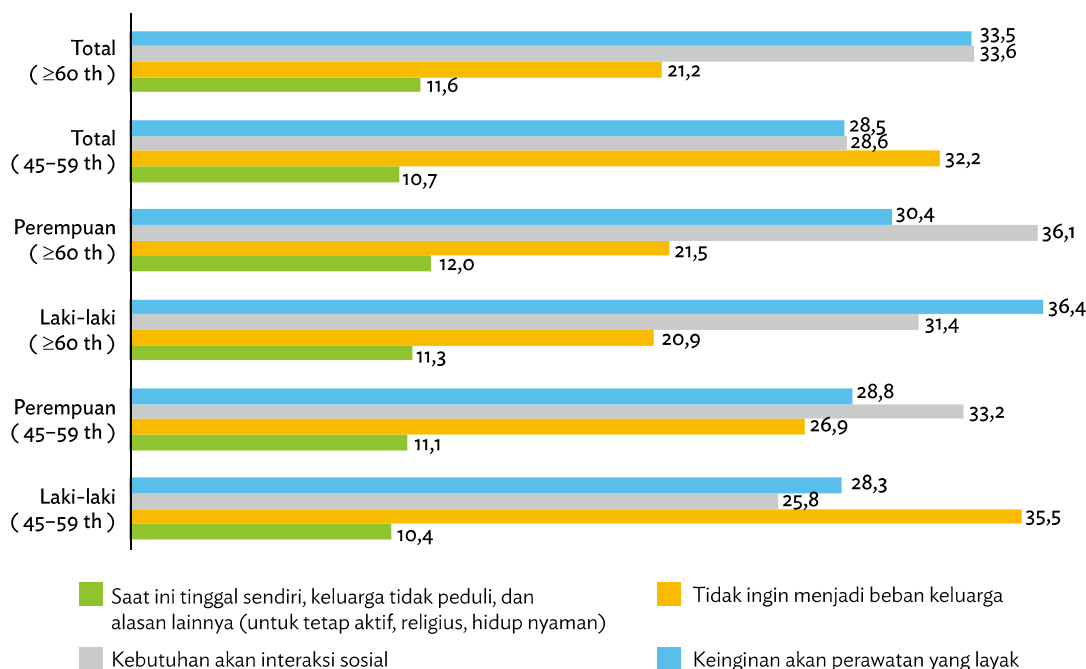


Keinginan untuk mendapatkan perawatan yang tepat (30%) dan kebutuhan untuk berinteraksi sosial serta berteman (30%) merupakan alasan utama mengapa orang memilih untuk tinggal di perumahan ramah lanjut usia dengan layanan khusus (Gambar 6.38). Lebih banyak responden berumur 65 tahun ke atas menyebutkan kebutuhan untuk berinteraksi sosial sebagai alasan untuk bersiap diri dan bersedia tinggal di perumahan khusus, dengan 69% responden berumur 80 tahun ke atas menyatakan hal ini.



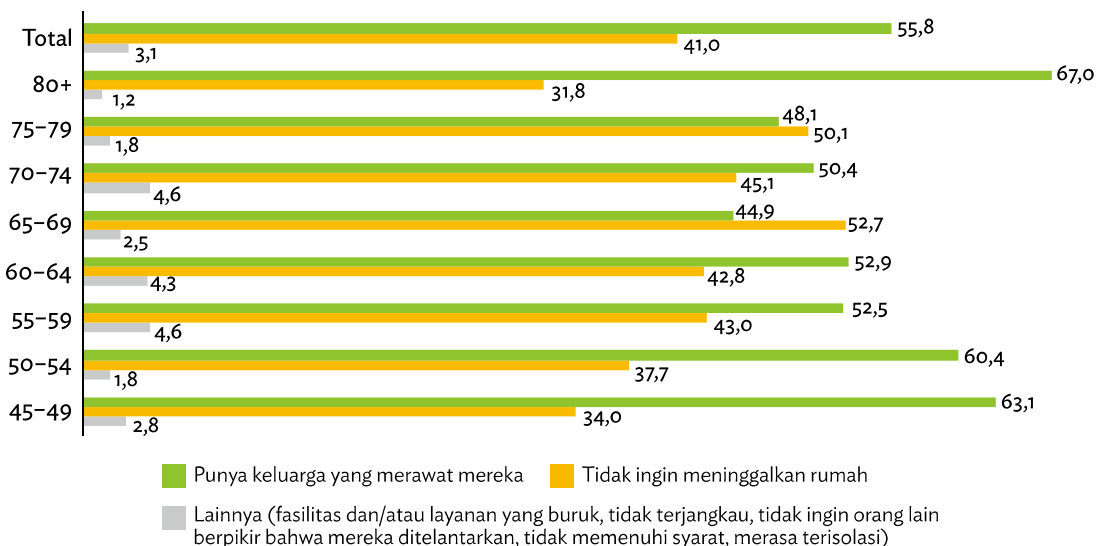
Para lanjut usia tertarik pada kompleks/perumahan perawatan yang ramah lanjut usia terutama karena "kebutuhan untuk berinteraksi sosial." Sebaliknya, orang yang berumur antara 45 dan 59 tahun termotivasi oleh tujuan untuk tidak menjadi beban bagi keluarganya (Gambar 6.39). Selain itu, perempuan tertarik pada perumahan/kompleks yang ramah lanjut usia karena keinginan mereka untuk bersosialisasi. Laki-laki yang berumur antara 45 dan 59 tahun terutama termotivasi oleh keinginan untuk tidak menjadi beban bagi keluarganya. Bagi para lanjut usia, hal ini merupakan keinginan untuk mendapatkan perawatan yang baik (Gambar 6.39).

Gambar 6.39: Alasan Siap dan Bersedia Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

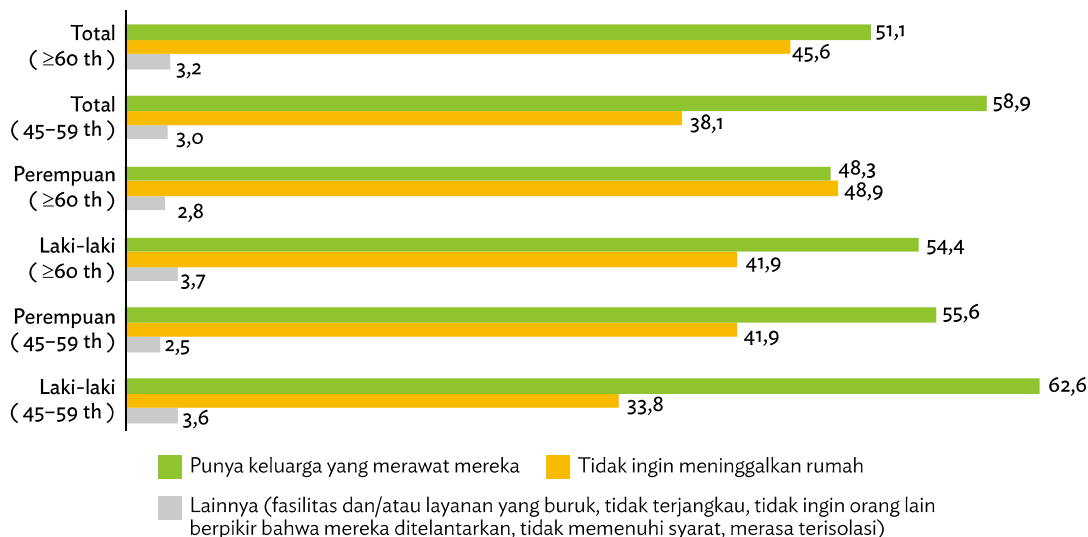


Sementara itu, di antara mereka yang mengatakan tidak siap atau tidak mau tinggal di perumahan khusus, 56% menyatakan masih ada keluarga yang merawat mereka, sementara 41% mengatakan tidak ingin meninggalkan rumah mereka (Gambar 6.40 dan Gambar 6.41). Para perempuan (terutama lanjut usia) tidak mau tinggal di kompleks tersebut terutama karena mereka “tidak ingin meninggalkan/pindah rumah.”

Gambar 6.40: Alasan Tidak Siap dan Tidak Bersedia Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur (%)

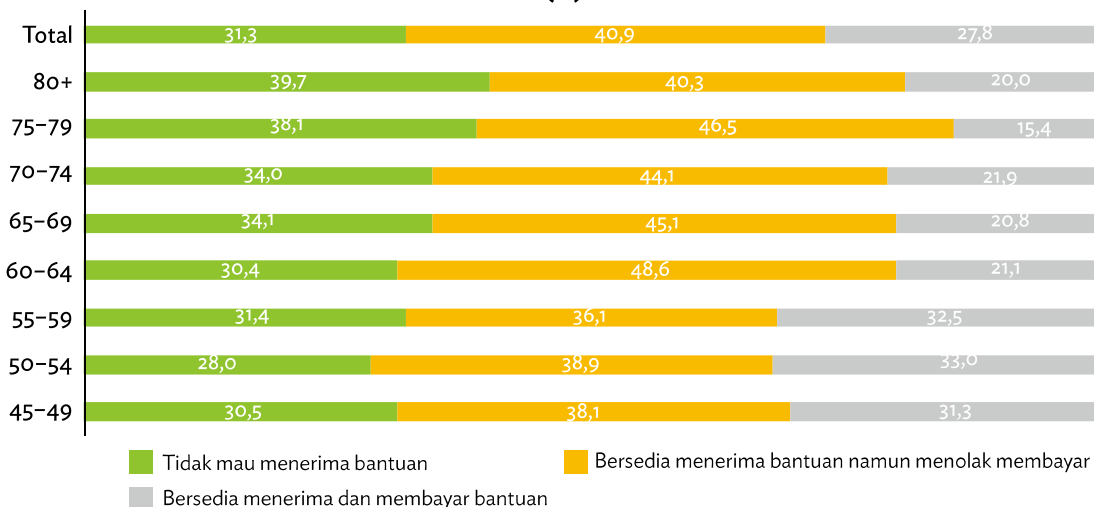


Gambar 6.41: Alasan Tidak Siap dan Tidak Bersedia Tinggal di Perumahan/ Kompleks Khusus dengan Pelayanan Ramah Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

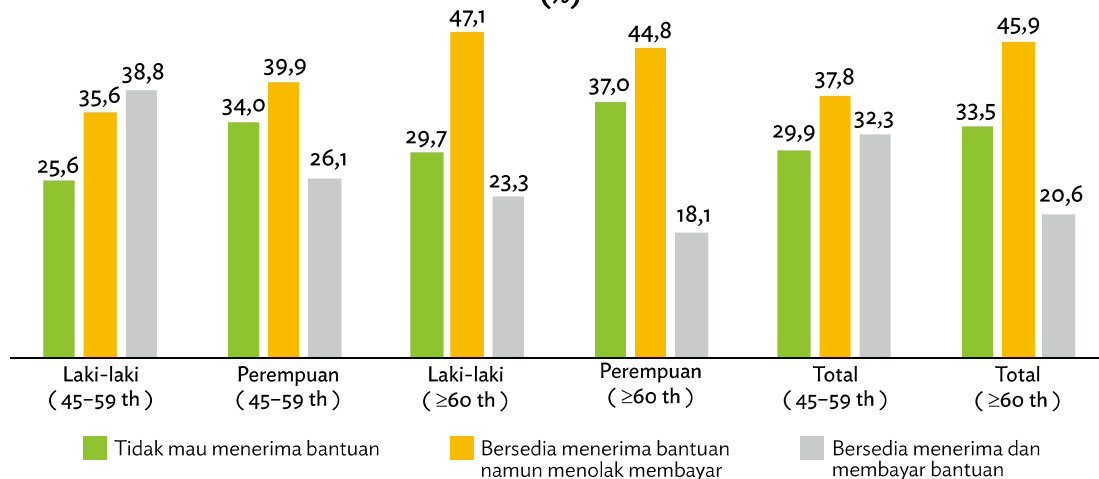


ILAS menanyakan tentang kesediaan responden untuk menggunakan layanan/bantuan kunjungan di rumah pada usia lanjutnya. Mereka yang setuju untuk menerima layanan tersebut ditanya tentang kesediaan mereka untuk membayar. Generasi lanjut usia mendatang (usia 45-59 tahun) lebih bersedia menggunakan dan membayar layanan kunjungan di rumah daripada generasi lanjut usia saat ini (usia 60 tahun ke atas) (Gambar 6.42 dan Gambar 6.43). Laki-laki lebih bersedia menggunakan dan membayar layanan tersebut daripada perempuan.

Gambar 6.42: Kesediaan Menggunakan Layanan/Bantuan Kunjungan Rumah Saat Berusia Lanjut menurut Kelompok Umur (%)



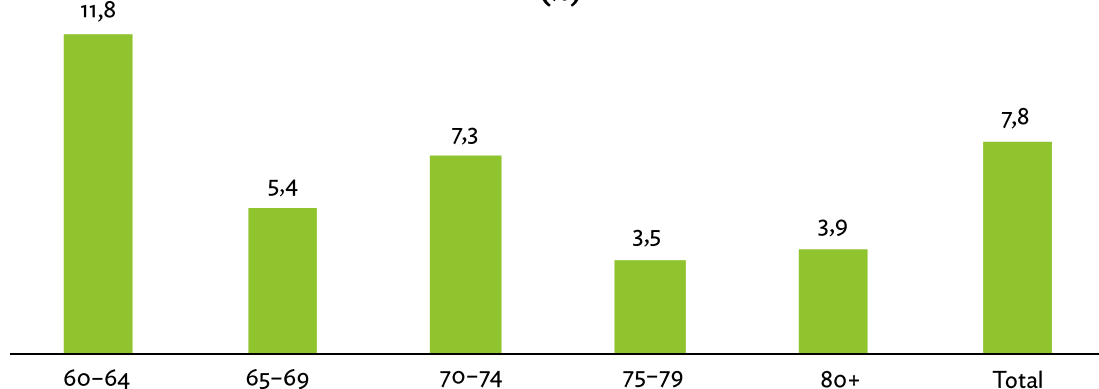
Gambar 6.43: Kesiediaan Menggunakan Layanan/Bantuan Kunjungan Rumah Saat Berusia Lanjut menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



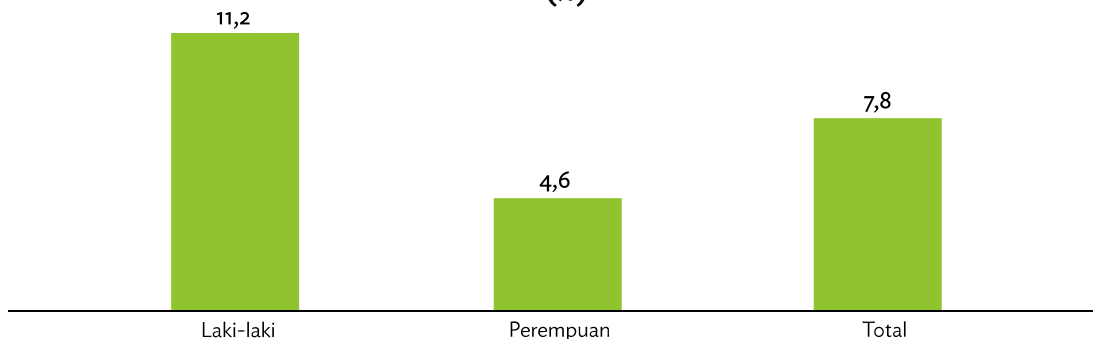
Profil Para Pemberi Rawat Lanjut usia

ILAS mengumpulkan data tentang orang-orang yang merawat lanjut usia 60 tahun ke atas (dengan atau tanpa kebutuhan perawatan). Hasilnya menunjukkan bahwa 7,8% lanjut usia tidak memiliki pemberi rawat (Gambar 6.44), dengan persentase lebih tinggi untuk laki-laki (11,2%) daripada perempuan (4,6%) dan di antara responden yang berumur 60 hingga 64 tahun (12%) (Gambar 6.45). Pemilahan data lebih lanjut menunjukkan bahwa sekitar 2,7% dari mereka yang membutuhkan PJP tidak memiliki pemberi rawat (Gambar 6.46).

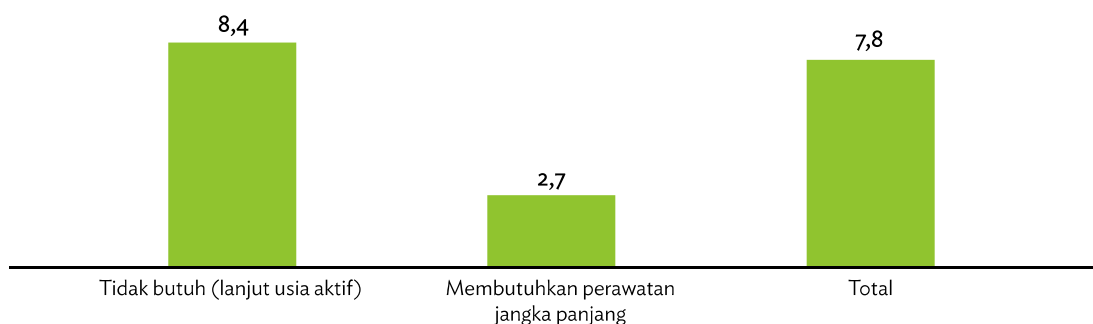
Gambar 6.44: Lanjut Usia (60 Tahun ke Atas) Tanpa Pemberi Rawat menurut Kelompok Umur (%)



Gambar 6.45: Lanjut Usia (60 Tahun ke Atas) Tanpa Pemberi Rawat menurut Jenis Kelamin (%)

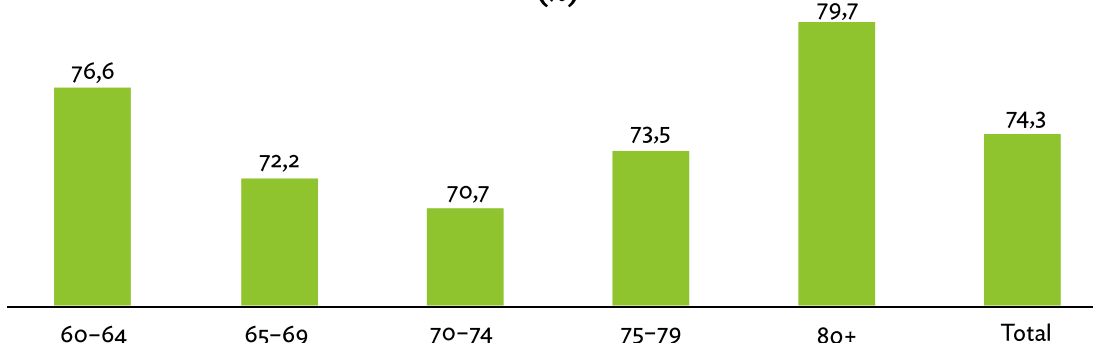


Gambar 6.46: Lanjut Usia (60 Tahun ke Atas) Tanpa Pemberi Rawat menurut Kebutuhan Perawatan Jangka Panjang (%)

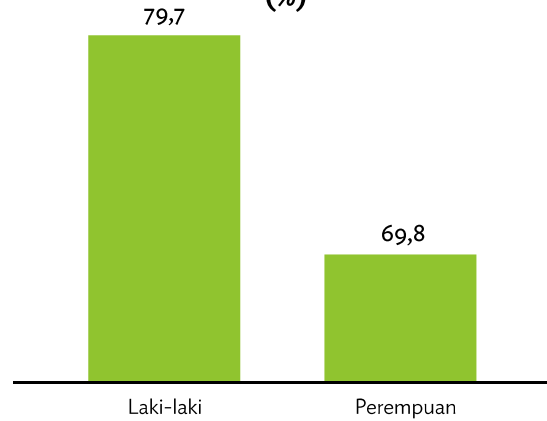


Anggota rumah tangga merupakan mayoritas pemberi rawat bagi lanjut usia, tanpa memandang umur lanjut usia (Gambar 6.47). Persentase pemberi rawat yang merupakan anggota rumah tangga lebih besar pada laki-laki dibandingkan pada perempuan (Gambar 6.48).

Gambar 6.47: Responden dengan Anggota Rumah Tangga sebagai Pemberi Rawat Utama menurut Kelompok Umur (%)

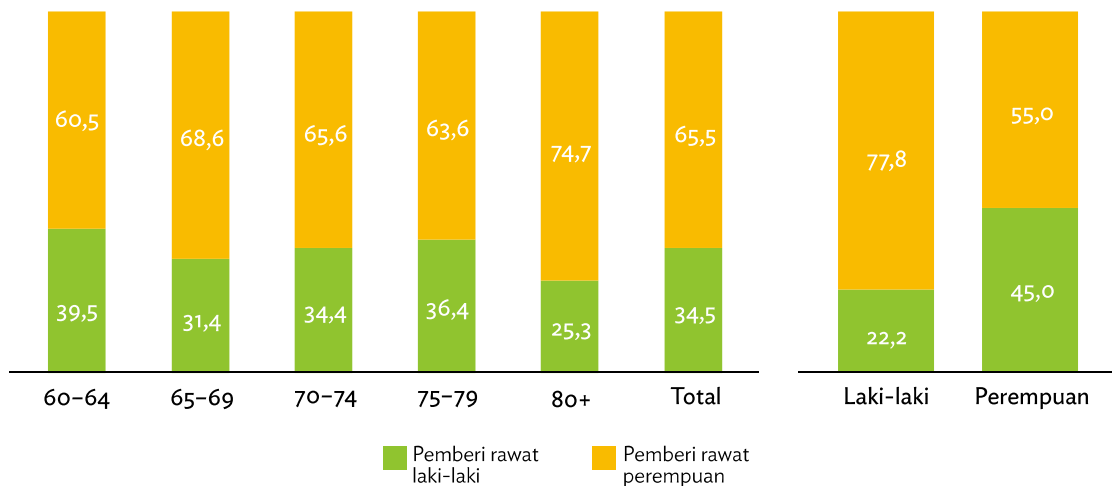


Gambar 6.48: Responden dengan Anggota Rumah Tangga sebagai Pemberi Rawat Utama menurut Jenis Kelamin (%)

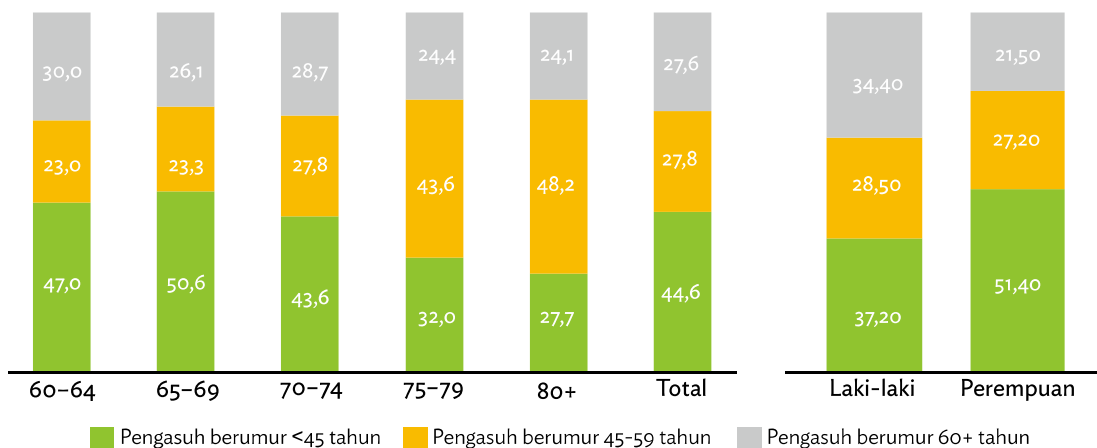


Mayoritas responden memiliki pemberi rawat perempuan, dan proporsinya lebih tinggi di antara lanjut usia laki-laki dibandingkan lanjut usia perempuan (Gambar 6.49). Mayoritas pemberi rawat berumur kurang dari 45 tahun, dengan persentase menurun seiring bertambahnya umur (Gambar 6.50). Sebagian besar pemberi rawat telah menyelesaikan sekolah dasar dan menengah serta telah menikah (Gambar 6.51 dan Gambar 6.52).

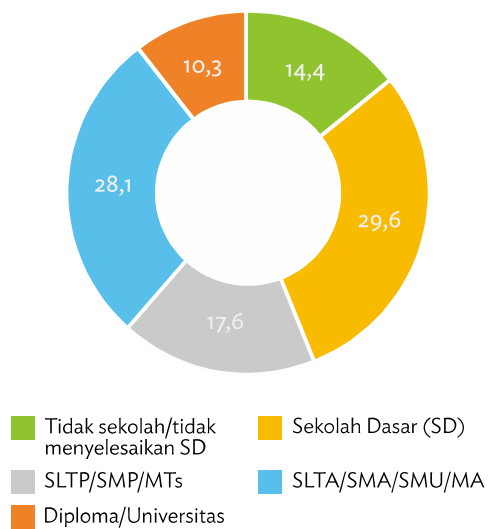
Gambar 6.49: Pemberi Rawat Utama Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin Lanjut Usia (%)



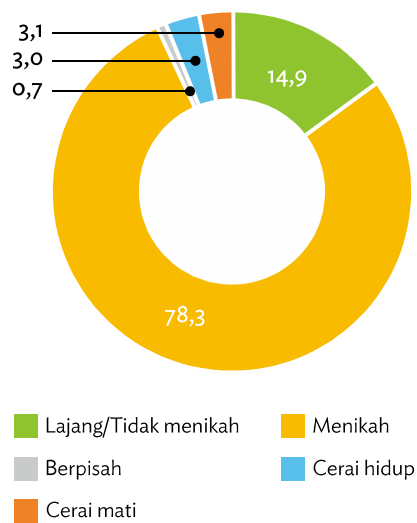
Gambar 6.50: Pemberi Rawat Utama Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin Lanjut Usia (%)



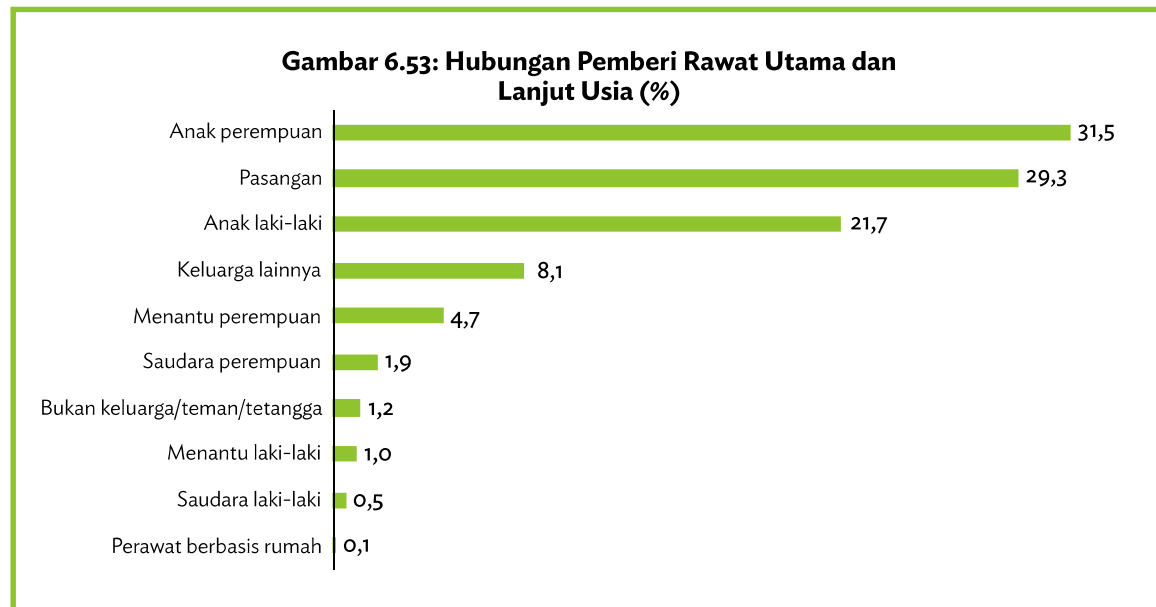
Gambar 6.51: Tingkat Pendidikan Pemberi Rawat Utama (%)



Gambar 6.52: Status Perkawinan Pemberi Rawat Utama (%)



Sebagian besar pemberi rawat lanjut usia merupakan anggota keluarga, dengan anak perempuan (31,5%), pasangan (29,3%), dan anak laki-laki (21,7%) sebagai kelompok yang paling umum (Gambar 6.53). Persentase lanjut usia yang dirawat oleh pemberi rawat formal sangat rendah, hanya 0,1% yang dibantu oleh pemberi rawat di rumah mereka sendiri.



