

Faktor-faktor yang memengaruhi penduduk lanjut usia berobat jalan di Provinsi Jawa Timur

Factors affecting outpatient treatment of elderly population in East Java Province

Irdam Ahmad^{1*} dan Ayu Lailal Barikha²

¹ Universitas Pertahanan Republik Indonesia

² Badan Pusat Statistik Kabupaten Pekalongan

*Korespondensi penulis: irdam.ahmad@idu.ac.id

ABSTRACT

This study aims to determine factors influencing outpatient treatment of elderly population in East Java Province. The analysis used raw data of the 2017 National Socio-Economic Survey (Susenas) conducted by Statistics Indonesia. The unit of analysis is population aged 60 years and over, with a total sample of 6,511 persons. Multilevel binary logistic regression model was employed for the analysis. The results showed that nearly half (49.6%) of the unwell elderly population did not seek treatment. The reasons for this behaviour include they did not have enough money (especially in rural areas), chose to self-medicate, and felt no need for treatment. For the elderly who seek outpatient treatment, the most visited health facility is doctor or midwife practice. The results also show that factors affecting the behavior of elderly population in outpatient treatment are economic status, working status, activity disruption, and health insurance ownership.

Keyword: elderly, outpatient, Susenas, logistic regression

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi pilihan berobat jalan jika mengalami keluhan kesehatan bagi penduduk lanjut usia (lansia) yang tinggal di Provinsi Jawa Timur. Analisis dilakukan dengan menggunakan *raw data* Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2017 untuk Provinsi Jawa Timur yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Unit analisis adalah penduduk berusia 60 tahun atau lebih yang mengalami keluhan kesehatan, dengan jumlah sampel sebanyak 6.511 jiwa. Model regresi logistik biner multilevel digunakan untuk mengolah data kajian ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir separuh (49,6%) penduduk lansia yang mengalami keluhan kesehatan memilih untuk tidak berobat jalan. Alasan terkait perilaku ini terkait ketiadaan biaya (terutama di wilayah pedesaan), memilih untuk mengobati sendiri, dan merasa tidak perlu berobat. Bagi lansia yang berobat jalan, fasilitas kesehatan yang paling banyak dikunjungi adalah praktek dokter/bidan. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan adalah status ekonomi, status bekerja, gangguan aktivitas, dan kepemilikan jaminan kesehatan.

Kata kunci: penduduk lanjut usia, berobat jalan, Susenas, regresi logistik



PENDAHULUAN

Tujuan ketiga program *Sustainable Development Goals* (SDGs) adalah kehidupan yang sehat dan kesejahteraan untuk penduduk semua usia, mencakup pelayanan kesehatan yang menyeluruh, termasuk mengatasi masalah pembiayaan, akses terhadap pelayanan kesehatan dasar, serta obat dan vaksin yang dapat dijangkau oleh semua orang, termasuk penduduk lanjut usia (lansia). Pentingnya pelayanan kesehatan pada penduduk lansia diatur dalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 43 Tahun 2004 Pasal 3 tentang upaya meningkatkan kesejahteraan sosial bagi lansia yang potensial maupun tidak potensial, salah satunya meliputi pelayanan kesehatan. Lansia potensial merupakan lansia yang mampu bekerja atau mampu melakukan kegiatan yang menghasilkan barang maupun jasa. Sementara itu, lansia tidak potensial merupakan lansia yang hidupnya tergantung kepada orang lain karena sudah tidak mampu mencari nafkah. PP No. 34 Tahun 2004 Pasal 8 juga menyatakan bahwa pelayanan kesehatan bagi penduduk lansia dilaksanakan melalui penyuluhan dan penyebarluasan informasi kesehatan lanjut usia, serta pengembangan lembaga perawatan lanjut usia yang menderita penyakit kronis dan/atau penyakit terminal serta upaya penyembuhan.

Menurut UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, lansia adalah penduduk yang berusia 60 tahun ke atas. Berdasarkan Susenas tahun 2017, persentase penduduk lansia di Indonesia sebanyak 8,97%, atau meningkat hampir dua kali lipat dibanding tahun 2010. Seiring dengan bertambahnya rata-rata usia harapan hidup penduduk Indonesia, diperkirakan persentase penduduk lansia juga akan terus bertambah hingga mencapai 12,90% pada tahun 2035 (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Peningkatan jumlah penduduk lansia di suatu negara merupakan salah satu indikasi dari keberhasilan program pembangunan kesehatan. Meskipun begitu, bertambahnya jumlah penduduk lansia juga dapat menimbulkan masalah karena penduduk usia produktif harus menanggung beban jumlah penduduk lansia yang terus bertambah setiap tahun.

Bertambahnya jumlah penduduk lansia perlu diiringi dengan upaya peningkatan derajat kesehatan lansia, misalnya dengan penyediaan pelayanan kesehatan yang ramah lansia (Kholifah, 2017). Hal ini diperlukan agar lansia dapat menikmati masa tua yang sehat, aktif, dan bahagia. Lansia yang sehat juga memungkinkan mereka untuk terus aktif dan produktif dalam menjalani masa tuanya sehingga tidak dianggap sebagai beban untuk sekitarnya. Moe dkk. (2012) menyatakan bahwa masalah utama lansia adalah akses pelayanan kesehatan dasar, terutama di negara berkembang dan negara miskin.

Penduduk lansia biasanya menghadapi berbagai masalah, seperti masalah fisik, kognitif, emosional, spiritual, kerentanan terhadap berbagai penyakit, dan mengalami masalah kesehatan (Kholifah, 2017). Oleh karena itu, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) membuat program lansia tangguh pada tahun 2014 untuk menangani populasi lansia di Indonesia yang semakin melonjak (Manafe, 2014). Program ini dicanangkan agar lansia berusia 60 sampai 70 tahun masih tetap bisa produktif, lansia berusia 70 sampai 80 tahun mampu untuk mandiri, dan lansia berumur di atas 80 tahun sudah memerlukan pendampingan.