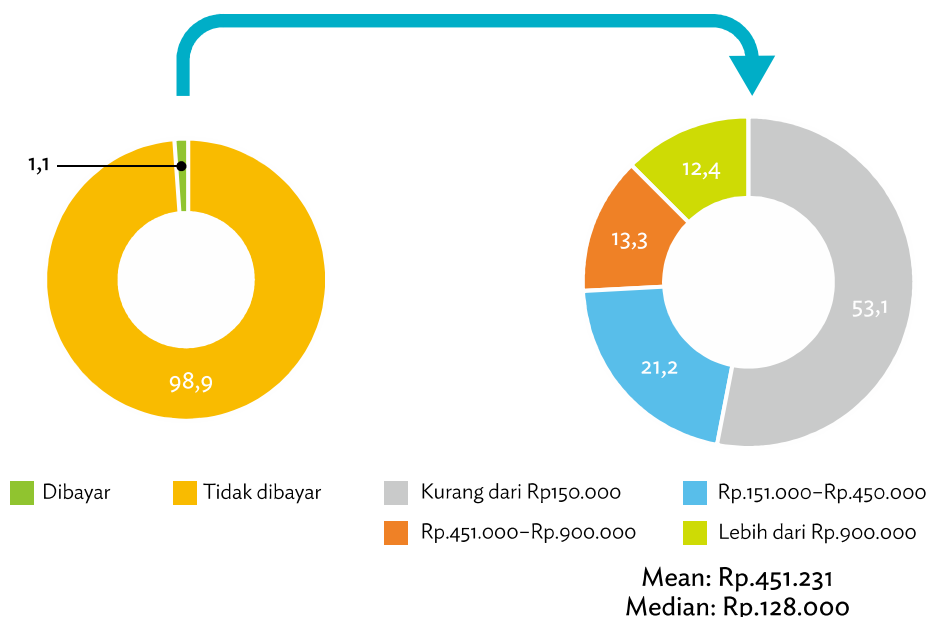
Waktu yang dihabiskan untuk merawat lanjut usia dibagi menjadi pemberi rawat rutin (setiap hari) dan pemberi rawat tidak rutin (kadang-kadang) (Tabel 6.5). Secara berkala, pemberi rawat rutin menghabiskan rata-rata 3,3 jam per hari untuk merawat lanjut usia, sedangkan pemberi rawat tidak rutin biasanya menghabiskan sekitar 3,9 jam per minggu.

Tabel 6.5: Waktu yang Dihabiskan oleh Pemberi Rawat Utama dalam Merawat Lanjut usia

Frekuensi Pemberi Rawat dalam Membantu/Merawat Lansia	%	Waktu rata-rata
Pemberi rawat rutin (setiap hari)	39,2	3,3 jam/hari
Tidak rutin (kadang-kadang)	60,8	3,9 jam/minggu

Dalam studi ILAS, hampir semua pemberi rawat (98,9%) memberikan layanan mereka tanpa menerima bayaran. Dari sejumlah kecil pemberi rawat berbayar yaitu 1,1% dari total, lebih dari setengahnya, 53,1%, melaporkan bahwa pendapatan bulanan mereka kurang dari Rp150.000 (sekitar \$9) (Gambar 6.54).

Gambar 6.54: Upah dan Gaji Pemberi Rawat Utama (%)



Tabel 6.6: Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan

No.	Temuan Utama	Rekomendasi Kebijakan
1	Hanya sekitar 35% responden yang menjalani pemeriksaan kesehatan, dengan sedikit perbedaan antara kelompok pra-lansia (34%) dan lanjut usia (36,9%), serta perempuan lebih cenderung menjalani pemeriksaan kesehatan daripada laki-laki.	Menyediakan fasilitas skrining yang nyaman dan mudah diakses seperti klinik atau Puskesmas keliling, demi mengurangi hambatan partisipasi.
2	Kebanyakan orang pada kelompok umur pra-lanjut usia dan lanjut usia yang tidak melakukan pemeriksaan kesehatan menyatakan bahwa mereka tidak melihat pentingnya pemeriksaan kesehatan (91,8%). Selain alasan “tidak penting/tidak perlu”, lebih banyak perempuan yang menyebutkan kurangnya transportasi sebagai alasan tidak menjalani pemeriksaan kesehatan.	Staf Puskesmas atau petugas kesehatan komunitas (Kader Posyandu) dapat menekankan manfaat deteksi dini dan pencegahan penyakit serta risiko kesehatan lainnya, kemudian menjelaskan cara kerja skrining kesehatan kepada pra-lanjut usia dan lanjut usia serta keluarga atau pemberi rawat. Kementerian Kesehatan juga dapat menyebarkan informasi yang relevan melalui jaringan telepon seluler atau televisi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya skrining kesehatan.
3	Untuk rawat jalan, persentase penduduk berumur 60 tahun ke atas (21,9%) yang menerima pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan tanpa pendamping lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang berumur 45–59 tahun (14,9%) dan untuk perempuan (21%–27%) dibandingkan dengan laki-laki (5%–16%).	Memperluas pilihan dan ketersediaan layanan kunjungan di rumah yang terjangkau, khususnya bagi lanjut usia yang tidak memiliki pemberi rawat dan memerlukan perawatan rawat jalan, demi memastikan mereka menerima perawatan dari profesional medis yang terlatih.

dilanjutkan pada halaman berikutnya

Tabel 6.6 lanjutan

No.	Temuan Utama	Rekomendasi Kebijakan
4	Sepertiga (31,0%) pra-lanjut usia dan lanjut usia tidak mempunyai asuransi, dengan proporsi pra-lanjut usia yang tidak mempunyai asuransi lebih tinggi dibandingkan dengan lanjut usia.	Meningkatkan promosi asuransi BPJS bagi pra-lanjut usia dan lanjut usia dengan menyediakan informasi lengkap tentang proses administrasi dan manfaatnya. Selain itu, menyederhanakan proses administrasi, terutama bagi mereka yang tinggal sendirian.
5	Mayoritas pra-lanjut usia dan lanjut usia (56,4%) yang menerima pelayanan rawat jalan membayar sendiri biaya pengobatan mereka karena mereka tidak mempunyai asuransi.	Meninjau cakupan asuransi bagi pra-lanjut usia dan lanjut usia yang saat ini belum memiliki asuransi dan melibatkan anggota keluarga atau pemberi rawat untuk membantu proses pendaftaran asuransi.
6	Hampir separuh, yakni 45,4%, pra-lanjut usia dan lanjut usia memanfaatkan asuransi yang diselenggarakan pemerintah, seperti BPJS PBI dan Jamkesda, untuk menanggung biaya rawat inap.	Meningkatkan jumlah atau kuota BPJS PBI dan meninjau data demi memastikan bahwa cakupan PBI cukup membantu individu yang menghadapi kendala keuangan.
7	Proporsi lanjut usia yang memerlukan perawatan jangka panjang (PJP) adalah 11,6%. Persentase yang memerlukan PJP di antara mereka yang berumur 80+ adalah 41,9% dan 14,5% di antara perempuan lanjut usia.	Memfasilitasi dan membangun mekanisme koordinasi antara penyedia layanan PJP di semua tingkatan (lokal, regional, dan nasional) merupakan langkah penting dalam rangka menciptakan sistem PJP terintegrasi. Memperluas cakupan PJP ke wilayah lebih luas demi menjangkau semua orang yang membutuhkan layanan. Meningkatkan lokasi proyek percontohan yang mereplikasi sistem PJP terpadu BAPPENAS.
8	Sebagian besar pra-lanjut usia dan lanjut usia memiliki pandangan positif terhadap perumahan dan kompleks yang ramah bagi lanjut usia dengan layanan yang ramah bagi lanjut usia (82,1%) dan sebagian bersedia tinggal di fasilitas ini (13,0%). Di antara mereka yang bersedia, 30% menyebutkan keinginan untuk menerima perawatan yang layak dan kesempatan bersosialisasi sebagai alasannya, sementara 11% bersedia tinggal di fasilitas tersebut karena alasan lain seperti tidak memiliki anggota keluarga yang merawat mereka.	Seluruh pemangku kepentingan, Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian Perekonomian, dan sektor swasta perlu berkolaborasi untuk menyediakan perumahan atau kompleks khusus yang ramah lanjut usia dengan harga terjangkau dan wajar guna memenuhi permintaan. Mengembangkan area dan fasilitas yang ramah bagi lanjut usia untuk meningkatkan kualitas hidup lanjut usia, seperti transportasi, area terbuka, perumahan, partisipasi sosial, dan lain-lain. Hal ini dapat dimulai dari unit masyarakat terkecil daripada mengurangi biaya untuk menyiapkan fasilitas tersebut. Meningkatkan jumlah kota ramah lanjut usia untuk meningkatkan kualitas hidup lanjut usia.
9	Persentase pra-lanjut usia dan lanjut usia yang bersedia menggunakan dan membayar layanan kunjungan di rumah tinggi (27,8%).	Demi memenuhi permintaan layanan kunjungan di rumah, layanan berbasis masyarakat dengan harga terjangkau yang didukung oleh semua pemangku kepentingan sangat dibutuhkan. Memperluas cakupan PJP untuk menjangkau semua orang yang membutuhkan.

dilanjutkan pada halaman berikutnya

Tabel 6.6 lanjutan

No.	Temuan Utama	Rekomendasi Kebijakan
10	Di antara lanjut usia yang menyatakan membutuhkan perawatan, 2,7% tidak tinggal dengan pemberi rawat dan tidak memiliki dukungan yang memadai.	<p>Pemantauan atau pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui kunjungan rumah harus dilakukan demi memastikan kesehatan fisik dan mental para lanjut usia, tanpa memandang apakah mereka berketergantungan atau sehat.</p> <p>Lanjut usia yang tinggal sendiri dan memiliki masalah kesehatan sebaiknya dipertimbangkan sebagai kandidat penerima PJP dari pemerintah.</p>
11	Sekitar 40% pemberi rawat memiliki tingkat pendidikan rendah, dengan 29,6% menamatkan sekolah dasar dan 14,4% tidak bersekolah atau tidak menamatkan sekolah dasar.	<p>Banyak pemberi rawat yang tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai tentang cara merawat lanjut usia. Pemberi rawat akan memperoleh manfaat dari pendidikan dan pelatihan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan primer atau organisasi kemasyarakatan seperti BKL, Posyandu Lansia, LKS, dan Layanan Lansia Terintegrasi Percontohan.</p> <p>Memberikan insentif untuk mendukung para pemberi rawat, terutama karena mereka dengan tingkat pendidikan rendah seringkali memiliki penghasilan terbatas, dan kemampuan mereka untuk bekerja dan memperoleh penghasilan menjadi terbatas ketika mereka bertanggung jawab untuk merawat lansia.</p>

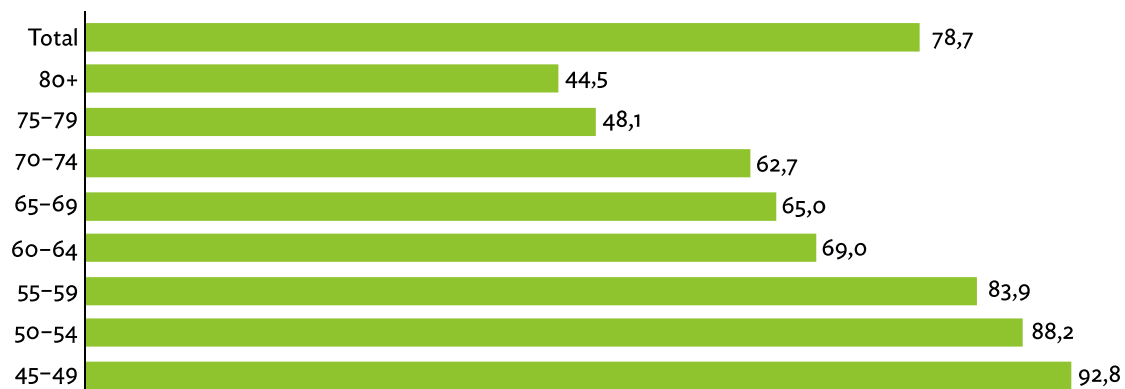
BKL = Bina Keluarga Lansia, BPJS = Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, LTC = long-term care, LKS = Lembaga Kesejahteraan Sosial, PBI = Penerima Bantuan Iuran.

7. PEMANFAATAN TEKNOLOGI, APLIKASI SELULER, DAN INKLUSI KEUANGAN

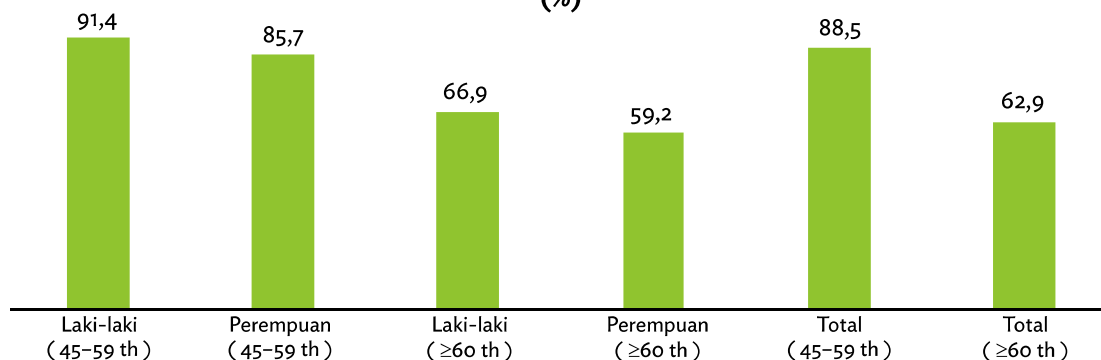
Akses dan Penggunaan Alat Komunikasi

Dalam ILAS, akses berarti memiliki atau, meskipun mereka tidak memilikinya, mereka mempunyai akses untuk menggunakannya. Lanjut usia, khususnya mereka yang berusia 75 tahun ke atas, melaporkan memiliki akses dan penggunaan telepon serta teknologi digital yang sangat terbatas. Data ILAS dengan jelas menunjukkan bahwa proporsi responden di bawah usia 60 tahun yang memiliki akses ke telepon secara konsisten jauh lebih besar daripada kelompok lanjut usia (Gambar 7.1). Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar lanjut usia pada dekade mendatang akan mengakses telepon seluler dan mungkin alat komunikasi lainnya. Hal ini juga menyiratkan bahwa moda komunikasi alternatif diperlukan untuk menjangkau kelompok lanjut usia saat ini. Secara umum, laki-laki cenderung memiliki akses ke telepon yang lebih tinggi daripada perempuan (Gambar 7.2).

Gambar 7.1: Akses Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/ Rumah) menurut Kelompok Umur (%)

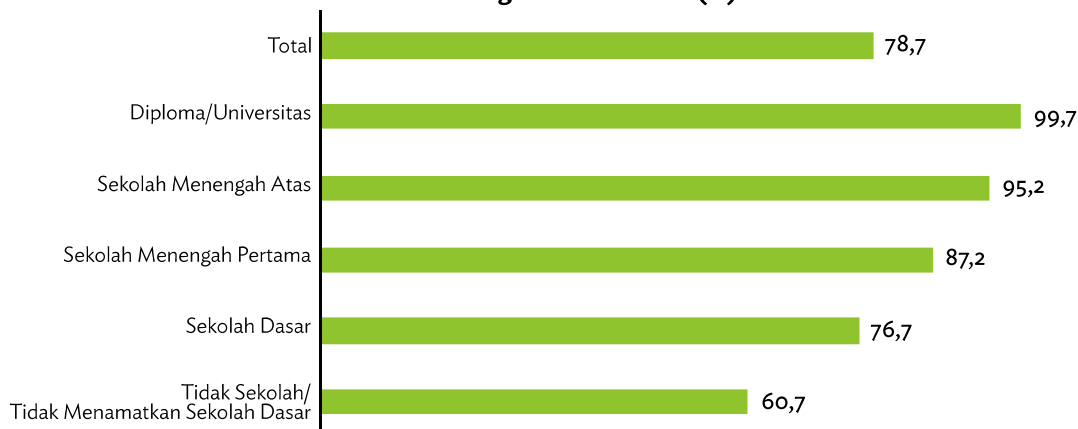


Gambar 7.2: Akses menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/ Rumah) menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

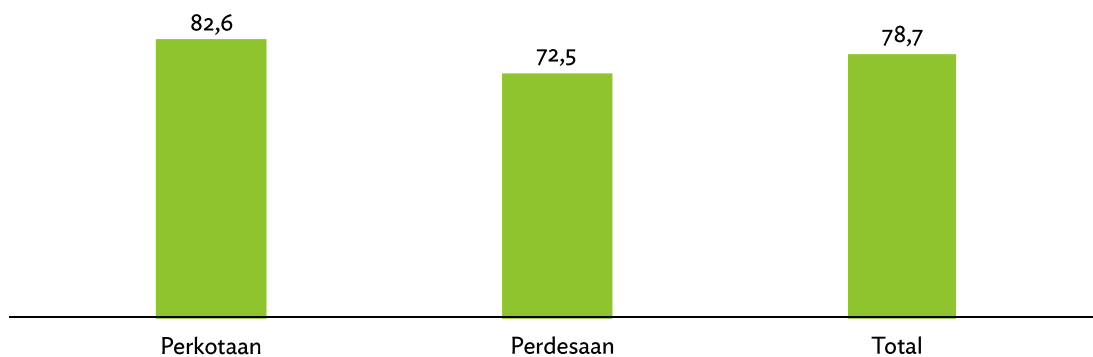


Responden dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki akses menggunakan telepon, seperti yang ditunjukkan oleh data ILAS bahwa pemilik gelar diploma atau universitas memiliki akses tertinggi, yaitu 99,7% dibandingkan dengan mereka yang tanpa pendidikan atau tidak tamat sekolah dasar, yaitu 60,7% (Gambar 7.3). Terkait dengan lokasi tempat tinggal, 82,6% yang tinggal di daerah perkotaan memiliki akses ke telepon sedangkan mereka yang tinggal di daerah perdesaan hanya 72,5% (Gambar 7.4).

Gambar 7.3: Akses Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) menurut Tingkat Pendidikan (%)

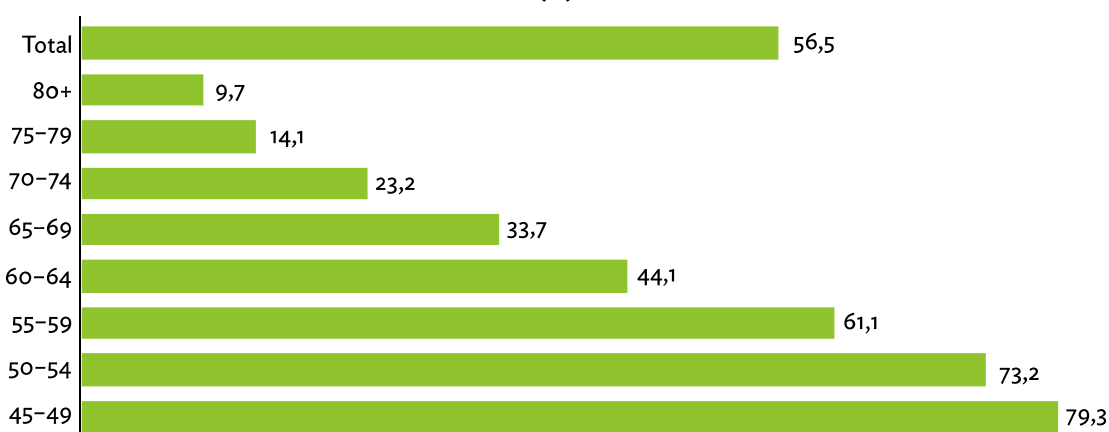


Gambar 7.4: Akses Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) menurut Lokasi Tempat Tinggal (%)

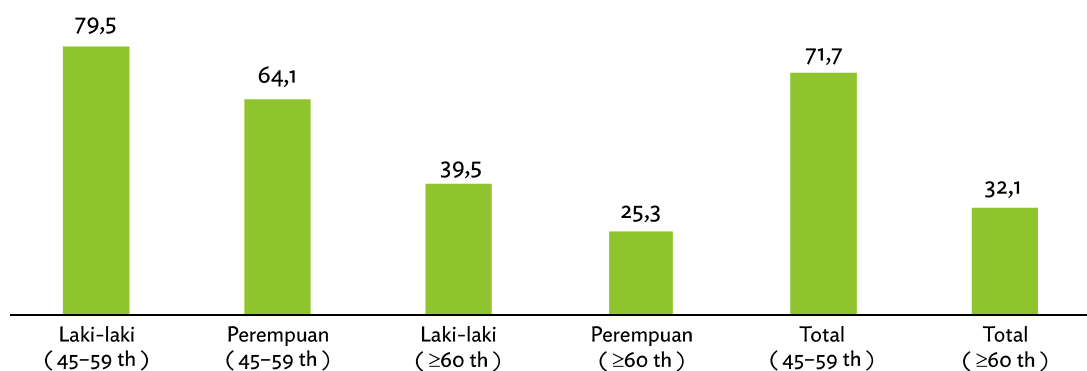


Secara umum, lebih dari separuh responden melaporkan mampu menggunakan telepon (telepon pintar/genggam/rumah) secara mandiri (Gambar 7.5). Namun, kita bisa melihat perbedaan yang signifikan pada seluruh kelompok umur, di mana persentase responden yang berusia di atas 70 tahun yang melaporkan mampu menggunakan telepon sangat rendah. Sedangkan responden yang berusia 80 tahun ke atas, hanya sekitar 10% yang mengungkapkan mampu menggunakan telepon. Sebagian besar kelompok pra-lanjut usia menyatakan mampu menggunakan telepon, yang mencapai 72% (Gambar 7.6). Selain itu, persentase laki-laki yang melaporkan mampu menggunakan telepon lebih tinggi daripada perempuan.

Gambar 7.5: Mampu Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) Secara Mandiri menurut Kelompok Umur (%)

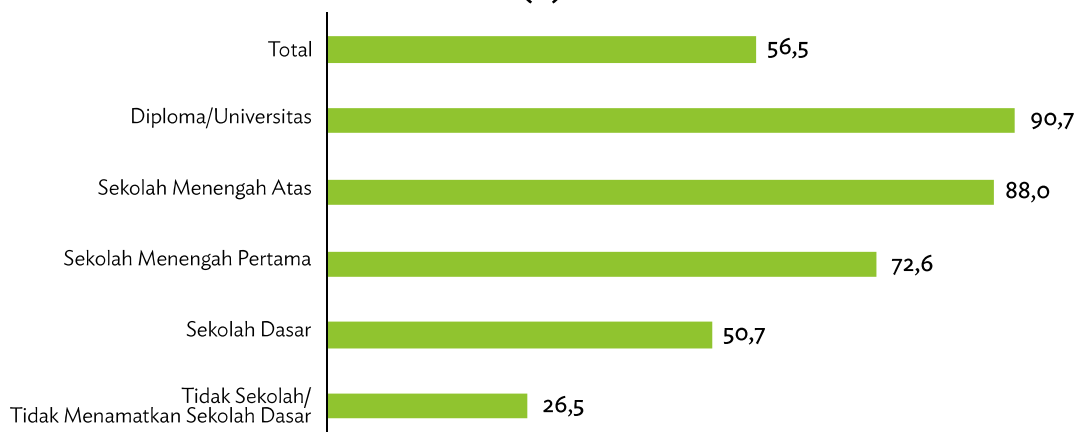


Gambar 7.6: Mampu Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) Secara Mandiri menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

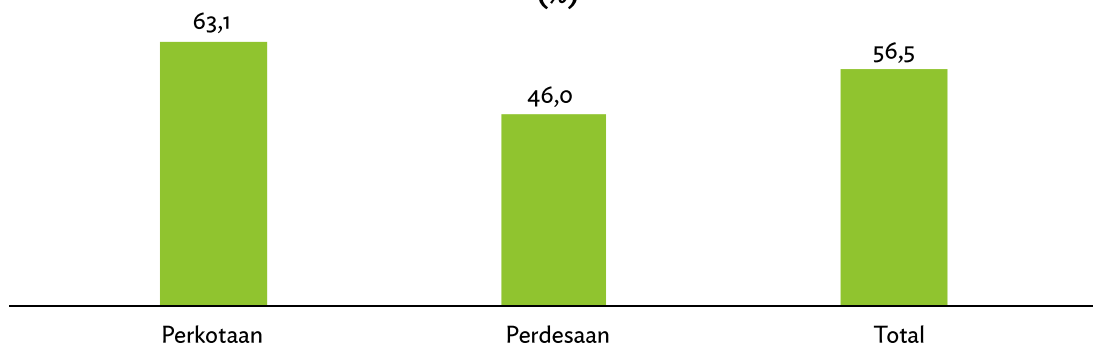


Tidak hanya pada akses menggunakan telepon, tingkat pendidikan juga berperan pada kemampuan seseorang dalam menggunakan telepon secara mandiri. Lebih dari 90% responden dengan gelar sarjana atau universitas mampu menggunakan telepon secara mandiri, sedangkan responden dengan tingkat pendidikan terendah yang mampu menggunakan hanya mencapai 26,5% (Gambar 7.7). Di daerah perkotaan, responden yang mampu menggunakan telepon mencapai 63,1%, sedangkan mereka yang di daerah perdesaan hanya mencapai 46% (Gambar 7.8).

Gambar 7.7: Mampu menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) Secara Mandiri menurut Tingkat Pendidikan (%)

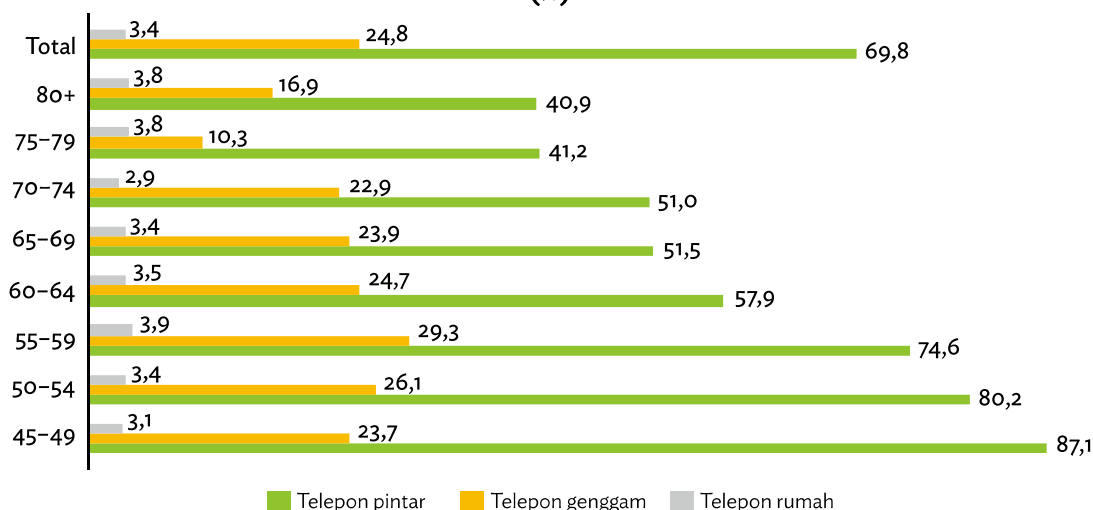


Gambar 7.8: Mampu Menggunakan Telepon (Telepon Pintar/Genggam/Rumah) Secara Mandiri menurut Lokasi Tempat Tinggal (%)

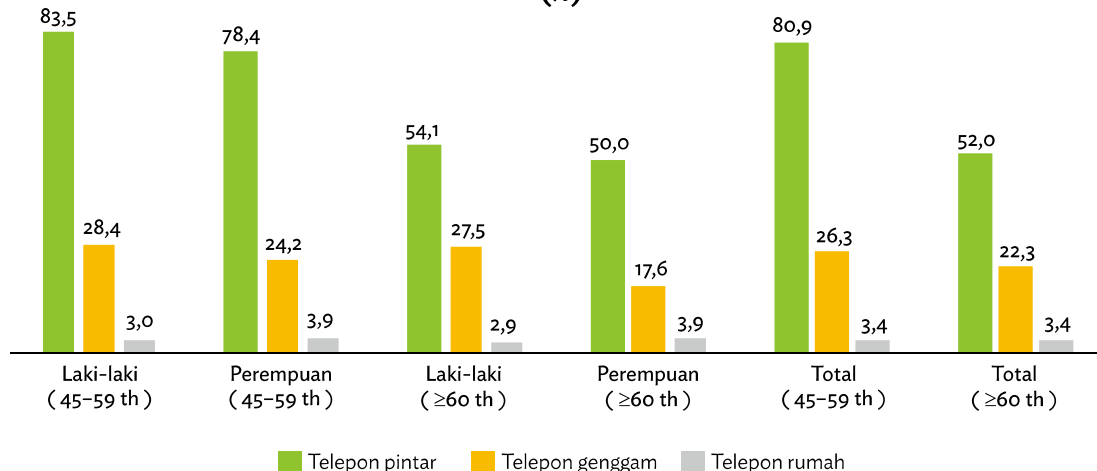


Mayoritas responden melaporkan bahwa mereka memiliki akses untuk menggunakan telepon pintar/*smartphone*. Hanya sedikit responden yang memiliki akses ke telepon rumah, yang menunjukkan bahwa telepon pintar kini lebih mudah diakses daripada bentuk perangkat telekomunikasi lainnya. (Gambar 7.9). Dalam ILAS, akses berarti memiliki atau, meskipun mereka tidak memilikinya, mereka mempunyai akses untuk menggunakannya. Sebagian besar kelompok pra-lanjut usia melaporkan mempunyai akses untuk menggunakan telepon pintar dan telepon seluler dibandingkan dengan kelompok lanjut usia. Persentase laki-laki yang memiliki akses menggunakan telepon pintar dan telepon genggam (*handphone*) lebih tinggi daripada perempuan. Namun, persentase perempuan yang melaporkan mempunyai akses ke telepon rumah lebih tinggi, meskipun aksesnya masih sangat rendah yaitu 4% (Gambar 7.10).

Gambar 7.9: Akses menggunakan Telepon Pintar, Telepon Genggam, atau Telepon Rumah Secara Mandiri menurut Kelompok Umur (%)

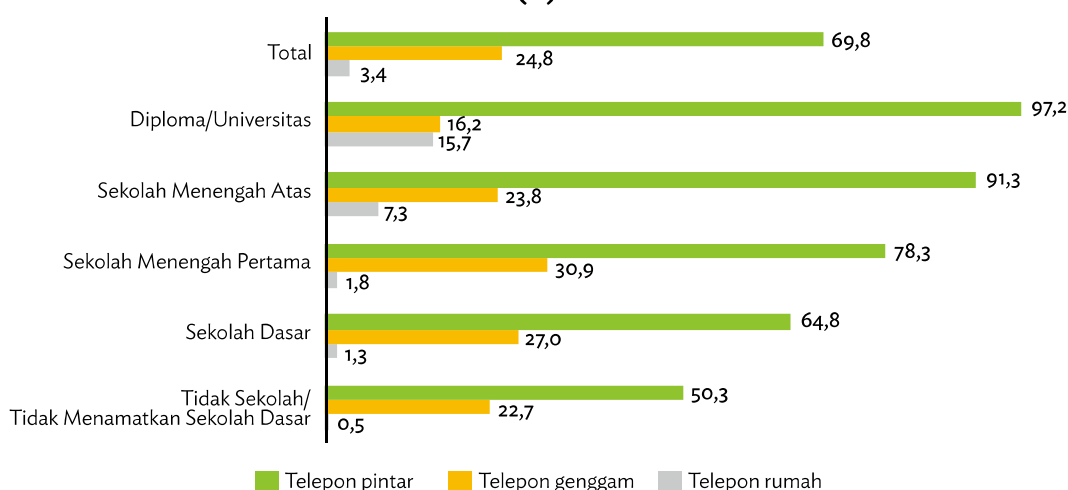


Gambar 7.10: Akses Menggunakan Telepon Pintar, Telepon Genggam, atau Telepon Rumah Secara Mandiri menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



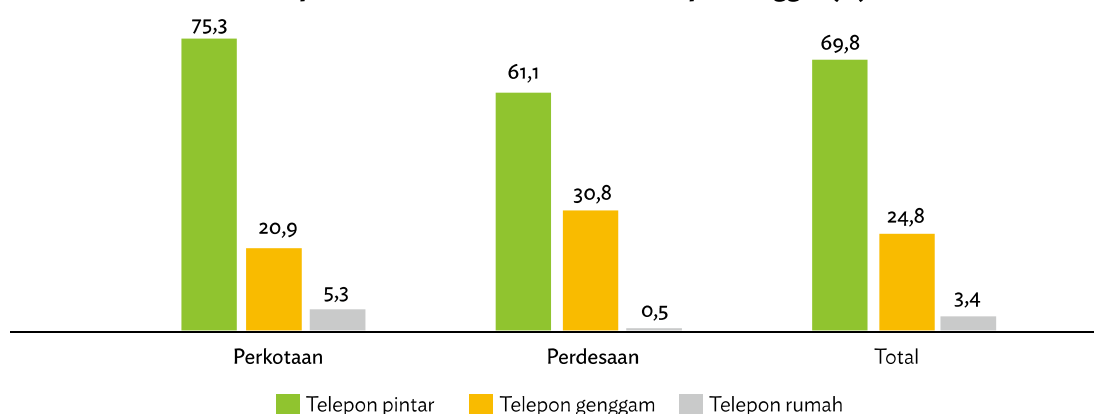
Akses ke berbagai jenis moda telekomunikasi pada umumnya meningkat seiring dengan tingkat pendidikan. Responden dengan gelar diploma atau universitas sangat mungkin untuk memiliki telepon pintar (97,2%), sedangkan responden dari kelompok pendidikan lain persentasenya berkisar antara 91,3% (sekolah menengah atas) hingga 50,3% (tidak berpendidikan) (Gambar 7.11). Sebaliknya, penggunaan telepon seluler model lama (*handphone*) lebih umum digunakan oleh responden yang tidak menyelesaikan sekolah menengah atas. Seperti yang ditunjukkan oleh data di bawah ini, responden yang tidak berpendidikan atau tidak menyelesaikan sekolah dasar yang menggunakan telepon genggam mencapai 22,7%, sedangkan mereka yang memiliki gelar diploma atau universitas hanya 16,2%.

Gambar 7.11: Akses menggunakan Telepon Pintar, Telepon Genggam, atau Telepon Rumah menurut Tingkat Pendidikan (%)



Responden di daerah perkotaan memiliki akses yang lebih besar untuk menggunakan telepon rumah dan telepon pintar, sedangkan responden di daerah perdesaan memiliki akses yang lebih besar untuk menggunakan telepon genggam. (Gambar 7.12).

Gambar 7.12: Akses Menggunakan Telepon Pintar, Telepon Genggam, atau Telepon Rumah menurut Lokasi Tempat Tinggal (%)



Temuan tersebut menunjukkan bahwa telepon pintar lebih umum digunakan untuk berkomunikasi di antara pra-lanjut usia dan lanjut usia daripada telepon genggam atau telepon rumah. Telepon pintar memberikan fungsionalitas tingkat lanjut melalui berbagai fitur dan aplikasi yang memudahkan akses bagi para pengguna dengan layanan-layanan penting. Di sisi lain, lanjut usia memiliki akses yang lebih sedikit ke telepon, khususnya telepon pintar, dibandingkan dengan pra-lanjut usia.

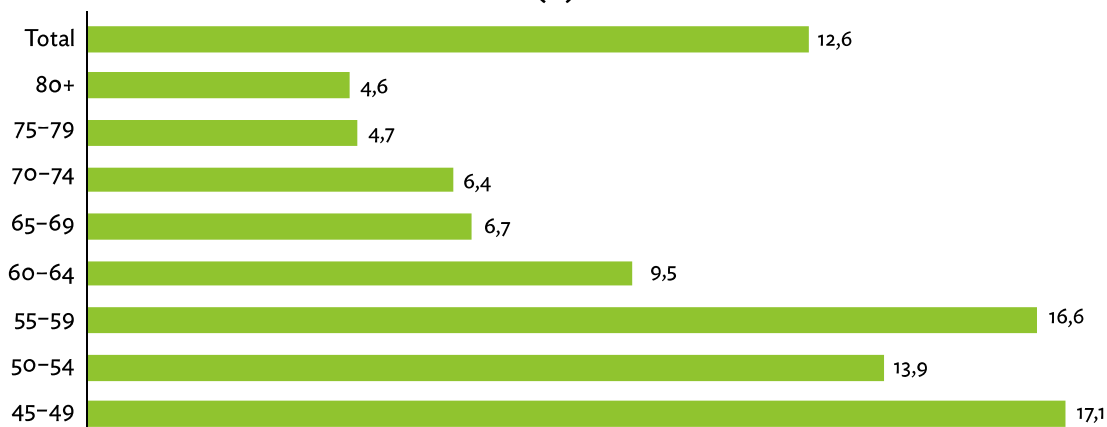
Sebagai akibat dari pandemi COVID-19, penggunaan telemedicine telah meningkat secara signifikan, dengan layanan perawatan kesehatan tatap muka digantikan oleh alternatif jarak jauh (Shaver 2022). Di Indonesia, penggunaan aplikasi perawatan kesehatan seperti Halodoc dan Alodokter, serta layanan-layanan telemedicine dari rumah sakit atau klinik, meningkat selama pandemi. Aplikasi tersebut memungkinkan pasien untuk mendaftar, berkonsultasi dengan dokter, dan memesan obat secara daring. Mengingat kemudahan dan keuntungan yang ditawarkan oleh aplikasi-aplikasi kesehatan tersebut, maka aksesibilitas telepon, terutama bagi lanjut usia perlu ditingkatkan.

Kemahiran dalam menggunakan perangkat komunikasi sangat penting agar bisa mendapatkan manfaat yang optimal. Temuan ILAS menunjukkan bahwa lanjut usia kurang lancar dalam menggunakan telepon, khususnya telepon pintar dan telepon seluler. Hal ini menggarisbawahi pentingnya pemberian ketrampilan teknologi informasi kepada lanjut usia agar mereka dapat menggunakannya secara mandiri. Selain itu, temuan studi ILAS menunjukkan bahwa lanjut usia akan merasa lebih mudah dalam menggunakan telepon pintar dan telepon seluler untuk mengakses informasi dan layanan seperti perawatan kesehatan, yang mengarah pada peningkatan kesehatan dan kualitas hidup dalam jangka panjang. Mengatasi masalah kepemilikan perangkat secara merata di antara pra-lanjut usia merupakan hal yang sangat penting.

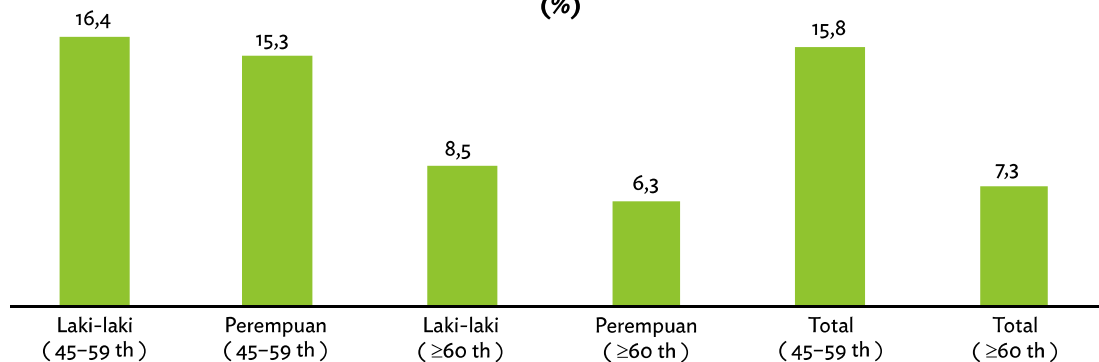
Akses dan Penggunaan Perangkat Tablet/Komputer

Hanya 13% dari semua responden yang melaporkan memiliki akses menggunakan perangkat digital seperti tablet dan komputer, dengan akses yang paling rendah di antara kelompok lanjut usia, khususnya mereka yang berusia 75 tahun ke atas, yaitu hanya 5% (Gambar 7.13). Sedangkan persentase yang lebih besar berasal dari kelompok pra-lanjut usia memiliki akses ke tablet dan komputer (16%), yang menunjukkan bahwa lebih banyak lanjut usia akan memiliki akses ke perangkat tablet atau komputer di masa depan (Gambar 7.14). Di antara kelompok pra-lanjut usia dan lanjut usia, laki-laki memiliki akses yang lebih besar ke perangkat tablet atau komputer daripada perempuan (Gambar 7.14). Seperti biasanya, semakin tinggi tingkat pendidikan responden, semakin besar kemungkinan mereka memiliki akses ke tablet atau komputer, dengan persentase akses terbesar adalah mereka yang memiliki gelar diploma atau universitas (Gambar 7.15). Responden yang tinggal di daerah perkotaan memiliki akses ke perangkat tablet atau komputer yang lebih tinggi daripada mereka yang tinggal di daerah perdesaan (Gambar 7.16).

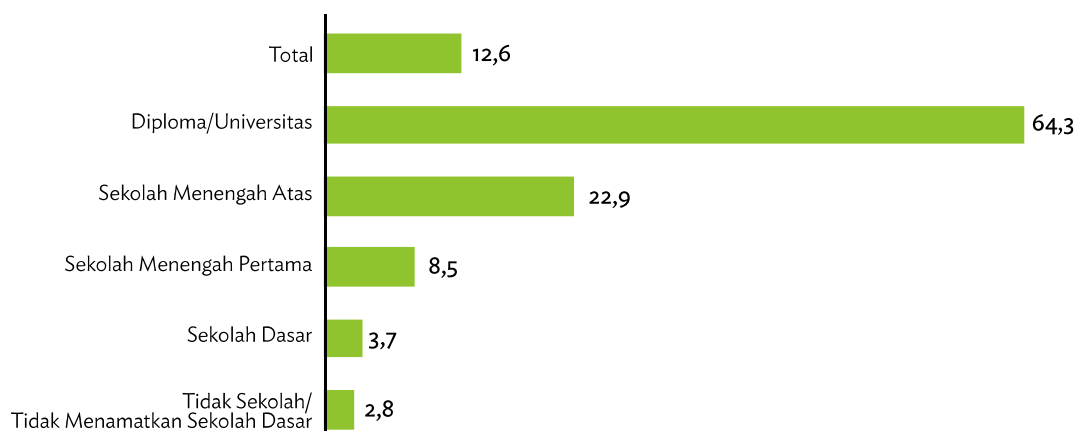
Gambar 7.13: Akses Menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Kelompok Umur (%)



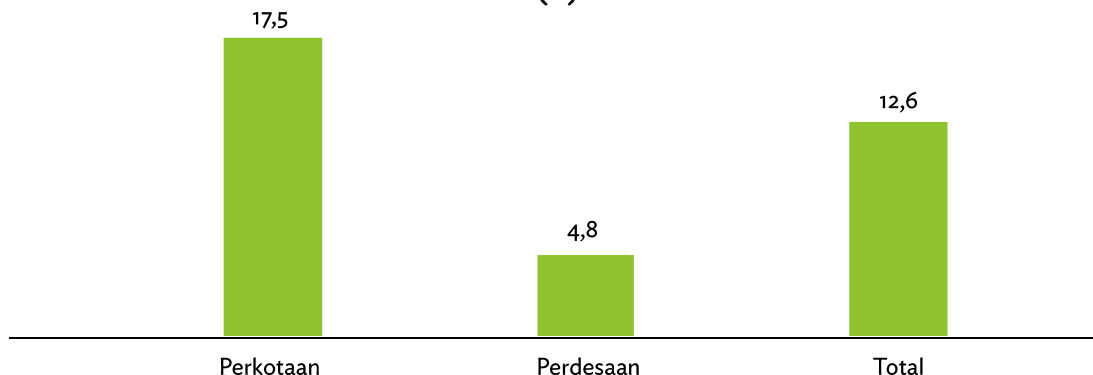
Gambar 7.14: Akses Menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Gambar 7.15: Akses menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Tingkat Pendidikan (%)

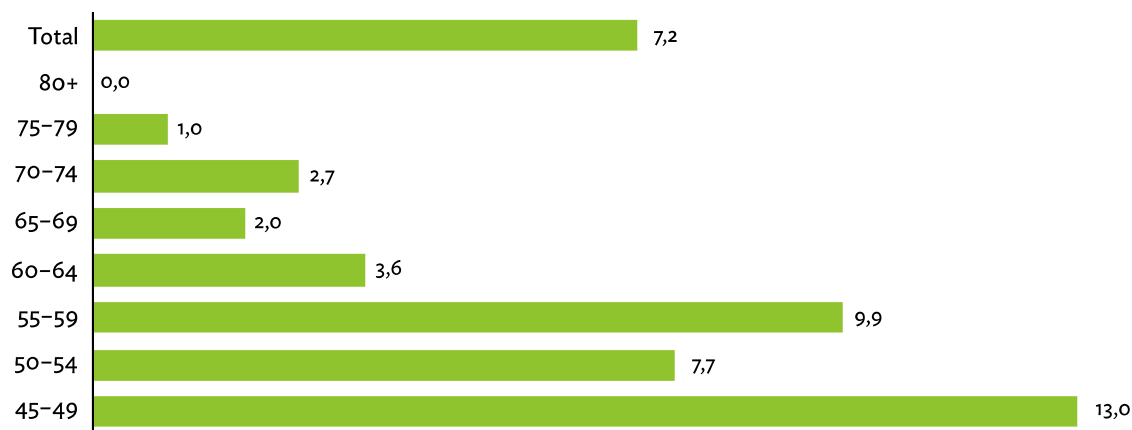


Gambar 7.16: Akses menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Lokasi Tempat Tinggal (%)

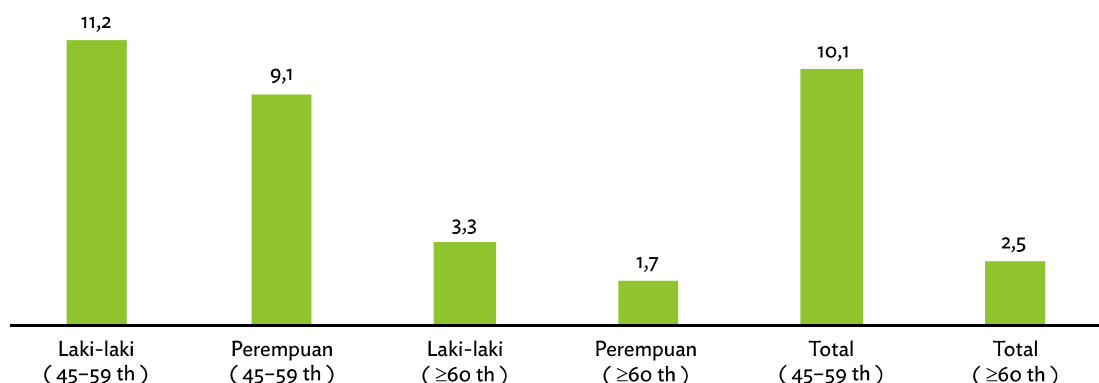


Kemungkinan besar kelompok lanjut usia di masa mendatang akan semakin mahir menggunakan perangkat tablet atau komputer, karena persentase responden di bawah 60 tahun yang dapat mengoperasikan perangkat ini lebih besar dibandingkan persentase lanjut usia saat ini (Gambar 7.17). Selain itu, persentase laki-laki yang mahir menggunakan perangkat tablet atau komputer lebih tinggi daripada perempuan (Gambar 7.18). Hampir 60% responden yang memiliki gelar diploma atau universitas mampu menggunakan perangkat tablet atau komputer secara mandiri, yang menggarisbawahi adanya perbedaan dan kesenjangan yang besar dalam kemahiran penggunaan perangkat dibandingkan dengan tingkat pendidikan lainnya (Gambar 7.19). Mereka yang tinggal di daerah perkotaan hampir lima kali lipat lebih mampu menggunakan perangkat tablet atau komputer sendiri dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah perdesaan (Gambar 7.20).

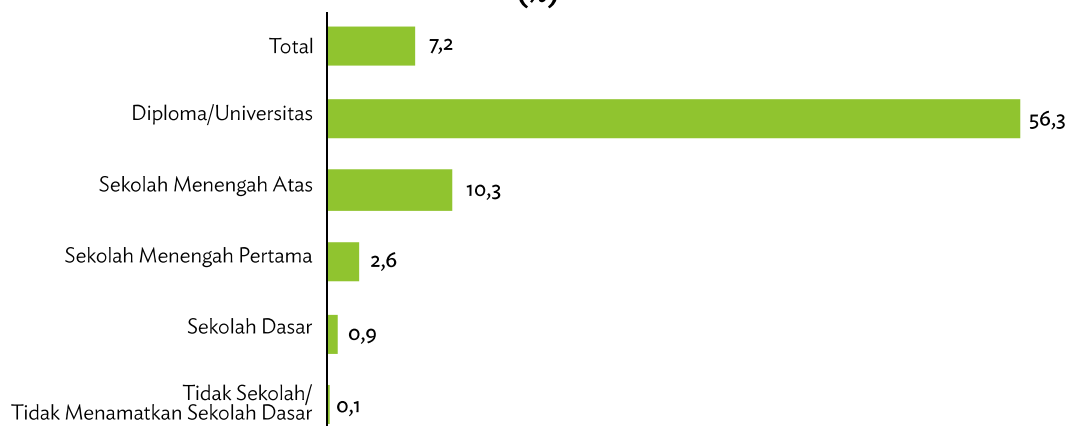
Gambar 7.17: Mampu Menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer secara Mandiri menurut Kelompok Umur (%)



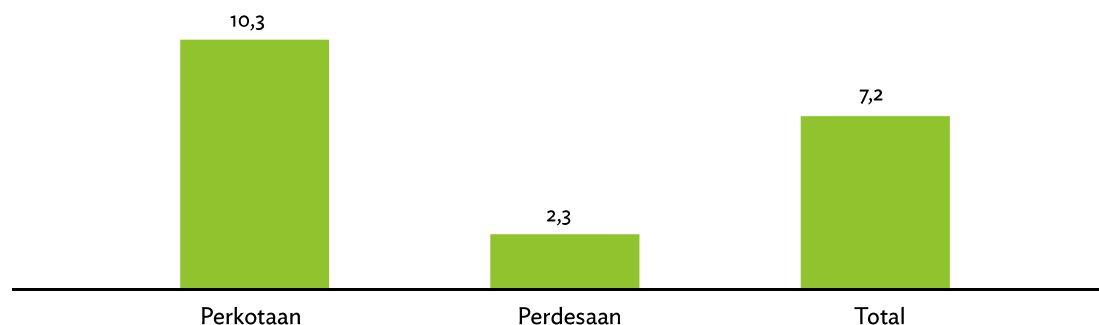
Gambar 7.18: Mampu menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer secara Mandiri menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Gambar 7.19: Mampu Menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Tingkat Pendidikan (%)



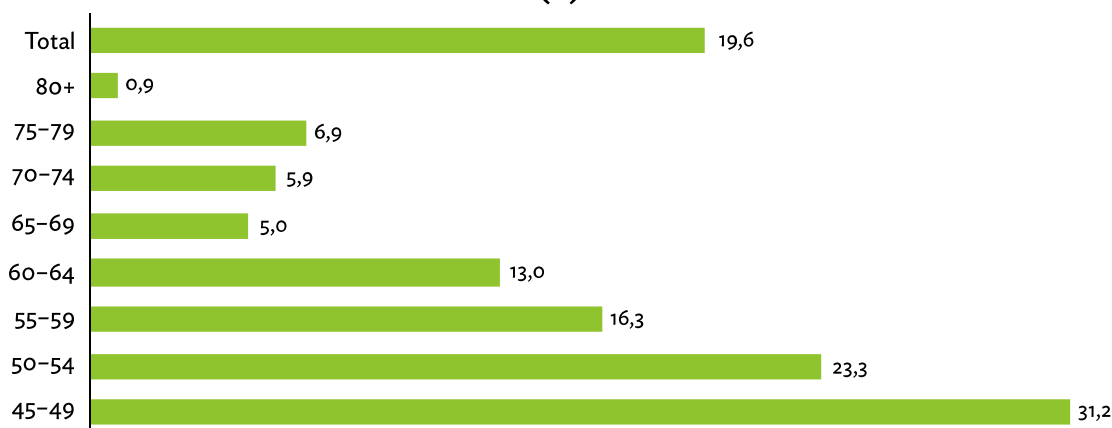
Gambar 7.20: Mampu Menggunakan Perangkat Tablet atau Komputer menurut Lokasi Tempat Tinggal (%)



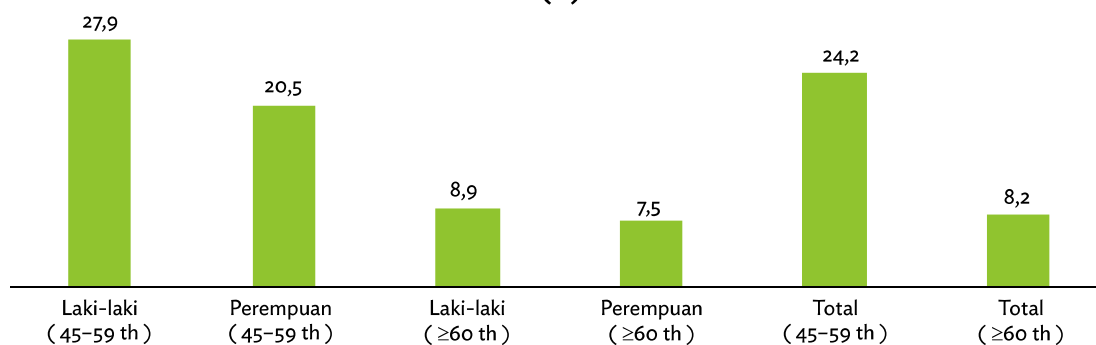
Penggunaan Aplikasi Seluler

ILAS menanyakan responden yang memiliki akses ke telepon pintar atau perangkat tablet/komputer tentang penggunaan aplikasi seluler mereka seperti Gojek atau Grab, Tokopedia atau Shopee, dan perbankan seluler (m-banking). Gojek dan Grab menawarkan layanan berbagi tumpangan kendaraan atau sepeda motor, pengiriman, dan berbagai layanan logistik, sementara Shopee dan Tokopedia adalah belanja daring atau marketplace. M-banking menawarkan layanan perbankan daring dari bank yang memungkinkan nasabah untuk melakukan transaksi keuangan melalui perangkat seluler. Lanjut usia diproyeksi akan semakin mahir dalam menggunakan aplikasi-aplikasi tersebut (Gambar 7.21 dan Gambar 7.22). Temuan ini menunjukkan bahwa penggunaan aplikasi seluler pada kelompok termuda lebih tinggi daripada kelompok-kelompok umur lain tetapi masih tergolong sedang (sekitar 30% pada kelompok termuda). Penggunaan aplikasi seluler yang rendah ini bisa jadi disebabkan karena adanya perbedaan antara kondisi perkotaan dan perdesaan, dengan penggunaan yang lebih rendah lagi di daerah perdesaan. Di daerah perkotaan, 25,5% responden mampu menggunakan aplikasi tersebut, sedangkan responden di perdesaan hanya mencapai 8,3%. Persentase yang rendah di daerah perdesaan dikarenakan terbatasnya ketersediaan beberapa layanan tersebut di perdesaan. Secara keseluruhan, kemampuan penggunaan aplikasi seluler lebih tinggi pada laki-laki untuk kedua kelompok umur, namun kesenjangan gender lebih kecil dibandingkan dengan kesenjangan umur (Gambar 7.22).

Gambar 7.21: Mampu Menggunakan Aplikasi (seperti Gojek atau Grab, Tokopedia atau Shopee, dan M-Banking) menurut Kelompok Umur (%)



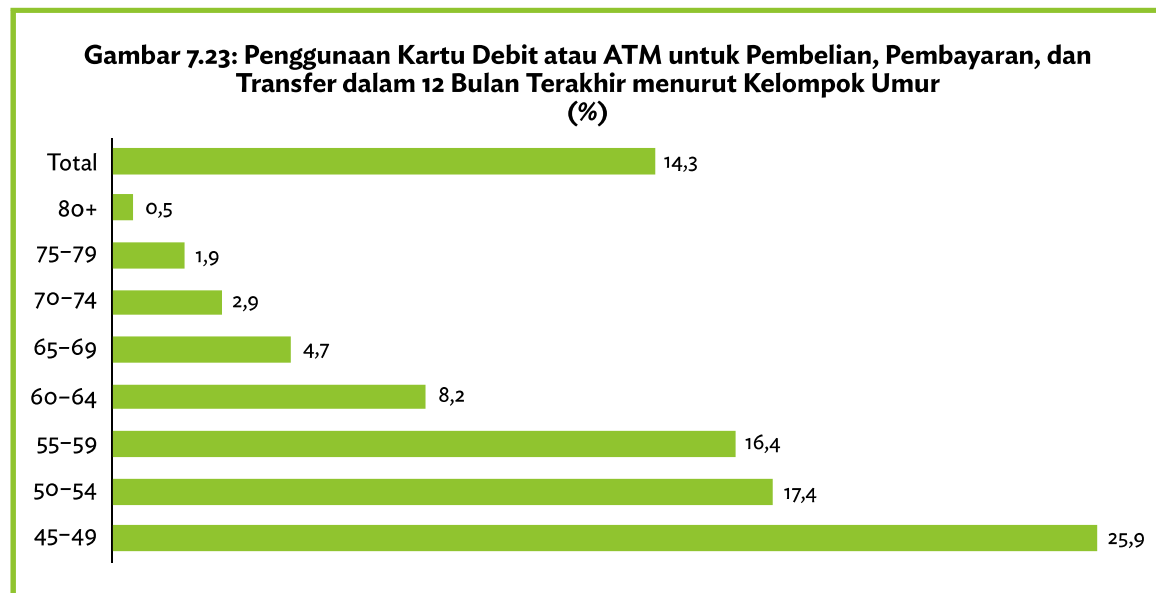
Gambar 7.22: Mampu Menggunakan Aplikasi (seperti Gojek atau Grab, Tokopedia atau Shopee, dan M-Banking) menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



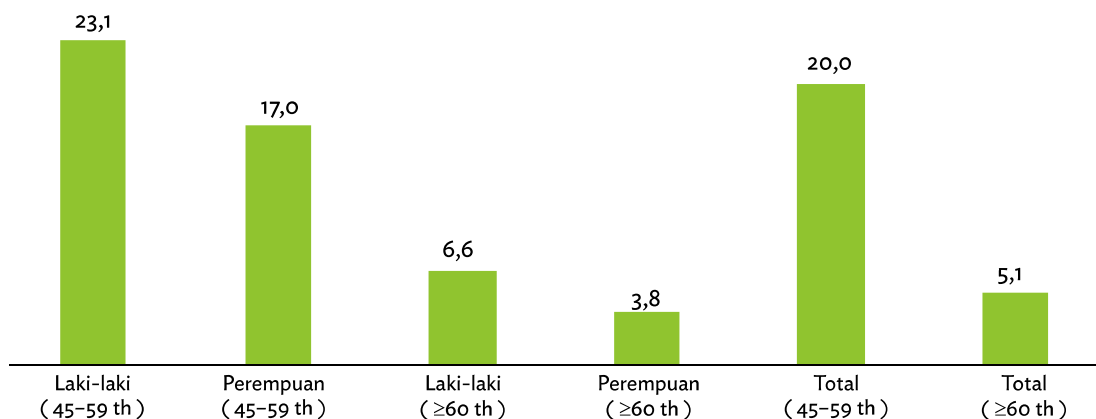
Ekonomi digital mengalami pertumbuhan pesat dengan munculnya berbagai platform belanja daring. Platform tersebut memungkinkan konsumen dan produsen untuk memperdagangkan barang dan jasa dengan mudah tanpa harus bertemu langsung. Kemudahan ini memungkinkan konsumen untuk memanfaatkan waktu mereka dengan lebih baik. Lanjut usia, baik yang di saat ini maupun di masa mendatang, perlu beradaptasi dengan kemajuan teknologi untuk memastikan kebutuhan mereka terpenuhi. Misalnya, lanjut usia dengan mobilitas terbatas dapat berbelanja daring atau melakukan transaksi keuangan tanpa harus mengunjungi toko fisik. Hasil studi ILAS menunjukkan bahwa lebih banyak pra-lanjut usia yang mampu menggunakan aplikasi e-commerce daripada lanjut usia, meskipun persentasenya relatif kecil. Meningkatkan keterampilan digital bagi pra-lanjut usia dan lanjut usia, serta menciptakan aplikasi antarmuka yang ramah usia bisa meningkatkan kualitas hidup mereka.

Akses ke Pembayaran dan Keuangan Digital

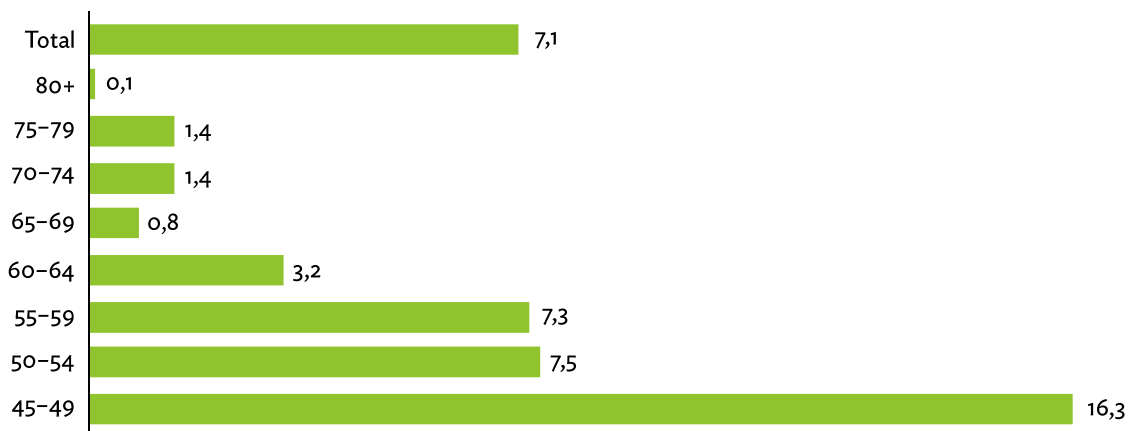
ILAS menanyakan responden tentang akses ke pembayaran dan keuangan digitalnya, khususnya apakah mereka telah menggunakan kartu debit atau ATM, ponsel, atau internet untuk melakukan pembelian, pembayaran, atau transfer dalam 12 bulan terakhir. Tingkat akses menggunakan layanan-layanan ini oleh lanjut usia sangat rendah (5%), dengan persentase lebih besar pada golongan yang lebih muda (usia 45–59) yang telah menggunakan kartu debit atau ATM dalam 12 bulan terakhir (Gambar 7.23 dan Gambar 7.24). Sedangkan persentase lanjut usia laki-laki dua kali lebih banyak dibandingkan lanjut usia perempuan dalam penggunaan kartu debit atau ATM untuk pembelian, pembayaran, atau transfer dalam 12 bulan terakhir. Proporsi pra-lanjut usia (berusia 45–59) yang telah menggunakan telepon pintar dan/atau internet untuk transaksi keuangan dalam setahun terakhir jauh lebih tinggi yaitu 7%–16% dibandingkan proporsi lanjut usia (berusia ≥ 60) (Gambar 7.25).



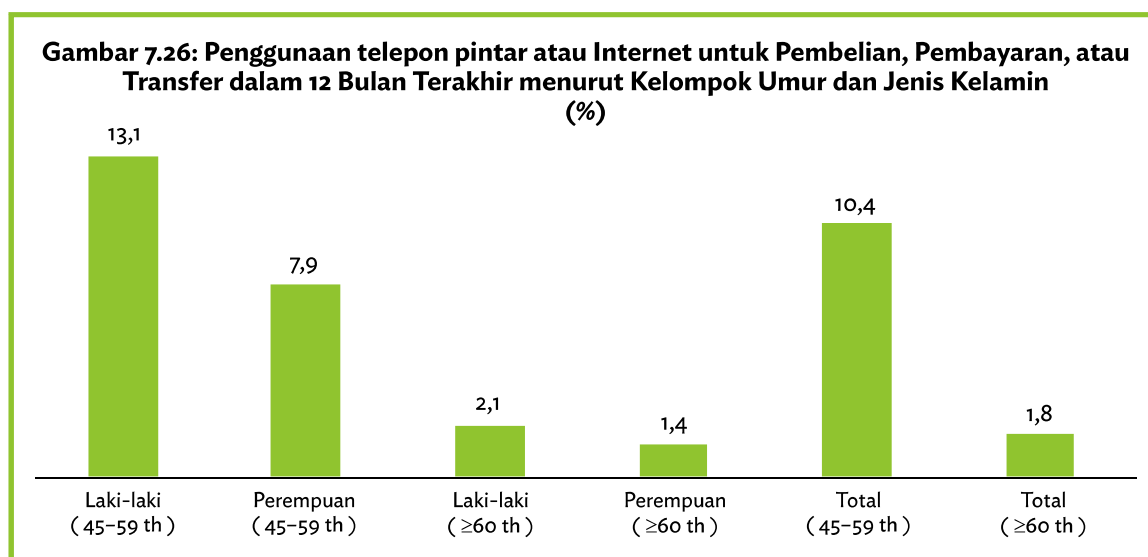
Gambar 7.24: Penggunaan Kartu Debit atau ATM untuk Pembelian, Pembayaran, atau Transfer dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Gambar 7.25: Penggunaan Telepon Pintar dan/atau Internet untuk Pembelian, Pembayaran, atau Transfer dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kelompok Umur (%)



Seperti indikator-indikator adopsi digital dan inklusi keuangan lainnya, laki-laki dan kelompok umur pra-lanjut usia memiliki persentase lebih tinggi dibandingkan kelompok perempuan dan kelompok umur lanjut usia terkait penggunaan transaksi keuangan digital. Meskipun demikian, kesenjangan gender selalu ada dan jaraknya lebar bahkan di antara responden pra-lanjut usia dalam penggunaan teknologi ini (Gambar 7.26).



Peraturan No. 76/POJK.07/2016 yang dikeluarkan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) pada tahun 2016, mendefinisikan inklusi keuangan sebagai “ketersediaan akses terhadap berbagai lembaga, produk, dan layanan keuangan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan masyarakat dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat.” Peningkatan inklusi keuangan dapat mengurangi jumlah masyarakat yang tidak memiliki rekening bank, yang tidak memiliki akses terhadap layanan keuangan dasar seperti tabungan. Dengan memiliki rekening bank, konsumen memiliki akses terhadap berbagai produk keuangan seperti asuransi dan program pensiun.

Pada awal tahun 2019, tingkat transaksi pembayaran melalui ponsel pintar di Indonesia adalah 47%, tertinggal dari negara-negara Asia lainnya seperti Vietnam (61%) atau Thailand (67%) (PwC 2019). Menurut survei Katadata Insight Center pada akhir tahun 2022, 81% dari 2.209 responden berusia 17–55 tahun di Indonesia memilih dompet elektronik sebagai metode pembayaran nontunai. Kendati demikian, penggunaan metode pembayaran nontunai seperti *Quick Response Code Indonesian Standard* (QRIS) (31%), debit instan (12%), dan kartu kredit (9%) masih tergolong rendah (Annur n.d.). Hal ini sesuai dengan hasil studi ILAS 2023 yang menunjukkan bahwa persentase pembayaran nontunai pada kelompok umur 45–59 tahun (pra-lanjut usia) masih rendah, yakni hanya 20% yang menggunakan kartu debit atau ATM dan 10,4% yang menggunakan telepon pintar atau internet.

Data ILAS menunjukkan bahwa persentase pra-lanjut usia yang menggunakan kartu debit atau ATM untuk bertransaksi keuangan lebih tinggi dibandingkan lanjut usia, meskipun tingkat penggunaannya belum terlalu luas. Temuan ini menunjukkan bahwa tidak semua penduduk pra-lanjut usia atau lanjut usia memiliki akses terhadap layanan keuangan yang esensial. Survei Nasional Literasi dan Inklusi Keuangan 2022 menunjukkan adanya peningkatan indeks inklusi keuangan dari 76,19% pada tahun 2019 menjadi 85,1% pada tahun 2022 (OJK 2022). Responden yang tidak mengenyam pendidikan sekolah atau hanya berpendidikan SD memiliki tingkat inklusi keuangan terendah yaitu 64,74%, sedangkan responden yang berpendidikan perguruan tinggi memiliki tingkat inklusi keuangan tertinggi yaitu 96,51% (OJK 2022).

Tabel 7.1: Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan

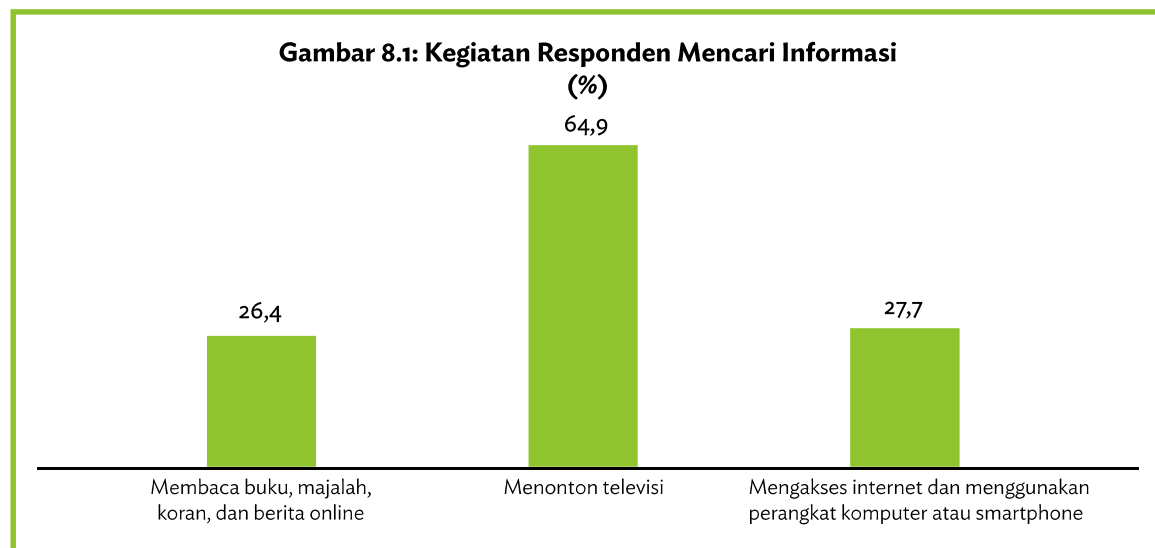
No.	Temuan Utama	Rekomendasi Kebijakan
1	Lanjut usia di masa depan akan memiliki kemampuan yang lebih tinggi dalam menggunakan telepon pintar, tablet, dan komputer untuk berkomunikasi dibandingkan lanjut usia saat ini. Menurut ILAS, 71,7% kelompok pra-lanjut usia dapat menggunakan telepon (termasuk telepon pintar) secara mandiri, dibandingkan dengan lanjut usia yang hanya mencapai 32,1%. Selain itu, 80,9% dari kelompok pra-lanjut usia memiliki akses ke telepon pintar sedangkan dari kelompok lanjut usia hanya mencapai 52%.	<p>Hasil studi ini menunjukkan bahwa meskipun jumlah pra-lanjut usia yang menggunakan teknologi (seperti aplikasi e-commerce) lebih banyak dibandingkan dengan kelompok lanjut usia, persentasenya masih cukup rendah. Selain meningkatkan literasi dan keterampilan digital, kita perlu mengembangkan teknologi yang mudah digunakan dan disesuaikan dengan kondisi para lanjut usia dan mereka yang baru mengenal teknologi.</p> <p>Meskipun diprediksi akan terjadi peningkatan, penggunaan produk keuangan pada pra-lanjut usia dan lanjut usia masih rendah. Untuk mencapai tujuan pemerintah Indonesia mencapai 90% inklusi keuangan pada tahun 2024, kita perlu memiliki kebijakan dan program yang memprioritaskan masyarakat berpenghasilan rendah, perempuan, dan penduduk daerah terpencil dan kurang mampu. Beberapa bank nasional mengizinkan nasabah baru untuk membuka rekening bank secara daring. Para pembuat kebijakan harus mempertimbangkan untuk memperluas akses broadband internet, terutama di daerah yang internetnya terbatas atau belum tersedia. Petugas penjangkauan juga harus disediakan agar bisa mendukung masyarakat yang tidak memiliki atau memiliki akses terbatas ke layanan keuangan.</p>
2	Lanjut usia di masa depan diperkirakan akan memiliki kemampuan yang lebih tinggi dalam menggunakan kartu debit atau ATM, telepon pintar, dan internet untuk bertransaksi keuangan (termasuk mengakses Gojek atau Grab, Tokopedia atau Shopee, M-banking, dll.) dibandingkan lanjut usia saat ini. Menurut ILAS, 20% pra-lanjut usia menggunakan kartu debit atau ATM untuk transaksi keuangan, sedangkan mereka yang menggunakan telepon pintar atau internet hanya mencapai 10,4%. Untuk kelompok lanjut usia, hanya 5,1% yang menggunakan kartu debit atau ATM, dan 1,8% menggunakan telepon pintar atau internet.	<p>Meningkatkan literasi keuangan di antara pra-lanjut usia dan lanjut usia dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi, mempromosikan penggunaan produk keuangan, dan menekankan pentingnya layanan keuangan.</p> <p>Literasi keuangan menyoroti pentingnya mengelola keuangan secara efektif untuk pengeluaran sehari-hari dan pentingnya kewirausahaan bagi pra-lanjut usia dan lanjut usia.</p> <p>Mempermudah penggunaan perangkat keuangan seperti dompet elektronik dan mobile banking, sehingga memungkinkan pengguna untuk melakukan transaksi dan mengelola keuangan usaha mereka. Hal ini sangat bermanfaat bagi mereka yang bergerak di bidang usaha mikro, kecil, dan menengah.</p> <p>Meningkatnya penggunaan telepon pintar dan seluler bagi para lanjut usia di masa mendatang harus didukung dengan menyediakan kemudahan akses informasi kesehatan, informasi reservasi, dan bahkan konsultasi langsung dengan dokter (seperti Halodoc, Alodokter, KlikDokter, dll.) melalui internet.</p>

8. AKSES INFORMASI DAN KETERLIBATAN SOSIAL

Akses Informasi

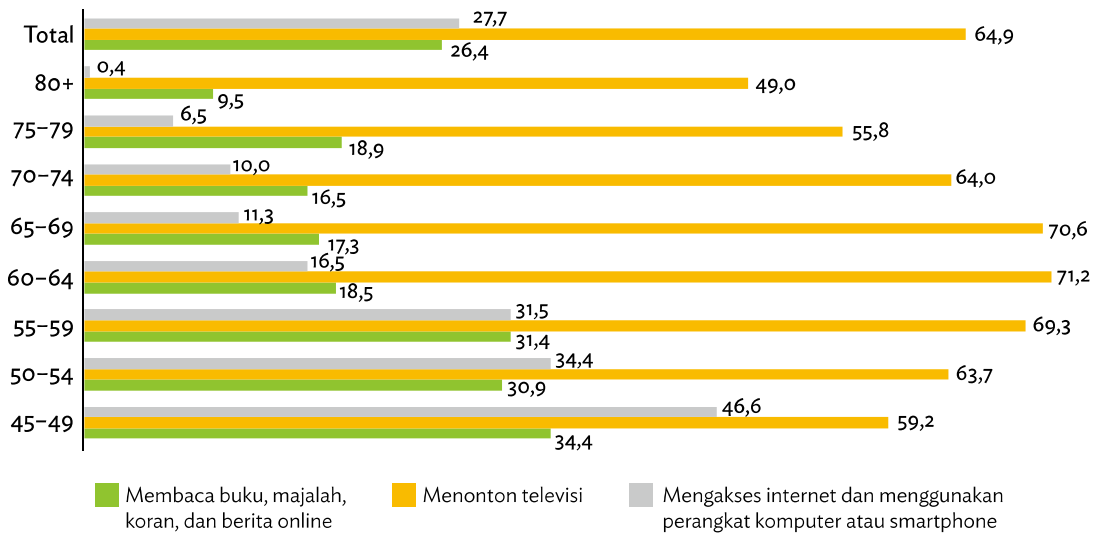
ILAS menanyakan tentang pola dan akses responden terhadap informasi, serta partisipasinya dalam kegiatan sosial. Diskusi tersebut meliputi topik-topik seperti sumber informasi yang diakses, maupun ragam interaksi dengan anggota keluarga, termasuk anak-cucu, yang membentuk elemen penting bagi keterlibatan sosial di masa tua.

Responden mengikuti beragam jenis kegiatan yang melibatkan akses informasi, seperti “membaca buku, majalah, koran, dan berita online” (26,4%); “menonton televisi” (64,9%); serta “mengakses internet dan menggunakan komputer atau telepon pintar” (27,7%) untuk memperoleh informasi (Gambar 8.1).

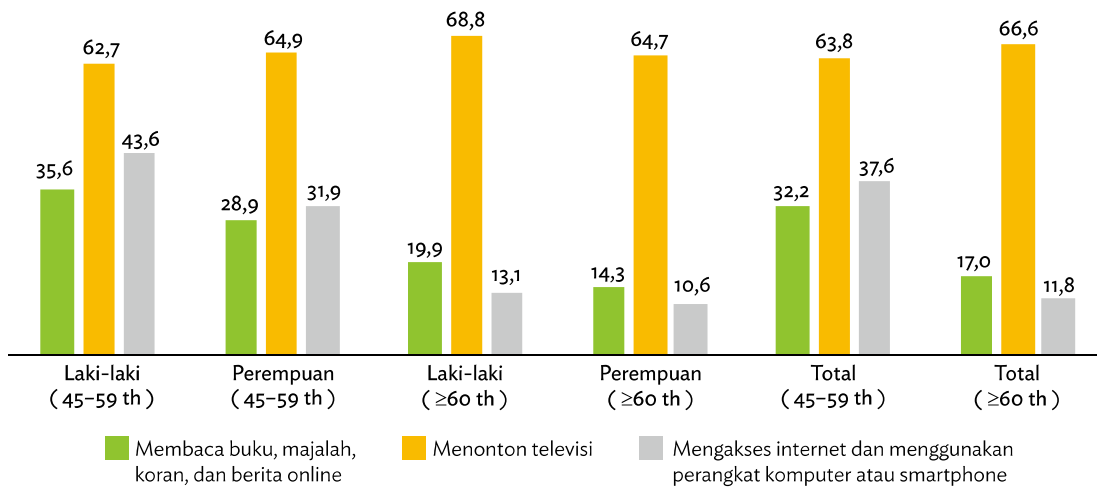


Menonton televisi menjadi kegiatan mencari informasi paling tinggi bagi responden di semua kelompok umur, namun kelompok pra-lanjut usia memiliki akses ke lebih banyak sumber. Kelompok paling muda (45–49 tahun) mempunyai tingkat akses lebih tinggi terhadap informasi berbasis internet, sebesar 47%, dan akses ini cenderung berkurang seiring bertambahnya umur, sebesar 0,4%, diantara kelompok umur 80 tahun ke atas (Gambar 8.2). Ke depan akan semakin banyak lanjut usia yang mengandalkan internet dan teknologi modern seperti komputer dan telepon pintar untuk mendapatkan informasi, dibandingkan dengan membaca buku, majalah, koran, atau berita online. Persentase laki-laki yang menggunakan perangkat komputer atau telepon pintar untuk mengakses internet sedikit lebih tinggi daripada perempuan di dua kelompok umur tersebut, dan tampaknya lebih tinggi lagi di kelompok pra-lanjut usia (43,6% untuk laki-laki dan 31,9% untuk perempuan) (Gambar 8.3).

Gambar 8.2: Kegiatan Mencari Informasi menurut Kelompok Umur (%)

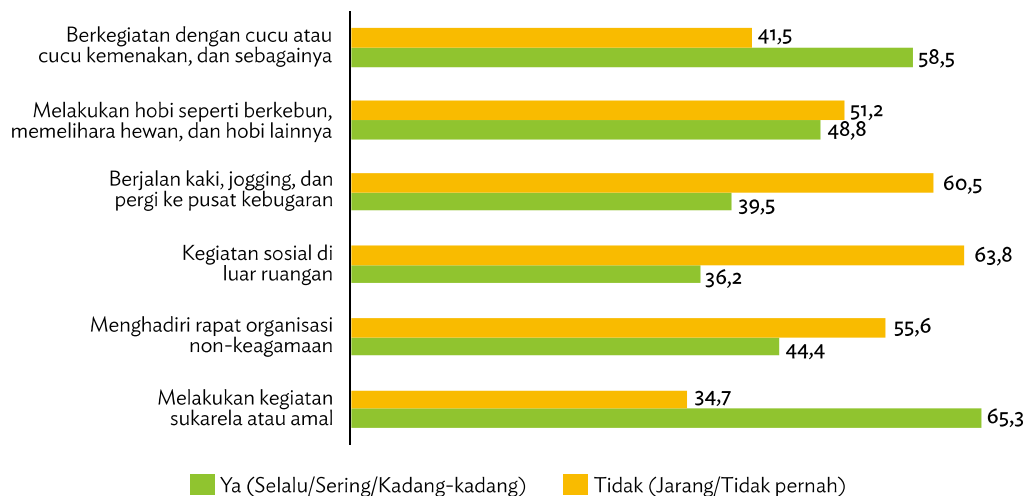


Gambar 8.3: Kegiatan Mencari Informasi menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

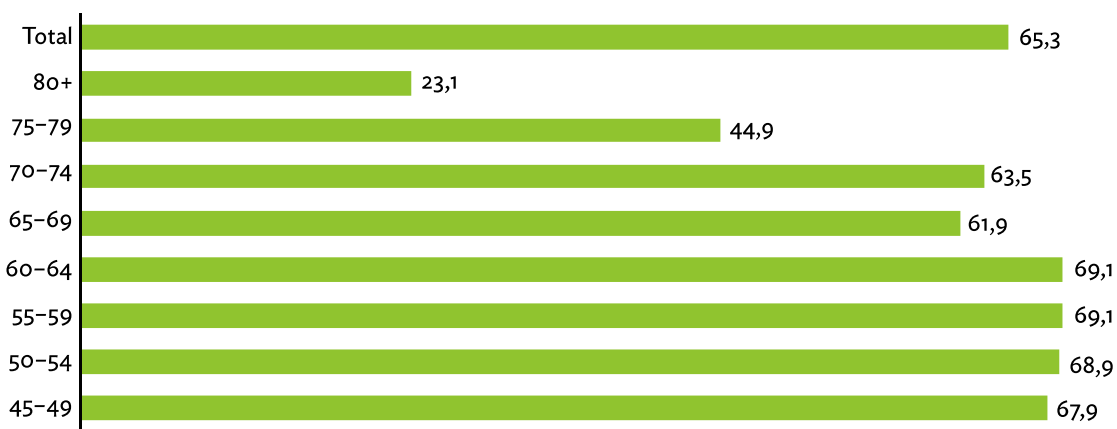


Bersukarela dalam kegiatan amal dan mengikuti kegiatan bersama anggota keluarga yang lebih muda merupakan aktivitas sosial yang diikuti sebagian besar responden (Gambar 8.4). Tingkat partisipasi untuk kegiatan sukarela/amal cenderung lebih tinggi bagi kelompok pra-lanjut usia (berusia 45–59), dibandingkan mereka yang berumur 60 tahun ke atas, antara 68% sampai 69% (Gambar 8.5 dan Gambar 8.6). Pada titik tertentu, tingkat partisipasi menurun signifikan pada umur akhir 70-an tahun. Lebih banyak laki-laki daripada perempuan yang sering terlibat dalam kegiatan sukarela/amal.

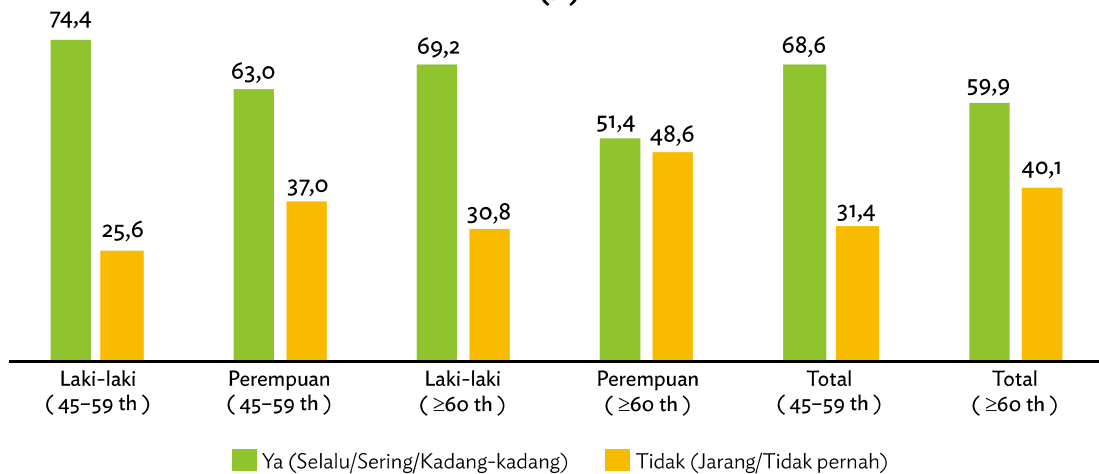
Gambar 8.4: Partisipasi dalam Kegiatan Keluarga dan Sosial (%)



Gambar 8.5: Partisipasi dalam Kegiatan Sukarela/Amal menurut Kelompok Umur (%)

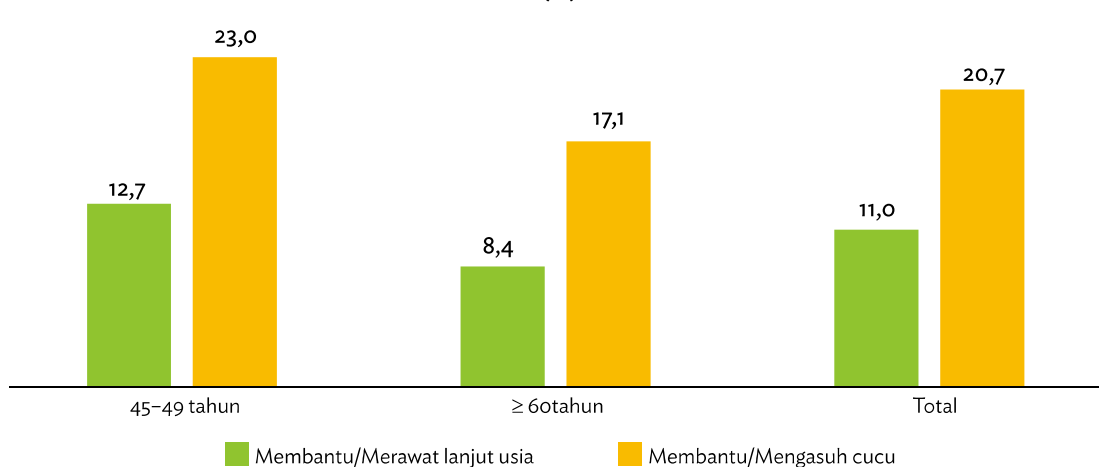


Gambar 8.6: Partisipasi dalam Kegiatan Sukarela/Amal menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)

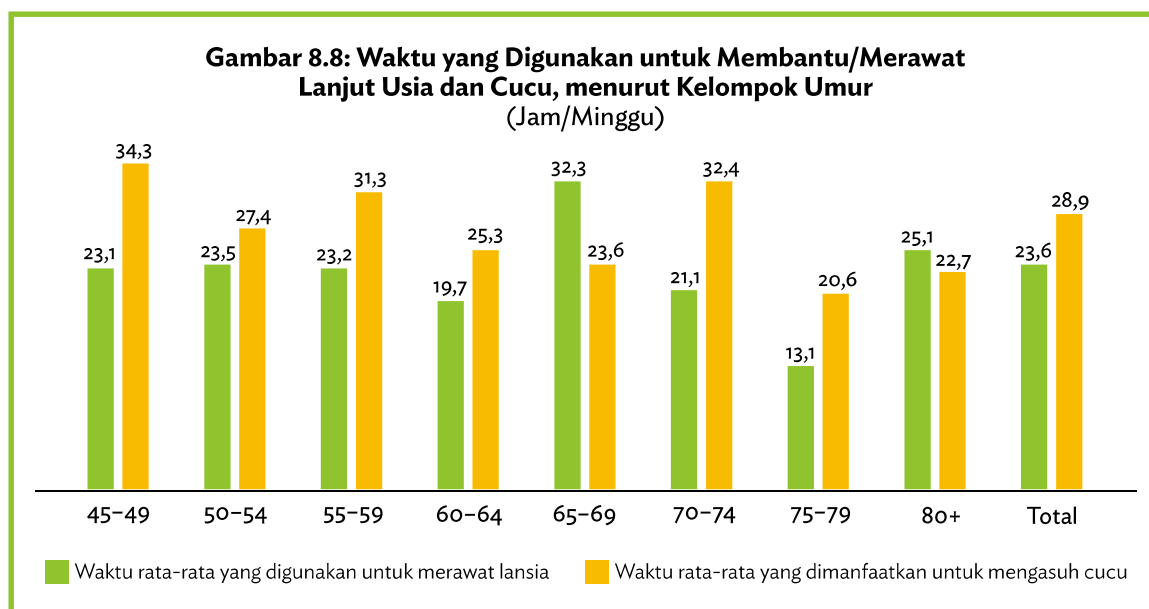


ILAS menanyakan tentang waktu yang dihabiskan untuk membantu atau merawat lanjut usia dan cucu (berusia 0-5 tahun), baik di dalam maupun di luar rumah. Persentase responden yang menyediakan perawatan dan membantu merawat lanjut usia adalah 12,7% untuk pra-lanjut usia, dan 8,4% untuk lanjut usia. Jumlah yang lebih banyak adalah responden yang mengasuh cucu dibandingkan merawat lanjut usia (Gambar 8.7).

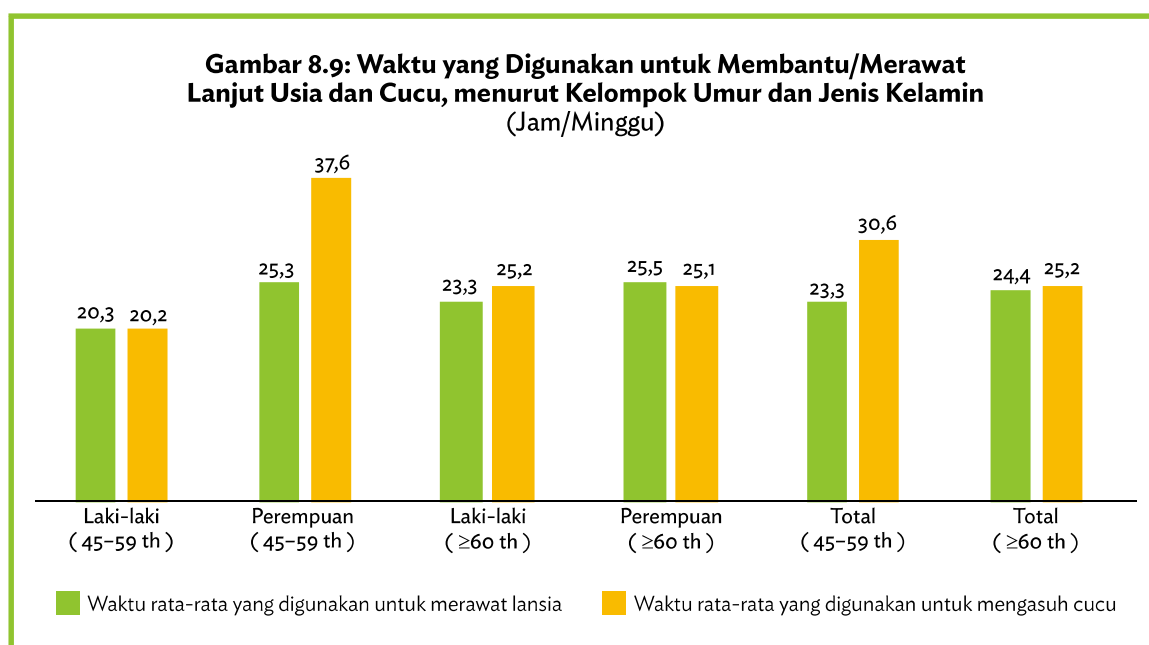
Gambar 8.7: Kegiatan Merawat Lanjut Usia dan Cucu (%)



Di antara responden yang mengaku menghabiskan waktu merawat lanjut usia atau cucu, baik pra-lanjut usia maupun lanjut usia, rata-rata waktu yang diperlukan untuk membantu atau merawat cucu cenderung lebih tinggi dibandingkan waktu untuk merawat lanjut usia dengan ketergantungan (Gambar 8.8).



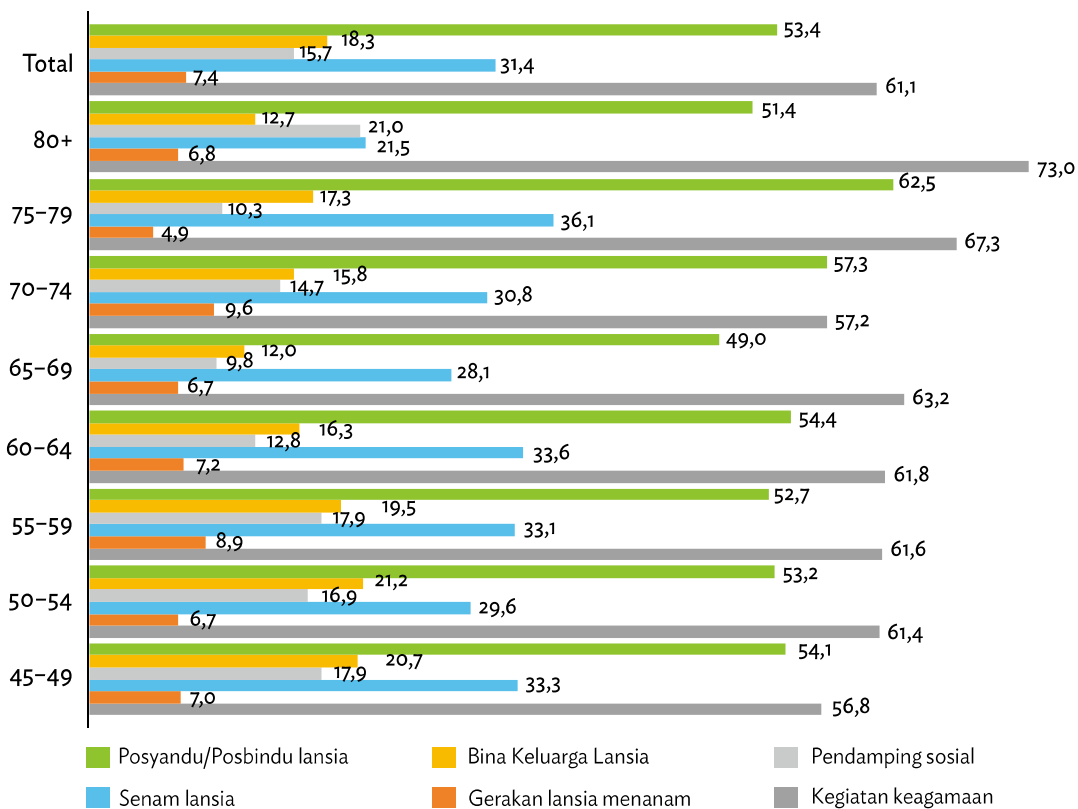
Perempuan menggunakan waktu lebih banyak untuk merawat cucu dan lanjut usia, dibandingkan laki-laki (Gambar 8.9). Hal ini menunjukkan bahwa perempuan menanggung beban perawatan lebih besar daripada laki-laki, terutama kelompok pra-lanjut usia untuk mengasuh cucu.



Program Kesejahteraan bagi Lanjut Usia

ILAS menanyakan tentang beragam kegiatan atau layanan yang tersedia bagi lanjut usia di desa. Disamping kegiatan keagamaan, yang dapat diakses oleh mayoritas (61,1%), Pos Pelayanan Terpadu [Posyandu] dan senam lansia merupakan kegiatan paling umum yang ditawarkan kepada responden, dengan persentase Posyandu lansia 53,4% dan senam lansia 31,4% (Gambar 8.10). Ketersediaan program yang lain hanya dilaporkan oleh kurang dari 20% responden (Gambar 8.10 dan Gambar 8.11).

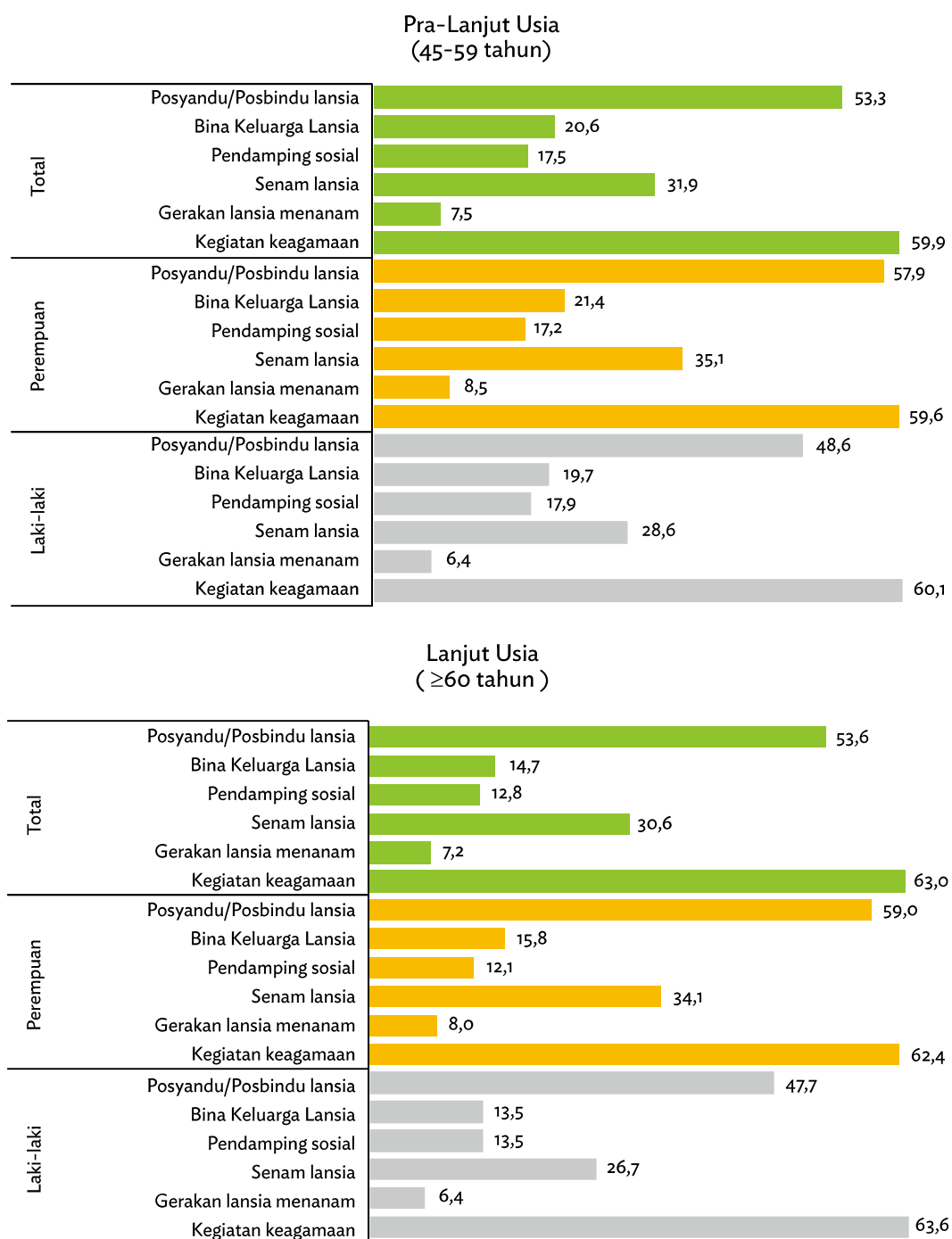
Gambar 8.10: Kegiatan dan Layanan untuk Lanjut Usia menurut Kelompok Umur (%)



Catatan:

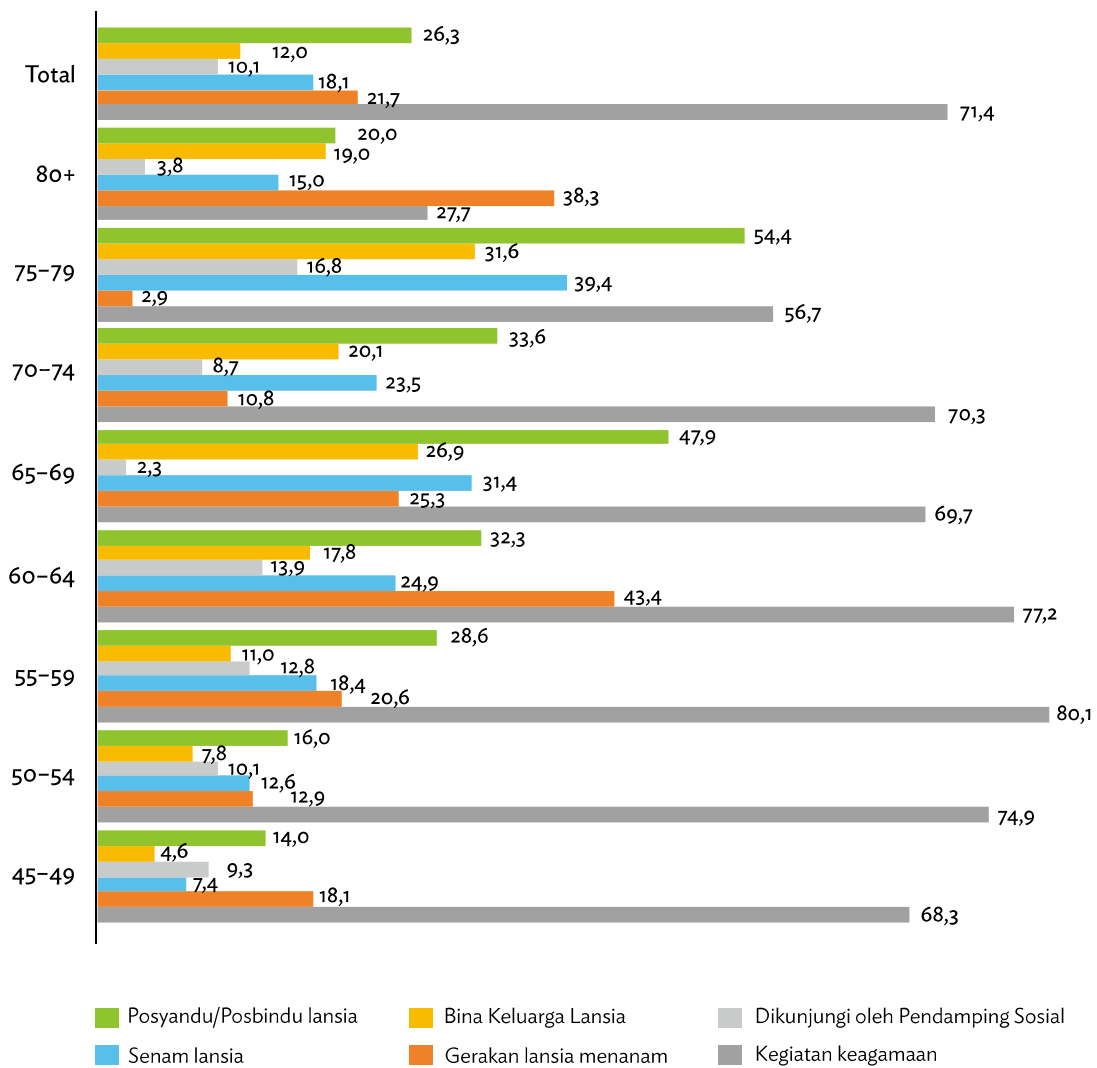
- (i) **Pos Pelayanan Terpadu/Pos Pembinaan Terpadu [Posyandu/Posbindu] Lanjut Usia** merupakan layanan yang dirancang untuk meningkatkan akses terhadap perawatan kesehatan bagi pra-lanjut usia dan lanjut usia di komunitas, mendekatkan akses kesehatan, meningkatkan keterlibatan masyarakat dan pemangku kepentingan, serta memperkuat komunikasi antara pra-lanjut usia dan lanjut usia.
- (ii) **Program Bina Keluarga Lansia** merupakan kelompok binaan yang terdiri dari keluarga dengan anggota lanjut usia yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan keterampilan keluarga lanjut usia dan pra-lanjut usia untuk memperbaiki kualitas hidup lanjut usia dan pra-lanjut usia.
- (iii) **Program Pendamping Sosial** dilakukan melalui bantuan sosial pemerintah untuk mengentaskan kemiskinan, sekaligus membantu penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH) dalam mengakses layanan pendidikan dan kesehatan, sesuai ketentuan yang ada. Penerima manfaat meliputi keluarga miskin dan rentan, termasuk lanjut usia yang tinggal bersama keluarga, berusia 70 tahun ke atas.
- (iv) **Program Senam Lansia** merupakan kegiatan rutin olahraga ringan yang cocok untuk pra-lanjut usia dan lanjut usia. Senam ini membantu meningkatkan dan mempertahankan kekuatan otot, fleksibilitas persendian, koordinasi gerakan dan keseimbangan. Kegiatan ini dipandu oleh fasilitas kesehatan atau pos pelayanan terpadu serta diadakan setidaknya sekali seminggu.
- (v) **Gerakan Lansia Menanam** meliputi praktik menanam dengan beragam jenis tanaman di kebun yang dikelola lanjut usia dan pra-lanjut usia dengan tujuan kesehatan. Praktik ini berjalan dengan berbagai nama, seperti Tanaman Obat Keluarga [TOGA], Apotek Hidup, atau Warung Hidup. Umumnya tanaman yang dirawat termasuk lidah buaya, daun sirih, lengkuas, kunyit, jahe, dan tanaman berkhasiat lainnya.
- (vi) **Kegiatan keagamaan** merupakan beragam bentuk kegiatan yang terkait dengan keyakinan tertentu, dimasukkan ke dalam kehidupan sehari-hari seperti ritual sehari-hari, dan membantu hubungan manusia dengan Tuhan dan sesama manusia. Kegiatan seperti ini kerap dilakukan secara berkelompok, dan menyertakan kegiatan seperti pengajian, mengkaji sunnah, dan membaca Quran (Tadarus).

Gambar 8.11: Kegiatan dan Layanan untuk Lanjut Usia menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



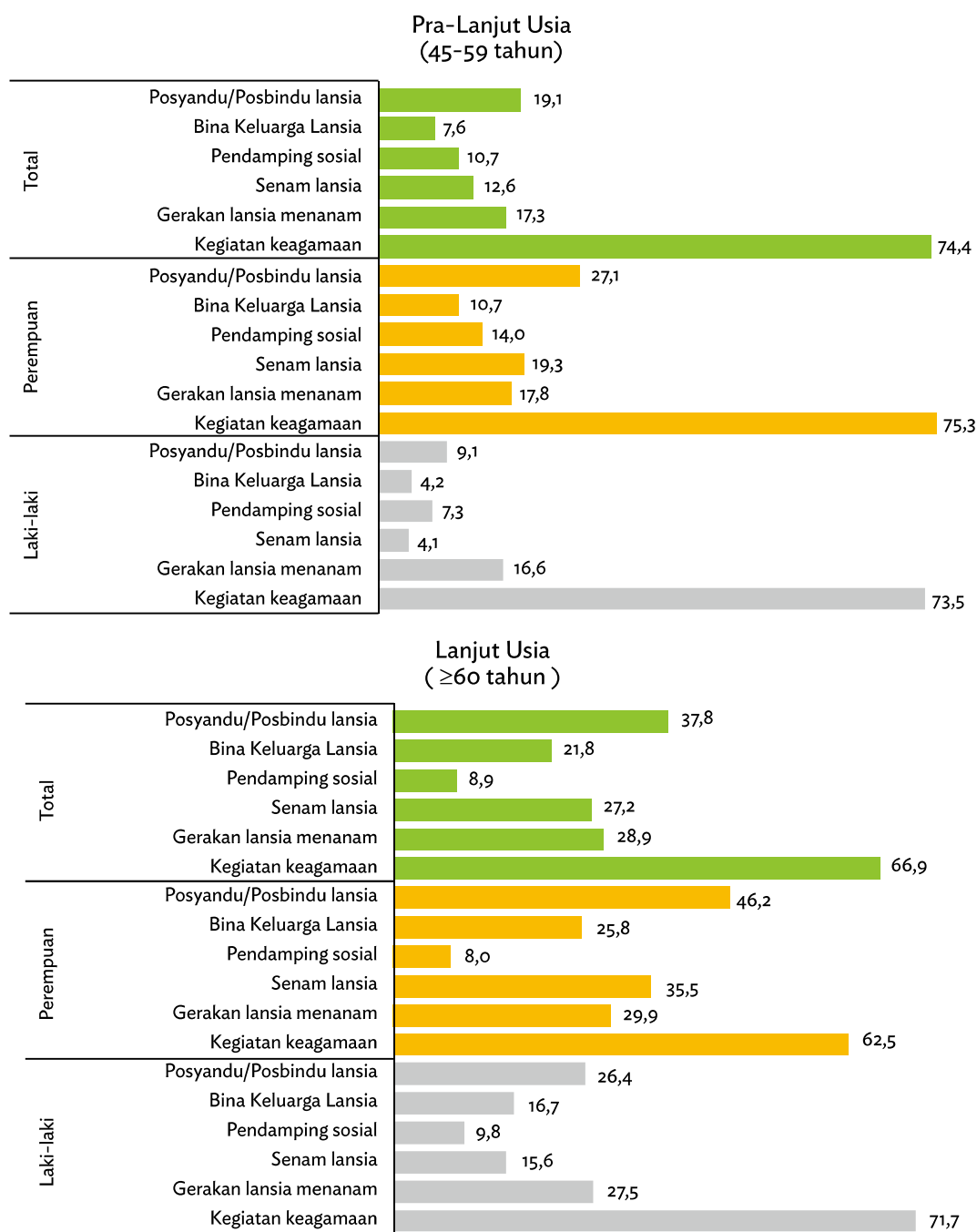
Sebagian besar responden menghadiri kegiatan keagamaan di desa mereka (71,4%) (Gambar 8.12). Tingkat kehadiran di Pelayanan Terpadu/Pos Pembinaan Terpadu cenderung lebih rendah di antara responden berusia 45–59 (mulai dari 14% sampai 28,6%) dibandingkan kelompok lanjut usia (mulai dari 20% sampai 54,4%) (Gambar 8.12).

Gambar 8.12: Partisipasi dalam Kegiatan dan Layanan menurut Kelompok Umur (%)



Responden perempuan melaporkan kehadiran lebih banyak daripada responden laki-laki tentang partisipasinya di Posyandu/Posbindu, Bina Keluarga Lansia, program senam lansia, dan gerakan lansia menanam. Pendamping sosial cenderung lebih sering mengunjungi perempuan pra-lanjut usia dan laki-laki lanjut usia daripada laki-laki pra-lanjut usia dan perempuan lanjut usia (Gambar 8.13).

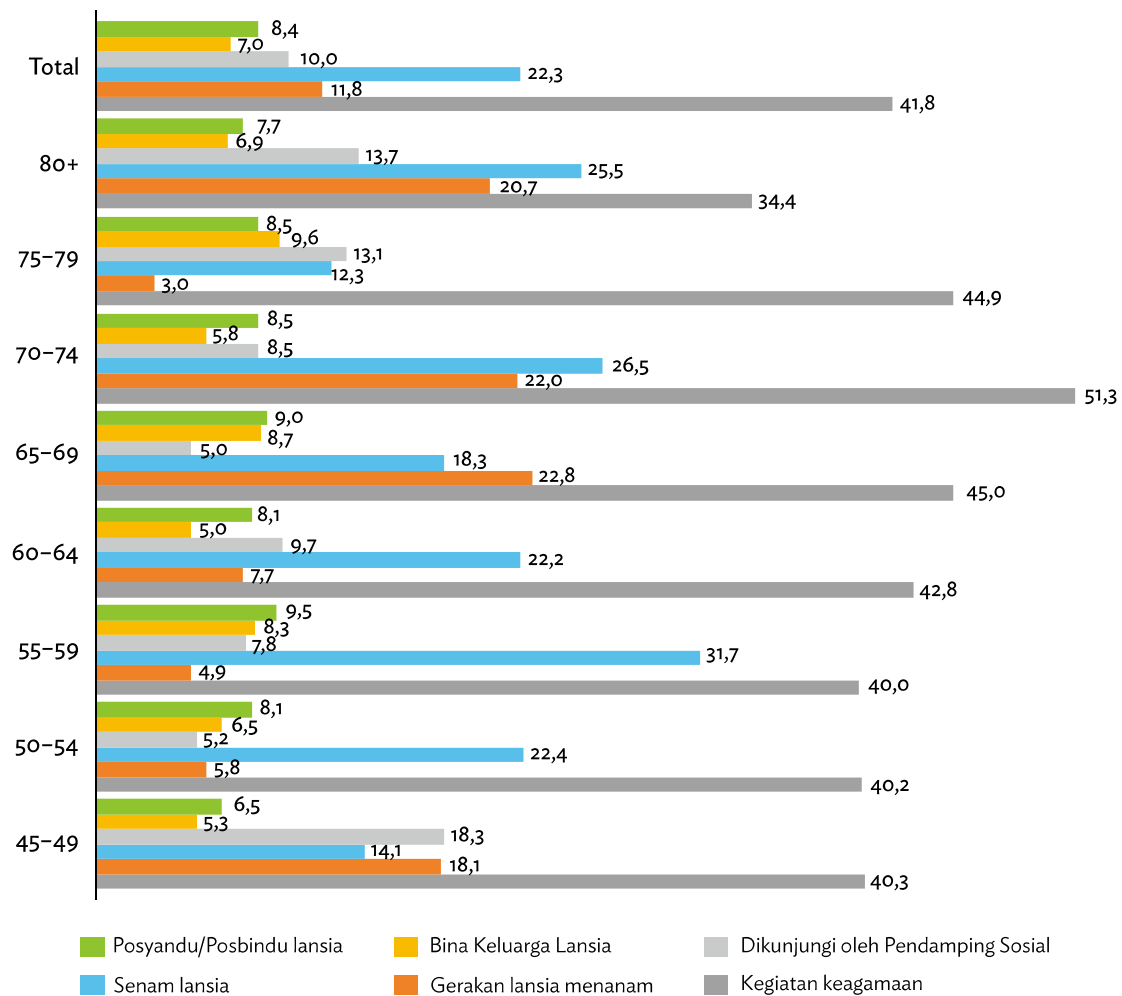
Gambar 8.13: Partisipasi dalam Kegiatan dan Layanan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



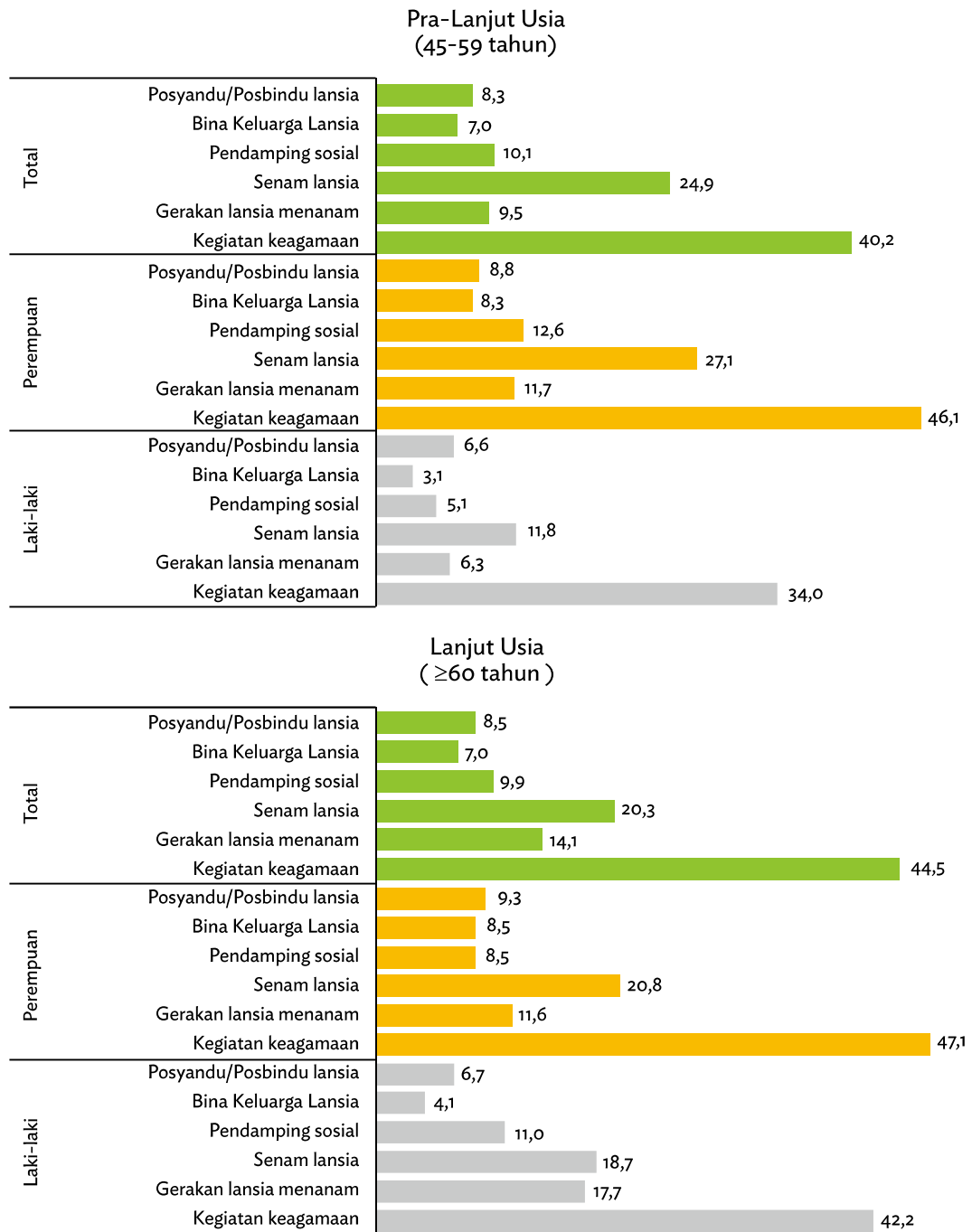
ILAS menanyakan kepada responden tentang seberapa sering mereka terlibat dalam kegiatan atau program kelanjutusiaan di desa selama 12 bulan terakhir. Disamping kegiatan keagamaan, program senam juga termasuk paling sering dihadiri pra-lanjut usia dan lanjut usia, dengan frekuensi rata-rata 22 kali per tahun (sekitar dua kali per bulan) (Gambar 8.14 dan Gambar 8.15).

Gambar 8.14: Frekuensi Partisipasi dalam Kegiatan dan Layanan Selama Satu Tahun Terakhir menurut Kelompok Umur

(Jumlah kehadiran per Tahun)



Gambar 8.15: Partisipasi dalam Kegiatan dan Layanan menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (%)



Lanjut usia lebih sering berpartisipasi di gerakan menanam, rata-rata 14,1 kali per tahun atau setiap bulan sekali, dibandingkan 9,5 kali per tahun bagi pra-lanjut usia (Gambar 8.15). Hasil ILAS mengindikasikan pentingnya kegiatan kemasyarakatan. Meskipun demikian, partisipasi kegiatan-kegiatan ini cenderung rendah di antara pra-lanjut usia dan lanjut usia, terutama laki-laki. Kesejahteraan lanjut usia bisa dipromosikan melalui interaksi sosial dan ketersediaan sistem dukungan, seperti jaringan sosial dan lingkungan yang mendukung. Dukungan sosial, seperti berbagai bentuk bantuan pemerintah, mempunyai potensi dalam mengurangi dampak kesepian serta meningkatkan kualitas hidup lanjut usia. Sebagai ringkasan, menjaga kegiatan komunitas yang mendorong interaksi sosial oleh berbagai anggota di masyarakat merupakan hal penting. Selain itu, memperkuat sistem dukungan dalam rangka memastikan kesejahteraan pra-lanjut usia dan lanjut usia juga tak kalah penting.

Boks 4.4: Perbandingan Indikator Strategi Nasional Kelanjutusiaan dan Temuan ILAS

STRATEGI NASIONAL KELANJUTUSIAAN

VISI 3: Bermartabat: Meningkatkan status sosial dan penghormatan terhadap lanjut usia

Indikator: Lanjut usia yang aktif pada kegiatan keagamaan (%)

Data dasar 2015 (Susenas): 65,4%

Target untuk 2024: 70%

ILAS 2023: 66,9%

Partisipasi lanjut usia pada kegiatan keagamaan merupakan satu dari beberapa indikator untuk mewujudkan visi Strategi Nasional Kelanjutusiaan, yang bertujuan “mewujudkan kehidupan lanjut usia Indonesia yang mandiri, sejahtera, dan bermartabat”. Visi menargetkan 70% lanjut usia berpartisipasi aktif dalam kegiatan keagamaan pada tahun 2024. Dalam ILAS 2023, 66,9% lanjut usia berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan, dengan frekuensi rata-rata menghadiri kegiatan tersebut sekitar 44,5 kali dalam 12 bulan terakhir atau sekitar empat kali per bulan. Data terbaru tersebut mengindikasikan bahwa meski tidak semua lanjut usia terlibat ke dalam kegiatan keagamaan, namun yang terlibat di dalamnya cukup signifikan. Oleh karena itu, penting untuk memahami bagaimana lanjut usia mampu menghadapi tantangan-tantangan kesehatan yang bisa berdampak pada keterlibatan mereka di kegiatan kemasyarakatan. Semisal, seseorang dengan keterbatasan mobilitas bisa mendapati dirinya lebih banyak menghabiskan waktu di rumah. Akibatnya, kesempatan untuk bersosialisasi dan memenuhi kebutuhan spiritualitas mereka di luar rumah lebih sedikit. Untuk menyakinkan bahwa lanjut usia mampu mempertahankan peran dan martabat mereka tanpa merasa terisolasi, kegiatan keagamaan bisa dilakukan di rumah agar membantu dan mempertahankan ikatan sosial mereka.

ILAS = Indonesia Longitudinal Aging Survey, Susenas = Survey Sosial Ekonomi Nasional.

Sumber: Peraturan Presiden No. 88 Tahun 2021 terkait Strategi Nasional Kelanjutusiaan

Secara garis besar, ILAS 2023 memberi pandangan tentang aspek-aspek penting status kependudukan, kesehatan, dan sosial-ekonomi dari populasi lanjut usia di Indonesia, sesuai informasi yang diperoleh dari berbagai wilayah dan kelompok umur. Seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk lanjut usia, maka penting untuk mengatasi permasalahan yang berkembang seperti perumahan dengan harga terjangkau, keamanan finansial, dan perawatan kesehatan. Peningkatan capaian pendidikan pra-lanjut usia memang terlihat menjanjikan, namun masih banyak kesenjangan yang membutuhkan penanganan tepat demi memastikan pemerataan akses pendidikan berkualitas. Masalah kesehatan seperti penyakit kronis dan gangguan kognitif menunjukkan adanya kebutuhan untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dan jaringan dukungan sosial. Selain itu, mendorong keterlibatan dan partisipasi lanjut usia melalui kegiatan sukarela dan kegiatan kemasyarakatan juga tak kalah berarti bagi kesejahteraan dan kontribusi sosial mereka. Pasar tenaga kerja yang inklusif, meningkatkan program tunjangan dari pemerintah, dan mendukung generasi sandwich menjadi langkah penting untuk mencapai masa tua yang bermartabat dan terjamin bagi seluruh masyarakat Indonesia. Studi ini menjadi dasar bagi pengambilan kebijakan berbasis bukti yang tepat guna mempromosikan penuaan sehat dan ketahanan sosial sebagai respon terhadap pergeseran demografi.

Tabel 8.1: Temuan Utama dan Rekomendasi Kebijakan

No.	Temuan Utama	Rekomendasi Kebijakan
1	Di masa depan, semakin banyak lanjut usia akan menggunakan internet dan teknologi seperti komputer dan telepon pintar dalam memperoleh informasi. Penggunaan di antara pra-lanjut usia (37,6%) cenderung lebih tinggi daripada di antara lanjut usia (11,8%).	<p>Kebijakan harus mempertimbangkan penggunaan internet dan teknologi modern lain dalam mempromosikan gaya hidup sehat atau menerapkan langkah-langkah edukatif untuk meningkatkan kualitas hidup lanjut usia ketika membagi informasi, seperti ukuran huruf dan panjang konten.</p> <p>Melakukan program literasi digital dengan pelatihan interaktif untuk meningkatkan keterampilan teknologi diantara pra-lanjut usia dan lanjut usia. Para instruktur harus terbiasa dengan lanjut usia.</p> <p>Memperkuat jaringan sosial yang saling-dukung (anggota keluarga atau pertemanan) yang menyediakan dukungan informal untuk mempertahankan inklusi digital dan memastikan bahwa lanjut usia memiliki ketrampilan yang cukup memadai.</p>
2	Tingkat partisipasi di dalam kegiatan sukarela atau amal merupakan yang paling tinggi dari semua kegiatan (65,3%), dengan pra-lanjut usia berpartisipasi lebih banyak dibandingkan lanjut usia (68,6% dibandingkan 59,9%), terutama laki-laki daripada perempuan (74,4% dibandingkan 63,0%). Namun, partisipasi ini turun seiring dengan bertambahnya umur.	<p>Temuan ini menekankan kebutuhan untuk mengimplementasikan kebijakan yang mendorong dan membantu keterlibatan sosial lanjut usia.</p> <p>Inisiatif ini harus mengutamakan usaha-usaha dalam menciptakan kesempatan interaksi sosial dan partisipasi masyarakat yang mudah diakses lanjut usia. Mendorong lanjut usia untuk menjadi mentor atau berpartisipasi dalam program antar-generasi yang pada akhirnya bisa bermanfaat bagi mereka.</p> <p>Kebijakan yang terbentuk harus mempertimbangkan hambatan potensial seperti keterbatasan transportasi atau kondisi kesehatan untuk memastikan partisipasi terus menerus bagi lanjut usia. Upaya ini bisa membantu untuk mencegah isolasi sosial, meningkatkan kesejahteraan, dan mencegah penurunan kognitif, dan menggunakan keterampilan dan pengalaman lanjut usia agar berfaedah di masyarakat.</p>
3	Rata-rata, responden menghabiskan sebagian besar waktunya untuk merawat cucu atau lanjut usia dengan ketergantungan (masing-masing 28,9 dan 23,6 jam per minggu). Sebagian besar waktu yang dihabiskan untuk merawat ini lebih besar bagi kelompok perempuan daripada laki-laki (37,6 versus 20,2 jam per minggu untuk mengasuh cucu dan 25,3 versus 20,3 jam per minggu untuk perawatan lanjut usia dengan ketergantungan).	Kebijakan harus menimbang jadwal kerja yang fleksibel bagi pemberi rawat atau ada program yang mendukung pemberi rawat, seperti insentif finansial berupa tabungan atau program dukungan lainnya, guna menjaga keberlanjutan pemberi rawat kepada keluarga tanpa mengkompromikan kesejahteraan dan kebutuhan pribadinya, terutama bagi pemberi rawat perempuan. Jadwal kerja yang fleksibel bisa memungkinkan pemberi rawat untuk berpartisipasi dalam pasar tenaga kerja atau mengambil waktu cuti dari kerja.
4	Kelompok lanjut usia (21%-37%) dan perempuan lanjut usia (25%-46%) lebih banyak aktif di dalam kegiatan Posyandu, BKL, Senam Lansia, and Gerakan Lanjut Usia Menanam, dibandingkan kelompok laki-laki (pra-lanjut usia: 4%-17%; lanjut usia: 15%-27%).	<p>Meningkatkan kepedulian di antara banyak orang tentang manfaat program dan kegiatan yang didesain khusus bagi lanjut usia, dengan melibatkan tokoh masyarakat untuk meningkatkan partisipasi terutama di antara laki-laki.</p> <p>Menyediakan kegiatan dengan jadwal lebih fleksibel bagi laki-laki.</p>

Lampiran

Lampiran 1: Menghitung Ukuran Sampel

Penentuan jumlah sampel di setiap provinsi memperhitungkan tingkatan yang tidak merespon (non-response rate/NRR) sebesar 10% dan margin galat (margin of error/MoE) sebesar 9,0%. Interval kepercayaan yang digunakan dalam perhitungan sampel ialah 95%, dengan nilai Z 1,96. Efek desain (Design effect/DEFF) yang digunakan dalam kalkulasi ini adalah 2, di mana nilai tersebut secara umum digunakan bagi survei-survei yang dijalankan kali pertama. Persentase populasi berusia 15-59 juga menjadi pertimbangan, dengan rata-rata anggota rumah tangga berusia 15-59 sebesar 1,95. Rumus untuk mengkalkulasi ukuran sampel ialah sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * \frac{\%P_{ratalansia}}{100} * \left(1 - \frac{\%P_{ratalansia}}{100}\right) * DEFF * (1 + NRR)}{\left(MoE * \frac{\%P_{ratalansia}}{100}\right)^2 * rerata P_{15-59}}$$

Berdasarkan perhitungan yang menggunakan rumus di atas, ukuran sampel ILAS 2023 adalah 1.394 dan telah disesuaikan menjadi 1.440 rumah tangga. Dengan mengambil 10 sampel rumah tangga di setiap wilayah pencacahan (unit lingkungan terkecil setingkat Rukun Tetangga [RT]), total rumah tangga ILAS tersebar di 144 wilayah pencacahan (EAs).

Ukuran sampel per kabupaten tergantung pada jumlah populasi setiap provinsi, mengikuti metode probabilitas proporsional berdasarkan ukuran (probability proportional to size/PPS). Jumlah sampel kabupaten di setiap provinsi berlaku mulai dari satu sampai tiga kabupaten. Dalam setiap kabupaten terpilih, terdapat tiga kecamatan dan dua desa di setiap kecamatan yang dipilih sebagai sampel. Sampel rumah tangga di setiap satuan lingkungan setempat dipilih menggunakan pendekatan pengambilan sampel acak sistematis.

Lampiran 2: Daftar Enumerator

Tim	A. Sumatera Barat		Tim	B. Lampung	
Supervisor	Fajar Kurniawan	M	Supervisor	Bahrudin	M
Enumerator	Nuraida	F	Enumerator	Desi Ayu Prabawati	F
Enumerator	Andri Setianingsih	F	Enumerator	Rahayu	F
Enumerator	Muh. Satrywansyah	M	Enumerator	Anton Pandapotan	M
Enumerator	Okti Wiji Wahyuni	F	Enumerator	Dheby Pangestuningati	F
Enumerator	Fajar Kumala	M	Enumerator	Febriyan Rizki Kurniawan	M

Tim	C. Jawa Barat		Tim	D. Daerah Istimewa Yogyakarta	
Supervisor	Subagiyo	M	Supervisor	Agus Lesmana	M
Enumerator	Santa Maria Gultom	F	Enumerator	Anggraini Puspa Wardhani	F
Enumerator	Novita	F	Enumerator	Anisah Nurul Khasanah	F
Enumerator	Agung Tri Prabowo	M	Enumerator	Arif Yulianto	M
Enumerator	Romadhoni Feby Indriani	F	Enumerator	Haningtya Widiasworo	F
Enumerator	Tundiyati	F	Enumerator	Elyna Puspita Rahayu	F

Tim	E. Jawa Timur 1		Tim	F. Jawa Timur 2	
Supervisor	Naryanta	M	Supervisor	Arief Gunawan	M
Enumerator	Nur Isnaini Ulfah Fauzi	F	Enumerator	Ega Wisnu Selia	F
Enumerator	Raras Paramasari	F	Enumerator	Sutianik Romadhoni	F
Enumerator	Tommy Setiawan	M	Enumerator	Imam Hanafi	M
Enumerator	Atika Sugiyanto	F	Enumerator	Trisniana Pertiwi	F
Enumerator	Laelafitrianisahronie	F	Enumerator	Nugroho Dwi Saputro	M

Tim	G. Bali – Kalimantan Selatan		Tim	H. Sulawesi Selatan – Maluku	
Supervisor	Januar Kurniawan	M	Supervisor	Amirul Arifin	M
Enumerator	Ummu Hasanah	F	Enumerator	Rissa Nurashri Habibu	F
Enumerator	Ni Ketut Savitri Pramitha Dewi	F	Enumerator	Anis Isti Rahayu Puspita Sari	F
Enumerator	Muhamad Lin Abdul Azis Akbar	M	Enumerator	Arham Ichwardani S	M
Enumerator	Ika Bhineka Lestari Pertiwi	F	Enumerator	Sumami	F
Enumerator	Hendra Priyantor	M	Enumerator	Dimas Pandu Pranata	M

Lampiran 3: Strategi Nasional Kelanjutusiaan

Visi (1)	Indikator Visi (2)	Sumber Data (3)	Data Dasar (Tahun) (4)	Target 2024 (5)	Deskripsi
1. Mandiri: Meningkatkan kapasitas Lanjut Usia dari segi ekonomi dan kemampuan fungsionalnya	a. Tingkat kemiskinan lanjut usia (%)	Survei Sosial- Ekonomi Nasional	11,24 (2020)	<10	ILAS mempunyai bagian konsumsi untuk mengukur pengeluaran rumah tangga. Namun, survei ini menangkap item-item yang lebih sedikit dibandingkan Survei Sosial-Ekonomi Nasional.
	b. Mobilitas penduduk Lanjut Usia (Lanjut Usia yang tidak mengalami kesulitan dalam berjalan/ naik tangga dan/atau menggerakkan/ menggunakan tangan dan jari)	Survei Penduduk Antar Sensus	92,1 (2015)	94	ILAS menggunakan enam pertanyaan dari Washington Group Questions untuk mengukur disabilitas, termasuk pertanyaan untuk mengukur mobilitas penduduk seperti yang digunakan didalam indikator visi strategi nasional, yaitu lanjut usia yang tidak mengalami kesulitan dalam berjalan/naik tangga. Namun, ILAS tidak mencakup pertanyaan mengenai kemampuan menggerakkan/menggunakan tangan dan jari. Di ILAS, 70,6% lanjut usia mempunyai kesulitan berjalan dan menaiki tangga.
	c. Kapasitas penduduk Lanjut Usia (Lanjut Usia yang tidak mengalami kesulitan dalam melihat, mendengar, berbicara/ berkomunikasi, mengingat/ konsentrasi, mengontrol emosi atau mengurus diri)	Survei Penduduk Antar Sensus	88,6 (2015)	90	<p>ILAS menggunakan enam pertanyaan dari Washington Group Questions untuk mengukur disabilitas: kesulitan melihat, mendengar, berbicara atau menaiki tangga, mengingat/berkonsentrasi, merawat diri sendiri. Persentase lanjut usia yang mengalami kesulitan-kesulitan ini lebih tinggi daripada pra-lanjut usia dan meningkat seiring bertambahnya umur.</p> <p>ILAS tidak mencakup semua pertanyaan yang digunakan untuk mengukur kapasitas penduduk lanjut usia dalam visi Stranas Kelanjutusiaan yaitu tidak mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi.</p> <p>Lanjut usia tanpa kesulitan: Melihat: 76,9% Mendengar: 76,2% Berbicara/berkomunikasi: 88,7% Mengingat/berkonsentrasi: 80,7% Merawat diri: 91,3%</p>

Berlanjut ke halaman berikutnya

Lampiran 3 berikutnya

Visi (1)	Indikator Visi (2)	Sumber Data (3)	Data Dasar (Tahun) (4)	Target 2024 (5)	Deskripsi
2. Sejahtera: Meningkatkan kesehatan, produktivitas, dan kenyamanan	a. Usia Harapan hidup	Badan Pusat Statistik	71 (2017)	75	Data ini tidak tersedia di ILAS
	b. Usia Harapan hidup sehat	Badan Pusat Statistik	62 (2017)	70	Data ini tidak tersedia di ILAS
	c. Penduduk lanjut usia bekerja di sektor formal (%)	Survei Angkatan Kerja Nasional	13,93 (2020)	50	Sesuai dengan definisi pekerjaan formal dari BPS, maka pekerjaan formal adalah apabila seseorang bekerja sebagai pemberi kerja dengan pekerja/buruh tetap dan karyawan tetap. Pada bagian ketenagakerjaan, ILAS menangkap status pekerjaan individu yang dapat dihitung indikatornya.
	d. Kawasan ramah lanjut usia (jumlah Kabupaten/ Kota yang ramah lanjut usia)	Kement- rian Pekerjaan Umum dan Peruma- han Rakyat	(2020)	5	ILAS menyediakan data di tingkat mikro/individu dan karenanya tidak bisa memberikan jawaban bagi indikator visi tersebut. Namun, ILAS mampu menghadirkan gambaran persepsi dari pralanjut usia dan lanjut usia tentang kompleks perumahan khusus lanjut usia dengan fasilitas ramah lanjut usia. Hasil dari ILAS menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyakini bahwa kawasan perumahan lanjut usia dengan fasilitas ramah lanjut usia merupakan gagasan yang baik. Namun tidak semua ingin tinggal di kawasan tersebut, terutama perempuan, karena mereka masih mempunyai anggota keluarga untuk merawat mereka. Hal ini menunjukkan bahwa konsep tentang fasilitas ramah lanjut usia mungkin diterima di masyarakat, tetapi pada praktiknya masih ada keengganan untuk benar-benar meninggalkan rumah. Lanjut usia cenderung ingin menua di tempat mereka tinggal, di mana mereka hidup, sehingga beban perawatan masih ada di pundak keluarga atau komunitas. Kemudahan dan kenyamanan harus diutamakan untuk membantu lanjut usia menua dengan baik di rumah dan mengurangi ketergantungan terhadap orang lain. Umpa-manya, membangun rumah atau fasilitas ramah-lansia di tempat mereka tinggal – sebuah konsep yang mencerminkan kawasan ramah lanjut usia.

Berlanjut ke halaman berikutnya

Lampiran 3 berikutnya

Visi (1)	Indikator Visi (2)	Sumber Data (3)	Data Dasar (Tahun) (4)	Target 2024 (5)	Deskripsi
	e. Sistem pelayanan ramah Lanjut Usia yang mencakup tujuh dimensi: spiritual, intelektual, emosional, fisik, sosial, vokasional, dan lingkungan (jumlah sistem pelayanan ramah lanjut usia yang mencakup tujuh dimensi)	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional	(2017)	1	<p>ILAS menjelaskan partisipasi pra-lanjut usia dan lanjut usia di Bina Keluarga Lansia [BKL] dan informasi yang tersedia tentang pemberi rawat.</p> <p>ILAS membahas partisipasi dan frekuensi partisipasi lanjut usia laki-laki dan perempuan di BKL.</p>
3. Bermartabat: Meningkatkan status sosial dan penghormatan terhadap lanjut usia	a. Lanjut usia aktif mengikuti kegiatan sosial kemasyarakatan	Survei Sosial-Ekonomi Nasional	85,4 (2015)	90	<p>ILAS menyertakan data tentang aksesibilitas dan keterlibatan pra-lanjut usia dan lanjut usia di kegiatan sosial yang ada di desa, termasuk Pos Pelayanan Terpadu/ Pos Pembinaan Terpadu [Posyandu/ Posbindu], BKL, Senam Lansia, Gerakan Lansia Menanam, dan Kegiatan Keagamaan.</p> <p>Partisipasi lanjut usia di kegiatan sosial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posyandu/Posbindu (37,8%), • Bina Keluarga Lansia (21,8%), • Pendamping sosial (8,9%), • Senam lansia (27,2%), • Gerakan lansia menanam (28,9%), • Kegiatan keagamaan (66,9%). <p>Selain informasi tersebut, ILAS juga mengulas tentang partisipasi pra-lanjut usia dan lanjut usia di pertemuan organisasi non-keagamaan, dengan tingkat partisipasi 44,4%.</p>

Berlanjut ke halaman berikutnya

Lampiran 3 berikutnya

Visi (1)	Indikator Visi (2)	Sumber Data (3)	Data Dasar (Tahun) (4)	Target 2024 (5)	Deskripsi
	b. Lanjut usia yang tidak mengalami kekerasan/kejahatan (%)	Survei Sosial-Ekonomi Nasional	99,03 (2020)	99,5	<p>Kekerasan merupakan masalah yang perlu disikapi hati-hati. ILAS tidak bertanya secara langsung terkait peristiwa khusus kekerasan yang mungkin responden alami. Alih-alih, survey ini menyelidiki kasus-kasus kekerasan atau penelantaran di lingkungan mereka dan menilai apakah lanjut usia yang telah menjadi korban kekerasan menerima dukungan yang dibutuhkan.</p> <p>Sebagian besar responden mengaku tidak ada kekerasan atau penelantaran terhadap lanjut usia di lingkungan mereka. Namun, masih ada beberapa orang yang mengakui kasus-kasus kekerasan (sekitar 4% keseluruhan), dan ditemukan bahwa 2,5% lanjut usia menjadi korban dan tidak menerima dukungan yang memadai.</p>
	c. Lanjut usia yang aktif pada kegiatan keagamaan (%)	Survei Sosial-Ekonomi Nasional	65,4 (2015)	70	Kehadiran lanjut usia dalam kegiatan keagamaan: 66,9%

Strategi Nasional Kelanjutusiaan

No.	Indikator	Target	Hasil ILAS 2023
STRATEGI 1: Peningkatan Perlindungan Sosial, Jaminan Pendapatan, dan Kapasitas Individu			
Rekomendasi kebijakan 1.1: Meningkatkan perlindungan sosial bagi lanjut usia			
1.1.1	Persentase penduduk lanjut usia yang tercakup seluruh program jaminan sosial	Data dasar 2017: 12,5% Target 2024: 30%	UU Nomor 24 Tahun 2011 menjelaskan bahwa jaminan sosial mencakup kesehatan, dan ketenagakerjaan. Kuesioner ILAS tidak menyertakan pertanyaan tentang jaminan sosial terkait dengan ketenagakerjaan. Alih-alih, ILAS fokus pada kepemilikan asuransi kesehatan, yang terbagi ke dalam (i) asuransi yang disubsidi pemerintah (BPJS PBI, Jamkesda); (ii) asuransi non pemerintah yang dibiayai sendiri (BPJS non-PBI/Mandiri, swasta, dan perusahaan atau kantor asuransi); dan (iii) tanpa asuransi. Kepemilikan asuransi kesehatan: Tidak memiliki asuransi kesehatan: 31,0% (total) Pra-lanjut usia tanpa asuransi kesehatan: 31,4% Lanjut usia tanpa asuransi kesehatan: 30,5% Asuransi yang ditanggung pemerintah (BPJS PBI, Jamkesda): 46,8% (total) Pra-lanjut usia: 44,8% Lanjut usia: 50,0% Asuransi yang tidak ditanggung pemerintah (BPJS non-PBI, swasta atau kantor): 22,2% (total) Pra-lanjut usia: 23,9% Lanjut usia: 19,6%
1.1.2	Persentase rumah tangga dengan lanjut usia yang memperoleh bantuan sosial	Data dasar 2020: 18,99% Target 2024: 25%	ILAS 2023 menyertakan pertanyaan tentang bantuan pemerintah untuk lanjut usia: Lanjut usia (berusia 60 dan lebih): 41% Pra-lanjut usia: 24%
Rekomendasi kebijakan 1.2: Mengembangkan pendidikan dan keterampilan sepanjang hayat bagi lanjut usia			
1.2.1	Jumlah pendidikan khusus bagi lanjut usia	Data dasar 2020: 0 Target 2024: 1	Tidak tersedia data di ILAS
1.2.2	Persentase lanjut usia yang menguasai teknologi, informasi, dan komunikasi (TIK)	Data dasar 2020: 46,68% Target 2024: 60%	Kemampuan menggunakan telepon pintar/ telepon genggam /telepon rumah secara mandiri: Lanjut usia (berusia 60 atau lebih): 32,1% Pra-lanjut usia: 71,7% Kemampuan untuk menggunakan perangkat tablet/komputer secara mandiri: Lanjut usia (berusia 60 dan lebih): 2,5% Pra-lanjut usia: 10,1%

Berlanjut ke halaman berikutnya

Lampiran 3 berikutnya

No.	Indikator	Target	Hasil ILAS 2023
Rekomendasi Kebijakan 1.3: Mengembangkan program pemberdayaan lanjut usia sesuai dengan kemampuan dan minat			
1.3.1	Jumlah pendidikan keterampilan dan kewirausahaan untuk persiapan dan masa pensiun/Lanjut Usia yang dikembangkan	Data dasar 2018: 0 Target 2024: 1	Data ini tidak tersedia di ILAS
1.3.2	Jumlah kebijakan pemanfaatan keahlian dan pengalaman Lanjut Usia setelah pensiun yang ditetapkan	Data dasar 2018: 0 Target 2024: 1 kebijakan	Data ini tidak tersedia di ILAS
Rekomendasi Kebijakan 1.4: Menyelenggarakan pemberdayaan kelanjutusiaan terintegrasi bagi lanjut usia			
1.4	Jumlah posyandu lanjut usia yang dikembangkan pemerintah desa/kelurahan sebagai bagian program pemberdayaan kelanjutusiaan.	Data dasar 2017: 80.759 lanjut usia Target Posyandu 2024: 100.000 Posyandu lanjut usia atau 100% desa/kelurahan memiliki Posyandu	Ketersediaan Posyandu lansia di desa: 53,4%
STRATEGI 2: Peningkatan derajat kesehatan dan kualitas hidup lanjut usia			
Rekomendasi kebijakan 2.1: Meningkatkan status gizi dan pola hidup yang sehat			
2.1.1	Prevalensi gangguan gizi pada lanjut usia	Data Baseline 2018: 41% Target 2024: 40%	Berat badan kurang: 15,5% Berat badan lebih: 10,6% Obesitas: 18,4% Total: 44,5%
2.1.2	Persentase lanjut usia yang mandiri	Data dasar 2018: 74,3% Target 2024: 80%	ADL Mandiri: 82,0%
Rekomendasi kebijakan 2.2: Memperluas pelayanan kesehatan bagi lanjut usia			
2.2	Persentase lanjut usia yang mendapatkan pemeriksaan kesehatan sesuai standar	Data dasar 2018: 44,8% Target 2024: 80%	Skrining kesehatan selama 12 bulan ke belakang, meliputi pemeriksaan gula darah, kolesterol, kesehatan kognitif, dan kesehatan mental, dengan pengecualian pengukuran berat badan, tinggi badan, dan tekanan darah, lantaran prosedur skrining ini menjadi bagian dari Posyandu/Posbindu dan Pusat Kesehatan Masyarakat [Puskesmas]. Pra-lanjut usia 34,0% Lanjut usia: 36,9%
Rekomendasi kebijakan 2.3: Menurunkan angka kesakitan lanjut usia			
2.3.1	Persentase lanjut usia yang mengalami penyakit tidak menular	Data dasar 2018: 65% Target 2024: 64%	Didiagnosis dengan setidaknya satu penyakit tidak menular. Pra-lanjut usia: 64,2% Lanjut usia: 69,8%
2.3.2	Persentase lanjut usia yang mengalami gangguan perilaku/mental emosional	Data dasar 2018: 12,8% Target 2024: 12%	Depresi: Berumur 60 ke atas: 6,6% Pra-lanjut usia: 10,9%

Berlanjut ke halaman berikutnya

Lampiran 3 berikutnya

No.	Indikator	Target	Hasil ILAS 2023
Rekomendasi kebijakan 2.4: Memperluas cakupan perawatan jangka panjang bagi lanjut usia			
2.4.1	Jumlah pedoman pelayanan perawatan jangka panjang (<i>long term care</i>) secara komprehensif bagi lanjut usia yang tersusun	Data dasar 2020: 0 Target 2024: 1	Data ini tidak tersedia di ILAS
2.4.2	Jumlah kelompok Bina Keluarga lanjut usia yang telah melaksanakan perawatan jangka panjang	Data dasar 2018: 34 Target 2024: 50.841	<p>ILAS tidak mempunyai informasi terkait jumlah kelompok BKL yang sudah melaksanakan perawatan jangka panjang. Namun, ada data partisipasi pra-lanjut usia dan lanjut usia di BKL, yakni masing-masing 7,6% and 21,8%.</p> <p>Sasaran program BKL adalah lanjut usia dan keluarganya yang bertujuan untuk mewujudkan lanjut usia tangguh berdasarkan 7 dimensi. Keluarga memainkan peranan penting sebagai pemberi rawat informal dalam perawatan lanjut usia. ILAS melaporkan:</p> <p>Lanjut usia tanpa pemberi rawat: 7,8% Laki-laki lanjut usia tanpa pemberi rawat: 11,2% Perempuan lanjut usia tanpa pemberi rawat: 4,6%</p>
2.4.3	Persentase puskesmas yang mengembangkan perawatan jangka panjang bagi lanjut usia	Data dasar 2018: 0% Target 2024: 20%	Data ini tidak tersedia di ILAS
2.4.4	Persentase Balai/Panti/ Loka Perawatan dalam Rumah yang mengembangkan perawatan jangka panjang bagi lanjut usia	Data dasar 2018: 0% Target 2024: 10%	Data ini tidak tersedia di ILAS
2.4.5	Jumlah sistem perawatan jangka panjang bagi lanjut usia terintegrasi yang dikembangkan	Data dasar 2020: 0 Target 2024: 1	Data ini tidak tersedia di ILAS
2.4.6	Jumlah Kabupaten/ Kota yang memiliki sistem perawatan jangka panjang terintegrasi (lokasi uji coba Layanan lanjut usia Terintegrasi)	Data dasar 2020: 5 Target 2024: 10	Data ini tidak tersedia di ILAS
STRATEGI 3: Pembangunan masyarakat dan lingkungan ramah lanjut usia			
Rekomendasi Kebijakan 3.1: Meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap isu kelanjutusiaan			
3.1.1	Persentase masyarakat yang meningkat pemahamannya terhadap isu kelanjutusiaan	Data dasar 2018: 0 Target 2024: 20%	<p>Pertanyaan di ILAS 2023 tentang pandangan positif setiap individu tentang fasilitas ramah lanjut usia (jawaban “setuju” atau “ide bagus”)</p> <p>Lanjut usia: 78,9% Pra-lanjut usia: 84%</p> <p>Sama seperti Visi 2.d di atas</p>

Berlanjut ke halaman berikutnya

Lampiran 3 berikutnya

No.	Indikator	Target	Hasil ILAS 2023
3.1.2	Persentase keluarga lanjut usia yang meningkat pemahamannya mengenai pendampingan dan perawatan terhadap lanjut usia dalam keluarga	Data dasar 2018: 4,3% Target 2024: 10%	Pertanyaan di ILAS 2023 tentang keinginan menggunakan layanan dukungan rumah (jawaban “Ya”) Berusia 60 ke atas: 66,5% Pra-lanjut usia: 70,1%
Rekomendasi kebijakan 3.2: Meningkatkan sarana prasarana yang ramah bagi lanjut usia			
3.2.1	Jumlah kabupaten atau kota yang ramah lanjut usia	Data dasar 2018: 0 Target 2024: 5	Sama seperti Visi 2.d di atas
3.2.2	Persentase penyelenggara jasa layanan (darat, laut, udara dan kereta api) yang telah menyediakan aksesibilitas transportasi publik bagi Lanjut Usia	Data dasar 2018: NA Target 2024: 10%	Data ini tidak tersedia di ILAS
STRATEGI 4: Penguatan kelembagaan pelaksana program kelanjutusiaan			
Rekomendasi kebijakan 4.1: Mengembangkan standar dan meningkatkan kualitas kelembagaan kelanjutusiaan			
4.1	Jumlah pedoman standar pelayanan, akreditasi dan sertifikasi pada lembaga Kelanjutusiaan yang tersusun	Data dasar 2018: 0 Target 2024: 1 panduan	Data ini tidak tersedia di ILAS
Rekomendasi kebijakan 4.2: Memperkuat sistem akreditasi lembaga kelanjutusiaan			
4.2.1	Persentase lembaga kelanjutusiaan yang telah menerapkan akreditasi dan sertifikasi telah menjalankan kegiatan sesuai standar	Data dasar 2018: 0% Target 2024: 5% (505 Lembaga Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia)	Data ini tidak tersedia di ILAS
4.2.2	Jumlah Lembaga Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia yang dikembangkan masyarakat atau komunitas per 1000 lanjut usia di daerah	Data dasar 2017: 0 Target 2024: 280 Lembaga Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia	Data ini tidak tersedia di ILAS
Rekomendasi kebijakan 4.3: Mengembangkan sistem pendidikan, pelatihan, dan sertifikasi untuk tenaga pelayanan rawat lanjut usia			
4.3	Jumlah sistem standarisasi dan sertifikasi tenaga pelayanan lanjut usia (kelanjutusiaan) bagi lanjut usia yang tersusun	Data dasar 2018: 0 Target 2024: 1	ILAS menunjukkan bahwa mayoritas pemberi rawat merupakan anggota rumah tangga, perempuan, dan tidak punya pendidikan formal atau hanya bersekolah dasar. Pemberi rawat informal seringkali mempunyai pengetahuan terbatas, sehingga penting untuk menyediakan informasi yang mumpuni agar secara efektif mendukung kebutuhan lanjut usia. Pengetahuan yang memadai bisa juga mengurangi beban pemberi rawat secara fisik, emosi, dan kelelahan mental dari pemberi rawat. Informasi tentang lanjut usia tanpa pemberi rawat ditemukan di item 2.4.2.

Berlanjut ke halaman berikutnya

Lampiran 3 berikutnya

No.	Indikator	Target	Hasil ILAS 2023
STRATEGI 5: Penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan terhadap hak lanjut usia			
Rekomendasi Kebijakan 5.1: Memperkuat peraturan perundang-undangan yang memihak kepada kelanjutusiaan			
5.1	Jumlah peraturan perundang-undangan terkait kelanjutusiaan yang tersusun	Data dasar 2020: 0 Target 2024: 1	Data ini tidak tersedia di ILAS
Rekomendasi Kebijakan 5.2: Meningkatkan pemenuhan hak penduduk lanjut usia			
5.2.1	Persentase provinsi yang menerapkan peraturan perundang-undangan tentang hak lanjut usia di daerah	Data dasar 2020: 0 Target 2024: 100%	Data ini tidak tersedia di ILAS
5.2.2	Persentase lanjut usia yang memiliki Nomor Induk Kependudukan	Data dasar 2018: 97,89% Target 2024: 100%	Data ini tidak tersedia di ILAS
5.2.3	Persentase lanjut usia yang menjadi pemilih dalam Data Pemilih Tetap Pemilihan Umum dan Pemilihan Kepala Daerah	Data dasar 2018: NA Target 2024: 90%	Data ini tidak tersedia di ILAS
5.2.4	Jumlah sistem pemberian prioritas dalam mengakses layanan publik bagi lanjut usia seperti transportasi publik, tempat wisata, dan sarana olahraga yang dikembangkan	Data dasar 2018: 0 Target in 2024: 1	Data ini tidak tersedia di ILAS
Rekomendasi Kebijakan 5.3: Meningkatkan peran serta aktif penduduk lanjut usia			
5.3.1	Jumlah provinsi yang memperoleh sosialisasi/diseminasi peraturan perundang-undangan tentang hak lanjut usia	Data dasar 2018: 0 Target in 2024: 34	Data ini tidak tersedia di ILAS
5.3.2	Jumlah lanjut usia yang berpartisipasi dalam Bina Keluarga Lanjut Usia	Data dasar 2018: 1 juta Target in 2024: 2 juta	<p>Di ILAS, ada data yang tersedia terkait ketersediaan program BKL di tempat lanjut usia tinggal, sebagaimana partisipasi mereka di program tersebut. Hal ini termasuk informasi tentang frekuensi kehadiran dalam kegiatan BKL selama satu tahun terakhir.</p> <p>Ketersediaan kegiatan/layanan BKL: 14,7% Kehadiran lanjut usia di BKL: Total: 21,8% Laki-laki: 16,7% Perempuan: 25,8%</p> <p>Rata-rata frekuensi kehadiran lanjut usia di kegiatan BKL selama satu tahun: Total: 7 kali per tahun Laki-laki: 4,1 kali per tahun Perempuan: 8,5 kali per tahun</p>
Rekomendasi Kebijakan 5.4: Melindungi penduduk lanjut usia dari tindak kekerasan			
5.4	Persentase lanjut usia yang tidak mengalami kekerasan/kejahatan	Data dasar 2020: 99,03% Target 2024: 99,5%	Sama seperti Visi 3.b di atas

Daftar Pustaka

- Acosta, A., F. Nicolli, and P. Karfakis. 2021. Coping with Climate Shocks: The Complex Role of Livestock Portfolios. *World Development*. 146. 105546.
- Adioetomo, S. M. et al. 2018. Becoming an Older Adult: Between Grace and Challenges. In S. M. Adioetomo and E. L. Pardede. *Reaping the Demographic Bonus: Building People Early* Depok: PT Raja Grafindo Persada.
- Administration on Aging (AoA), United States Department of Health and Human Services. 2009. A Profile of Older Americans: 2009. https://acl.gov/sites/default/files/Aging%20and%20Disability%20in%20America/2009profile_508.pdf .
- Alharbi, T. A. et al. 2022. The Association of Weight Loss, Weight Status, and Abdominal Obesity with All-Cause Mortality in Older Adults. *Gerontology* 68 (12). pp. 1366–1374. <https://doi.org/10.1159/000522040>.
- Ambaw Kassie, G. et al. 2023. Undiagnosed Hypertension and Associated Factors among Adults in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Cardiovascular Disorders*. 23 (278). <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03300-0>.
- Annur, C. M. n.d. Survei KIC: Dompot Digital Jadi Metode Pembayaran yang Paling Banyak Digunakan di Aplikasi Digital (in Bahasa Indonesia). <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2023/04/14/survei-kic-dompot-digital-jadi-metode-pembayaran-yang-paling-banyak-digunakan-di-aplikasi-digital>.
- Azizabadi Farahani, M. and S. Assari. 2010. Relationship Between Pain and Quality of Life. In V. R. Preedy and R. R. Watson. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* pp. 3933–3953. doi:10.1007/978-0-387-78665-0_229.
- Bloom, G. 2019. Service Delivery Transformation for UHC in Asia and the Pacific. *Health Systems & Reform*. 5 (1). pp. 7–17. 10.1080/23288604.2018.1541498.
- Bohannon, R. W. 2019. Grip Strength: An Indispensable Biomarker For Older Adults. *Clinical Interventions in Aging*. 14. pp. 1681–1691. <https://doi.org/10.2147/CIA.S194543>.
- Budiarti, N. and B. Kharisma. 2022. The Labor Force Participation of Individuals Age 50 Years and Over in Indonesia. *AIP Conference Proceedings*. 2662 (1). pp. 1–5. AIP. <https://www.researchgate.net/publication/366523168>.
- Bueno de Souza, R. O. et al. 2018. Effects of Mat Pilates on Physical Functional Performance of Older Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 97 (6). pp. 414–25.
- Callahan, C. M. et al. 2002. Six-Item Screener to Identify Cognitive Impairment Among Potential Subjects for Clinical Research. *Medical Care*. 40 (9). pp. 771–781. <https://doi.org/10.1097/00005650-200209000-00007> .
- Carr, D. and S. Bodnar-Deren. 2009. Gender, Aging and Widowhood. In P. Uhlenberg, ed. *International Handbook of Population Aging*. International Handbooks of Population, Vol. 1. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8356-3_32.

- Caspersen, C. J. et al. 1985. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports*. 100 (2). pp. 126–131.
- Chen, L.-K. et al. 2014. Sarcopenia in Asia: Consensus Report of the Asian Working Group for Sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 15 (2). pp. 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.025>.
- Chen, M.-R. et al. 2010. A Preliminary Study of the Six-Item Screener in Detecting Cognitive Impairment. *Neuroscience Bulletin*. 26 (4). pp. 317–321. <https://doi.org/10.1007/s12264-010-0106-1>.
- Cheng, S. T., H. Fung, and A. Chan. 2007. Maintaining Self-Rated Health through Social Comparison in Old Age. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 62 (5). pp. P277–P285. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.5.p277>.
- Cleveland, W. P. and D. T. Gianturco. 1976. Remarriage Probability after Widowhood: A Retrospective Method. *Journal of Gerontology*. 31 (1). pp. 99–103. <https://doi.org/10.1093/geronj/31.1.99>.
- Collin, C., D. T. Wade, S. Davies, and V. Horne. 1988. The Barthel ADL Index: A Reliability Study. *International Disability Studies*. 10 (2). pp. 61–63. <https://doi.org/10.3109/09638288809164103>.
- Contzen, S. et al. 2017. Retirement as a Discrete Life-Stage of Farming Men and Women's Biography?. *Sociologia Ruralis*. 57. pp. 730–751.
- Cravino, J., A. Levchenko, and M. Rojas. 2022. Population Aging and Structural Transformation. *American Economic Journal: Macroeconomics*. 14 (4). pp. 479–498.
- Doll, R. et al. 2004. Mortality in Relation to Smoking: 50 Years' Observations on Male British Doctors. *BMJ (Clinical Research ed.)*. 328 (7455). p. 1519. <https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE>.
- Du, F., X.-Y. Dong, and Y. Zhang. 2019. Grandparent-Provided Childcare and Labor Force Participation of Mothers with Preschool Children in Urban China. *China Population and Development Studies*. 2 (4). pp. 347–368.
- Eckstrom, E. et al. 2020. Physical Activity and Healthy Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*. 36 (4). pp. 671–683. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.06.009>.
- Edemekong, P. F. et al. 2023. Activities of Daily Living. *StatPearls [Internet]*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>.
- Fasel, N. et al. 2021. The Relative Importance of Personal Beliefs, Meta-Stereotypes and Societal Stereotypes of Age for the Wellbeing of Older People. *Ageing & Society*. 41 (12). pp. 2768–2791. doi:10.1017/S0144686X20000537.
- Fattah, R. A. et al. 2023. Incidence of Catastrophic Health Spending in Indonesia: Insights from a Household Panel Study 2018–2019. *International Journal for Equity in Health*. 22 (1). p. 185. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01980-w>.
- Frankenberg, E., M. Saputra, and V. Beard. 1999. The Kindred Spirit: the Ties that Bind Indonesian Children and Their Parents. *Asian Journal of Social Science*. 27 (2). pp. 65–85.
- Garcia-Moran, E. and Z. Kuehn. 2017. With Strings Attached: Grandparent-Provided Childcare and Female Labor Market Outcomes. *Review of Economic Dynamics*. 23. pp. 80–98.
- Germain, C. M. et al. 2016. Sex, Race and Age Differences in Muscle Strength and Limitations in Community Dwelling Older Adults: Data from the Health and Retirement Survey (HRS). *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 65. pp. 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.007>.

- Goldberg, P. et al. 2001. Longitudinal Study of Associations between Perceived Health Status and Self-Reported Diseases in the French Gazel Cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 (4). pp. 233–238. <https://doi.org/10.1136/jech.55.4.233>.
- Government of Indonesia. 2021. Presidential Regulation of the Republic of Indonesia No. 88 concerning the National Strategy of Aging. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/178090/perpres-no-88-tahun-2021>.
- Government of Indonesia. 2022. Regulation of the Minister of National Development Planning/Head of the National Development Planning Agency of the Republic of Indonesia No. 4 concerning the Draft Government Work Plan, 2023.
- Gupta S. et al. 2021. Underweight, Overweight, and Anemia among Elderly Persons in a Rural Area of Ballabgarh, Haryana. *Indian Journal of Community Medicine*. 46 (3). pp. 511–514. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_688_20.
- Holt-Lunstad, J., T. B. Smith, and J. B. Layton. 2010. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review. *PLoS Medicine*. 7. pp. 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hussain M. A. et al. 2016. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Indonesian Adults Aged ≥ 40 Years: Findings from the Indonesia Family Life Survey (IFLS). *PLoS One*. 11 (8). e0160922. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160922>
- IFG Progress Financial Research. 2021. Progress Weekly Digest. Dana Pensiun Indonesia: Kondisi & Tantangan (in Bahasa Indonesia). 10 November 2021 (Issue 5).
- Jamir, L. et al. 2015. Anthropometric Characteristics and Undernutrition among Older Persons in a Rural Area of Northern India. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 27 (2). NP2246–58. doi: 10.1177/1010539513490191.
- Jiang, R. et al. 2022. Associations between Grip Strength, Brain Structure, and Mental Health in >40,000 Participants from the UK Biobank. *BMC Medicine*. 20 (286). <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02490-2>.
- Jiao, K. 2019. Inequality of Healthy Life Expectancy for the Chinese Elderly and Its Trend. *The Journal of Chinese Sociology*. 6 (1). p. 22. <https://doi.org/10.1186/s40711-019-0111-3>.
- Jin, X. et al. 2023. Pathophysiology of Obesity and Its Associated Diseases. *Acta Pharmaceutica Sinica B*. <https://doi.org/10.1016/j.apsb.2023.01.012>.
- Johansson, M. M. et al. 2021. Pain Characteristics and Quality of Life in Older People at High Risk of Future Hospitalization. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (3).
- Johar, M. and S. Maruyama. 2014. Does Coresidence Improve an Elderly Parent's Health?. *Journal of Applied Econometrics*. 29 (6). pp. 965–983.
- Jylhä, M. 2009. What Is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model. *Social Science & Medicine*. 69 (3). pp. 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>.
- Kalousová, L. 2020. Tobacco Control Policy and Smoking Among Older Americans: An Analysis of a Nationally-Representative Longitudinal Sample (1992–2014). *Preventive Medicine* 137. 106127. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106127> .
- Kaye, A. D., A. Baluch, and J. T. Scott. 2010. Pain Management in the Elderly Population: A Review. *Ochsner Journal*. 10 (3). pp. 79–87.

- Khanna, A. and C. Metgud. 2020. Prevalence of Cognitive Impairment in Elderly Population Residing in an Urban Area of Belagavi. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 9 (6). pp. 2699–2703. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_240_20.
- Kim, M., C. W. Won, and M. Kim. 2018. Muscular Grip Strength Normative Values for a Korean Population from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2014–2015. *PLoS One*. 13 (8). e0201275. doi: 10.1371/journal.pone.0201275.
- Kjeldsen S. E. 2018. Hypertension and Cardiovascular Risk: General Aspects. *Pharmacological Research*. 129. pp. 95–99. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.11.003>.
- Knox-Vydmanov, C. 2016. Work, Family and Social Protection. Old Age Income Security in Bangladesh, Nepal, the Philippines, Thailand and Vietnam. HelpAge International, East Asia/Pacific Regional Office.
- Kosen, S. et al. 2017. Health and Economic Cost of Tobacco in Indonesia: Review of Evidence Series Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kristina, S. A. et al. 2018. Health Care Cost of Noncommunicable Diseases Related to Smoking in Indonesia, 2015. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 30 (1). pp. 29–35. doi:10.1177/1010539517751311.
- Kumar, S. 2021. Offspring's Labor Migration and Its Implications for Elderly Parents' Emotional Wellbeing in Indonesia. *Social Science & Medicine*. 276. 113832.
- Langhammer, B., A. Bergland, and E. Rydwick. 2018. The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *BioMed Research International*. 7856823. <https://doi.org/10.1155/2018/7856823>.
- Lawton, M. P. and E. M. Brody. 1969. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*. 9 (3). pp. 179–186.
- Lee, S. Y. 2021. Handgrip Strength: An Irreplaceable Indicator of Muscle Function. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 45 (3). pp. 167–169. <https://doi.org/10.5535/arm.21106>
- Levine, D. A. et al. 2021. Sex Differences in Cognitive Decline among US Adults. *JAMA Network Open* 4 (2). e210169. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.0169>
- Levine, D. and M. Kevane. 2003. Are Investments in Daughters Lower When Daughters Move Away? Evidence from Indonesia. *World Development*. 31 (6). pp. 1065–1084.
- Liao, Q. et al. 2018. Waist Circumference Is a Better Predictor of Risk for Frailty than BMI in the Community-Dwelling Elderly in Beijing. *Aging Clinical and Experimental Research*. 30 (11). pp. 1319–1325. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0933-x>.
- Liu, J. and S. Xu. 2023. Retirement Policy, Employment Status, and Gender Pay Gap in Urban China. *Journal of Asian Economics*. 85. p. 101587.
- Madanih, R. and O. Purnamasari. 2021. Hubungan Penggunaan Media Sosial Sebagai Alat Komunikasi Dengan Kebahagiaan Lanjut Usia di Indonesia. *Perspektif Komunikasi: Jurnal Ilmu Komunikasi Politik dan Komunikasi Bisnis (in Bahasa Indonesia)*. 5 (1). pp. 99–109.
- Majnarić, L. T. et al. 2021. Low Psychological Resilience in Older Individuals: An Association with Increased Inflammation, Oxidative Stress and the Presence of Chronic Medical Conditions. *International Journal of Molecular Sciences*. 22 (16). p. 8970. doi: 10.3390/ijms22168970.
- Margolis, R. 2013. Educational Differences in Healthy Behavior Changes and Adherence among Middle-Aged Americans. *Journal of Health and Social Behavior*. 54 (3). pp. 353–368. <https://doi.org/10.1177/0022146513489312>.

- Matsukura, R. et al. 2018. Untapped Work Capacity among Old Persons and Their Potential Contributions to the “Silver Dividend” in Japan. *The Journal of the Economics of Ageing*. 12. pp. 236–249. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2017.01.002>.
- Meilissa, Y. et al. 2022. The 2019 Economic Cost of Smoking – Attributable Diseases in Indonesia *Tobacco Control*. 31. pp. s133–s139.
- Millán-Calenti, J. C. et al. 2010. Prevalence of Functional Disability in Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and Associated Factors, as Predictors of Morbidity and Mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 50 (3). pp. 306–310. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.017> .
- Miller, C. A. 2012. *Nursing Care of Older Adults: Theory and Practice*. 2nd Edition. J. B. Lippincott Company.
- Miller, W. C., H. A. Anton, and A. F. Townson. 2008. Measurement Properties of the CESD Scale among Individuals with Spinal Cord Injury. *Spinal Cord*. 46. pp. 287–292.
- Ministry of Health Indonesia. 2018. *Guidelines for Primary Health Care in Older People’s Long-Term Care (Pedoman untuk Puskesmas dalam Perawatan Jangka Panjang bagi Lanjut Usia)* (in Bahasa Indonesia).
- Ministry of Health Indonesia. 2019. *National Report of Riskesdas 2018 (Laporan Nasional Riskesdas 2018)* (in Bahasa Indonesia). Publishing Institution of the Health and Development Research Agency.
- Ministry of Health Indonesia. 2021. The Decision of Minister of Health Indonesia No. HK.01.07/MENKES/4634/2021 on National Guidelines for Adult Hypertension (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/4634/2021 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa) https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduh_1660186120_529286.pdf .
- Ministry of Health Indonesia. 2022. *National Health Accounts Indonesia 2020* (in Bahasa Indonesia). <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/4357/1/National%20Health%20Accounts%20Indonesia%20Tahun%202020.pdf> .
- Mlinac, M. E. and M. C. Feng. 2016. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 31 (6). pp. 506–516. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw049> .
- Modigliani, F. and R. Brumberg. 1954. *Utility Analysis and the Consumption Function: An Interpretation of Cross-Section Data*. In K. Kurihara, ed. *Post Keynesian Economics* Rutgers University Press.
- Mogues, T. 2011. Shocks and Asset Dynamics in Ethiopia. *Economic Development and Cultural Change*. 60 (1). pp. 91–120.
- Morera Á., J. Calatayud, J. Casaña, R. Núñez-Cortés, L. L. Andersen, and R. López-Bueno. 2023. Handgrip Strength and Work Limitations: A Prospective Cohort Study of 70,820 Adults Aged 50 and Older. *Maturitas*. 177 (107798). <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107798>.
- Morey, B. N., C. Valencia, and S. Lee. 2022. Correlates of Undiagnosed Hypertension among Chinese and Korean American Immigrants. *Journal of Community Health*. 47 (3). pp. 425–436. doi: 10.1007/s10900-022-01069-5.
- Murman D. L. 2015. The Impact of Age on Cognition. *Seminars in Hearing*. 36 (3). pp. 111–121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>.

- Murray, C. J. L. et al., eds. 2002. *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. World Health Organization.
- Nieman, D. C. 2019. *Nutritional Assessment*. McGraw-Hill.
- Nitter, A. and K. Forseth. 2013. Mortality Rate and Causes of Death in Women with Self-Reported Musculoskeletal Pain: Results from a 17-Year Follow-Up Study. *Scandinavian Journal of Pain* 4 (2). pp. 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2012.12.002>.
- Norman, K., U. Haß, and M. Pirlich. 2021. Malnutrition in Older Adults—Recent Advances and Remaining Challenges. *Nutrients* 13 (8). p. 2764. <https://doi.org/10.3390/nu13082764>.
- O’ Sullivan, K. et al. 2017. Understanding Pain among Older Persons: Part 1—The Development of Novel Pain Profiles and Their Association with Disability and Quality of Life. *Age and Ageing* 46 (1). pp. 46–51. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw131>.
- Oddo, V. M., M. Maehara, and J. H. Rah. 2019. Overweight in Indonesia: An Observational Study of Trends and Risk Factors among Adults and Children. *BMJ Open*. 9 (9). p. e031198. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031198.
- Okamoto, S. et al. 2021. Decomposition of Gender Differences in Cognitive Functioning: National Survey of the Japanese Elderly. *BMC Geriatrics*. 21 (1). p. 38. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01990-1>.
- Ong, P. A. et al. 2021. Dementia Prevalence, Comorbidities, and Lifestyle Among Jatinangor Elders. *Frontiers in Neurology*. 12. p. 643480. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.643480>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2018. *Working Better with Age: Japan. Ageing and Employment Policies*.
- _____. 2022. *OECD Reviews of Pension Systems: Korea. OECD Reviews of Pension Systems*.
- Osmani, N., H. Matlabi, and M. Rezaei. 2018. Barriers to Remarriage Among Older People: Viewpoints of Widows and Widowers. *Journal of Divorce & Remarriage*. 59 (1). pp. 51–68. doi: 10.1080/10502556.2017.1375331.
- Ostchega, Y. et al. 2020. Hypertension Prevalence among Adults Aged 18 and Over: United States, 2017–2018. *NCHS Data Brief. No. 364*. National Center for Health Statistics.
- Otoritas Jasa Keuangan (OJK). 2021. *Laporan Keuangan OJK (in Bahasa Indonesia)*. <https://ojk.go.id/id/data-dan-statistik/laporan-tahunan/Documents/Laporan%20Tahunan%20OJK%202021.pdf>.
- _____. 2022. *Infografis Hasil Survei Nasional Literasi dan Inklusi Keuangan Tahun 2022 (in Bahasa Indonesia)*. <https://ojk.go.id/id/berita-dan-kegiatan/info-terkini/Pages/Infografis-Survei-Nasional-Literasi-dan-Inklusi-Kuangan-Tahun-2022.aspx>.
- Pardede, E. L., P. McCann, and V. A. Venhorst. 2020. Internal Migration in Indonesia: New Insights from Longitudinal Data. *Asian Population Studies*. 16 (3). pp. 287–309. <https://doi.org/10.1080/17441730.2020.1774139>.
- Park, C. 2003. Interhousehold Transfers between Relatives in Indonesia: Determinants and Motives. *Economic Development and Cultural Change*. 51 (4). pp. 929–944.
- Paweenawat, S. W. and L. Liao. 2021. Labor Supply of Older Workers in Thailand: The Role of Co-Residence, Health, and Pensions. *ADB Working Paper Series. No. 1224*. ADBI.
- Pengpid, S. and K. Peltzer. 2018. Hand Grip Strength and Its Sociodemographic and Health Correlates among Older Adult Men and Women (50 Years and Older) in Indonesia. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 3265041. <https://doi.org/10.1155/2018/3265041>

- _____. 2022. Prevalence and Associated Factors of Undiagnosed Hypertension among Adults in the Central African Republic. *Scientific Reports*. 12. 19007. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23868-5>.
- Pesau, H., A. Immanuel, A. Sulastri, and G. Van Luijtelaar. 2023. The Role of Daily Spoken Language on the Performance of Language Tests: The Indonesian Experience. *Bilingualism: Language and Cognition* 26 (3). pp. 538–549. doi:10.1017/S136672892200075X.
- Phyo, A. Z. Z. et al. 2020. Quality of Life and Mortality in the General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Public Health*. 20. p. 1596. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09639-9>.
- Posadas, J. and M. Vidal-Fernandez. 2013. Grandparents' Childcare and Female Labor Force Participation. *IZA Journal of Labor Policy*. 2. pp. 1–20.
- Pujilestari, C. U., L. Nyström, M. Norberg, L. Weinehall, M. Hakimi, and N. Ng. 2017. Socioeconomic Inequality in Abdominal Obesity among Older People in Purworejo District, Central Java, Indonesia: A Decomposition Analysis Approach. *International Journal for Equity in Health* 16 (1). p. 214. doi: 10.1186/s12939-017-0708-6.
- Pulok, M. H. and M. Hajizadeh. 2022. Equity in the Use of Physician Services in Canada's Universal Health System: A Longitudinal Analysis of Older Adults. *Social Science & Medicine* 307. 115186. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115186>.
- PwC. 2019. Global Consumer Insights Survey. <https://www.pwc.com/cl/es/publicaciones/assets/2019/report.pdf>.
- RAND Social and Economic Well-Being. n.d. The Indonesia Family Life Survey (IFLS). <https://www.rand.org/well-being/social-and-behavioral-policy/data/FLS/IFLS.html>.
- Rao Guthi, V. et al. 2023. Hypertension Treatment Cascade among Men and Women of Reproductive Age Group in India: Analysis of National Family Health Survey-5 (2019–2021). *The Lancet Regional Health – Southeast Asia*. 100271. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2023.100271>.
- Rijk J. M. et al. 2016. Prognostic Value of Handgrip Strength in People Aged 60 Years and Older: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Geriatrics & Gerontology International*. 16 (1). pp. 5–20. doi: 10.1111/ggi.12508.
- Robine, J.-M., Y. Saito, and C. Jagger. 2009. The Relationship between Longevity and Healthy Life Expectancy. *Quality in Ageing and Older Adults*. 10. pp. 5–14.
- Rogers, W. A. and T. L. Mitzner. 2017. Envisioning the Future for Older Adults: Autonomy, Health, Well-Being, and Social Connectedness with Technology Support. *Futures* 87. pp. 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2016.07.002>.
- Rukmini, R. et al. 2021. Non-Communicable Diseases among the Elderly in Indonesia in 2018. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*. 16 (1). pp. 1026–1036. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v16i1.17631>.
- Sait, N. and S. Jivraj. 2022. Assessing Changes in Neighbourhood Satisfaction Among Older Age Adults in England Using the English Longitudinal Study of Ageing. *Wellbeing, Space, and Society* 3. 100107. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2022.100107>.
- Salive, M. E. 2013. Multimorbidity in Older Adults. *Epidemiologic Reviews*. 35 (1). pp. 75–83. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxs009>.

- Shahbabu, B. et al. 2016. Which Is More Accurate in Measuring the Blood Pressure? A Digital or an Aneroid Sphygmomanometer. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 10 (3). pp. LC11–LC14. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/14351.7458>.
- Shaver, J. 2022. The State of Telehealth Before and After the COVID-19 Pandemic. *Primary Care*. 49 (4). pp. 517–530. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.04.002>.
- Shetty, P. 2012. Grey Matter: Ageing in Developing Countries. *The Lancet*. 379 (9823). pp. 1285–1287. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60541-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60541-8)
- Silverstovs, B., K. A. Kholodilin and U. Thiessen. 2011. Does Aging Influence Structural Change? Evidence from Panel Data. *Economic Systems* 35 (2). pp. 244–260.
- Smith, D. et al. 2014. Chronic Pain and Mortality: A Systematic Review. *PloS One*. 9 (6). e99048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099048>.
- Statistics Indonesia. 2018. Indonesia Population Projection 2015–2045 Result of SUPAS 2015 (Proyeksi Penduduk Indonesia 2015–2045 Hasil SUPAS 2015).
- _____. 2022. Older People Statistics 2022 (Statistik Penduduk Lanjut Usia 2022). Publishing Institution of Health and Development Research Agency.
- _____. 2023. Indonesian Population Projection 2020–2050, Results of the 2020 Population Census (Proyeksi Penduduk Indonesia 2020 2050 Hasil Sensus Penduduk 2020).
- Suriastini, N. W., I. Y. Wijayanti, and D. Oktarina. 2024. Older People's Capacity to Work: The Case of Indonesia. *Asian Development Review*. 41 (1).
- Suriastini, N. W. et al. 2020. Prevalence and Risk Factors of Dementia and Caregiver's Knowledge of the Early Symptoms of Alzheimer's Disease. *Aging Medicine and Healthcare*. 11 (2). pp. 60–66. doi:10.33879/AMH.2020.065-1811.032.
- _____. 2021. Depression among Older People in Bali. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*. 16 (1). pp. 22–29. <https://doi.org/10.12809/ajgg-2020-400-0a>.
- _____. 2023a. Mewujudkan Lanjut Usia SMART: Pembelajaran dari Studi Lanjut Usia Berbasis Komunitas. D.I Yogyakarta, Indonesia: SurveyMETER (in Bahasa Indonesia).
- _____. 2023b. Examining Decent Work in Indonesia: Study of Rural Women Entrepreneurs in Central Java. HelpAge International. <https://www.helpage.org/news/addressing-barriers-to-decent-work-in-indonesia/>.
- _____. 2023c. Community Health Centers Response to the Need of Dementia Care. *Journal of Public Health Research*. 12 (1). pp. 1–10. <https://doi.org/10.1177/22799036231161972>
- Takahashi, S. et al. 2020. Poor Self-Rated Health Predicts the Incidence of Functional Disability in Elderly Community Dwellers in Japan: A Prospective Cohort Study. *BMC Geriatrics*. 20. p. 328. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01743-0>.
- Takahashi, Y. et al. 2021. Diverse Values of Urban-to-Rural Migration: A Case Study of Hokuto City, Japan. *Journal of Rural Studies*. 87. pp. 292–299. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2021.09.013>
- Tamayo-Fonseca, N. et al. 2015. Self-Rated Health and Hospital Services Use in the Spanish National Health System: A Longitudinal Study. *BMC Health Services Research*. 15. p. 492. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1158-8>.
- Tchernof, A. and J.-P. Després. 2013. Pathophysiology of Human Visceral Obesity: An Update. *Physiological Reviews*. 93 (1). pp. 359–404. doi:10.1152/physrev.00033.2011.

- Thomas, D. et al. 2012. Cutting the Costs of Attrition: Results from the Indonesia Family Life Survey. *Journal of Development Economics*. 98 (1). pp. 108–123. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2010.08.015>.
- Tianyi, F. L. et al. 2019. Factors Associated with the Prevalence of Cognitive Impairment in a Rural Elderly Cameroonian Population: A Community-Based Study in sub-Saharan Africa. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 47. pp. 104–113.
- Torrance, N. et al. 2010. Severe Chronic Pain Is Associated with Increased 10 Year Mortality. A Cohort Record Linkage Study. *European Journal of Pain*. 14 (4). pp. 380–386. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.07.006>.
- Tucker, A. M. and Y. Stern. 2011. Cognitive Reserve in Aging. *Current Alzheimer Research*. 8. pp. 354–360. doi: 10.2174/156720511795745320.
- United Nations (UN). 2006. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf.
- _____. 2022. Asia-Pacific Report on Population Ageing 2022
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN DESA). 2022. World Population Prospects 2022. Online Edition.
- van Belle, G. et al. 2004. *Biostatistics: A Methodology for the Health Sciences*. John Wiley and Sons.
- van Blijswijk, S. C. E. et al. 2015. Self-Reported Hindering Health Complaints of Community-Dwelling Older Persons: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 10 (11). p. e0142416. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142416>.
- Washington Group on Disability Statistics. 2020. Analytic Guidelines: Creating Disability Identifiers Using the Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS) Stata Syntax. https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/WG_Document__5B_-_Analytic_Guidelines_for_the_WG-SS__SAS_.pdf.
- The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS) https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Washington_Group_Questionnaire__1_-_WG_Short_Set_on_Functioning__October_2022_.pdf.
- Watts, P. N. and G. S. Netuveli. 2022. Costs of Healthy Living for Older Adults: The Need for Dynamic Measures of Health-Related Poverty to Support Evidence-Informed Policy-Making and Real-Time Decision-Making. *Public Health*. 212. pp. 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.001>.
- Whitmore C. et al. 2022. Self-Reported Health and the Well-Being Paradox among Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study Using Baseline Data from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *BMC Geriatrics*. 22 (1). p. 112. doi: 10.1186/s12877-022-02807-z.
- Williams, B. et al. 2018. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *European Heart Journal*. 39. pp. 3021–104. doi:10.1097/HJH.0000000000001940.
- Wister, A. V. et al. 2016. A Lifecourse Model of Multimorbidity Resilience: Theoretical and Research Developments. *The International Journal of Aging and Human Development*. 82 (4). pp. 290–313. doi:10.1177/0091415016641686.
- World Bank. 2018. The World Bank in Indonesia. <http://www.worldbank.org/en/country/indonesia>.

- World Health Organization (WHO). 2007. Global Age-Friendly Cities: A Guide <https://iris.who.int/handle/10665/43755>.
- _____. 2015. World Report on Ageing and Health
- _____. 2017. Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity
- _____. 2018. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>.
- _____. 2020. Global Health Estimates 2019: Death by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2019
- _____. 2022. Mental Disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- _____. 2023a. Hypertension. Fact Sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
- _____. 2023b. World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals.
- _____. 2023c. Noncommunicable Diseases. Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Zhao, B. et al. 2018. Social Engagement and Subjective Health Among Older Adults in South Korea: Evidence from the Korean Longitudinal Study of Aging (2006–2018). *SSM-Population Health*. 21. 101341. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101341>.
- Zickuhr, K. and M. Madden. 2012. Older Adults and Internet Use. Pew Internet & American Life Project. <http://www.pewinternet.org/Reports/2012/Older-adults-and-internet-use/Main-Report/Internetadoption.aspx>.
- Zimmer, Z. et al. 2022. A Global Study of Pain Prevalence across 52 Countries: Examining the Role of Country-Level Contextual Factors. *Pain*. 163 (9). pp. 1740–1750. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002557> .

Indonesia Longitudinal Aging Survey 2023

Menghasilkan data dan wawasan yang diperlukan untuk reformasi sistem jaminan kesehatan dan sosial, lebih dari 4.000 responden berusia 45 tahun ke atas telah diwawancarai di 9 provinsi melalui survei longitudinal aging pertama (ILAS) di Indonesia. Laporan ini mencakup ringkasan temuan dan data kunci dari survei tersebut, dengan fokus pada profil lanjut usia. Laporan ini mengungkapkan bahwa lebih dari separuh lanjut usia tinggal di rumah tangga multigenerasi sekaligus mendiskusikan tentang masalah kesehatan yang mereka alami. Menyoroti peningkatan kerentanan dari lanjut usia perempuan dan tekanan keuangan yang berdampak pada lanjut usia, laporan ini mendiskusikan bagaimana meningkatkan perlindungan sosial, mempromosikan perawatan kesehatan preventif, dan mengembangkan ekonomi perawatan akan dapat membantu penduduk untuk menua dengan lebih baik.

Tentang SurveyMETER

SurveyMETER, didirikan pada 2022, merupakan kependekan dari Survey, Measurement, Training, dan Research. Lembaga ini dibentuk untuk mengatasi adanya kebutuhan yang meningkat terkait informasi yang akurat yang diperlukan dalam pembentukan kebijakan publik yang efektif. SurveyMETER membantu para pengambil kebijakan dan publik dalam memahami faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan dan rekomendasi kebijakan melalui pengumpulan data yang berkualitas tinggi. SurveyMETER telah berkembang menjadi lembaga penelitian yang fokus pada penyediaan data penelitian panel dan melakukan penelitian kesehatan, kelanjutusiaan, pendidikan, ekonomi, dan kebencanaan.

Tentang Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia

Lembaga Demografi, Fakultas Bisnis dan Ekonomi, Universitas Indonesia didirikan pada 1964 oleh ekonom terkemuka Indonesia untuk mengintegrasikan analisis demografi dalam perencanaan ekonomi dan pembangunan di Indonesia. Lembaga Demografi (LD) telah menjadi lembaga penelitian penting di Indonesia yang fokus pada pembangunan terkait populasi dan dampaknya pada pembangunan nasional. Pada tahun 1966, LD mengadopsi pembangunan berbasis demografi untuk menyoroti pentingnya penduduk dalam analisis demografi. Spesialisasi LD adalah melakukan survei, memonitor perkembangan, data analisis, dan penciptaan model.

Tentang Asian Development Bank

ADB berkomitmen mencapai Asia dan Pasifik yang makmur, inklusif, tangguh, dan berkelanjutan, sambil melanjutkan upayanya memberantas kemiskinan ekstrem. Didirikan pada 1966, ADB dimiliki oleh 68 anggota—49 di antaranya berada di kawasan Asia dan Pasifik. Instrumen utama ADB untuk membantu negara berkembang anggotanya adalah dialog kebijakan, pinjaman, investasi saham, jaminan, hibah, dan bantuan teknis.



Lembaga
Demografi



ASIAN DEVELOPMENT BANK
ADB Avenue, Mandaluyong City
Metro Manila, Philippines
www.adb.org