Masalah kesehatan lansia sebenarnya dapat diatasi dengan perilaku berobat yang tepat yaitu dengan cara memanfaatkan berbagai pelayanan kesehatan yang tersedia dengan baik, misalnya dengan cara berobat jalan. Pilihan ini dapat menjadi gerbang masuk bagi seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lanjutan (Madyaningrum dkk., 2018).

Menurut BPS (2017), berobat jalan adalah usaha seseorang yang memiliki keluhan kesehatan untuk memeriksakan diri dan mengobati keluhan kesehatan dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan tanpa menginap. Berobat jalan juga merupakan tindakan sederhana dan mudah dilakukan untuk mengobati berbagai keluhan kesehatan. Penduduk lansia yang bersedia berobat jalan menunjukkan bahwa mereka peduli akan pentingnya menjaga kesehatan.

Menurut Somers (1974), penyelenggaraan pelayanan kesehatan seharusnya menerapkan pendekatan secara menyeluruh. Tindakan pengobatan dan penyembuhan ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan tidak hanya dilihat dari keluhan kesehatan atau penyakitnya saja. Berbagai faktor sosial ekonomi, sosial budaya, sosial psikologi, maupun aspek lain yang melekat pada diri seseorang juga perlu ditinjau. Azwar (1988) juga menyatakan bahwa pelayanan kesehatan harus memenuhi tiga persyaratan, yaitu sesuai dengan kebutuhan pasien, terjangkau, dan peralatan yang memenuhi standar.

Pelayanan kesehatan penduduk lansia untuk berobat jalan juga seharusnya bersifat ramah lansia dan menyeluruh. Hal tersebut tentunya perlu didukung oleh aksesibilitas penduduk lansia untuk berobat jalan. Kondisi aksesibilitas ini mencakup jarak pelayanan kesehatan yang tidak terlalu jauh, lokasi yang mudah dijangkau, adanya anggota keluarga yang peduli terhadap kesehatan penduduk lansia, pembiayaan untuk berobat jalan yang dapat dijangkau, serta peralatan medis yang terjamin kualitasnya.

Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu provinsi di Indonesia dengan persentase penduduk lansia terbesar, yaitu 12,16% pada tahun 2017 atau setara dengan 5.074.283 jiwa. Besarnya proporsi penduduk lansia menyebabkan Jawa Timur mulai memasuki fase penduduk berstruktur umur tua dan menimbulkan tantangan terkait dengan masalah penuaan penduduk yang berkaitan erat dengan penurunan fungsi fisik dan psikis pada lansia. Pada tahun 2017, sekitar 48,97% penduduk lansia di Jawa Timur mengalami keluhan kesehatan (BPS, 2018). Meskipun begitu, persentase penduduk lansia yang berobat jalan di Jawa Timur ternyata merupakan yang terendah dibanding provinsi lain di Pulau Jawa.

Kajian Park (2014) bertujuan untuk mengetahui status kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penduduk lansia di Korea. Penelitian ini menyimpulkan bahwa lansia perempuan lebih banyak menderita penyakit hipertensi, arthritis, dan penyakit

jantung, sedangkan lansia laki-laki lebih banyak menderita kanker dan penyakit paru-paru. Faktor-faktor yang secara signifikan berpengaruh dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah umur, jenis kelamin, pendapatan, status kesehatan, dan kekronisan kondisi.

Chukwudi dkk. (2015) melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui determinan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penduduk lansia di Nigeria. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin, status tinggal, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan pendapatan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Penelitian lain dilakukan Boachie (2017) di Ghana bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan berobat jalan oleh penduduk lansia yang menderita penyakit hipertensi. Hasil kajian menunjukkan bahwa umur, jaminan kesehatan, dan kekayaan mempunyai pengaruh signifikan dalam pemanfaatan pelayanan berobat jalan pada penduduk lansia. Sementara itu, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan daerah tempat tinggal tidak berpengaruh signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan berobat jalan pada penduduk lansia.

Penelitian kualitatif dengan menggunakan *Focus Group Discussion* (FGD) dan wawancara mendalam oleh Biswas dkk. (2006) menunjukkan bahwa lanjut usia seringkali diidentikkan dengan kondisi kesehatan yang buruk. Keputusan penduduk lansia terkait perawatan kesehatannya dipengaruhi oleh persepsi tingkat keparahan penyakit, pembiayaan pengobatan, keakraban dengan praktisi kesehatan, akses ke pelayanan kesehatan, serta peran dari anggota keluarga.

Selain faktor individual, Andersen (2008) menyatakan bahwa faktor kontekstual juga menjadi faktor yang dapat memengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dilakukan. Umur merupakan salah satu komponen predisposisi yang dapat memengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 2005). Park (2014)

menemukan bahwa umur dapat memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Seiring dengan penambahan umur penduduk lansia, kecenderungan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan juga semakin besar.

Variabel lain yang diduga juga memengaruhi perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan adalah status ekonomi penduduk lansia (Madyaningrum dkk., 2018). Patle dan Khakse (2015) juga menemukan bahwa penduduk lansia dengan status ekonomi di atas garis kemiskinan atau status ekonomi yang tinggi lebih mungkin untuk berobat ke praktisi pengobatan alternatif bersertifikasi. Status ekonomi juga menunjukkan kapasitas dan kemampuan seseorang untuk berobat jalan. Seseorang dengan pengeluaran di bawah garis kemiskinan memiliki keterbatasan dalam memilih pelayanan kesehatan yang dikunjunginya, terutama terkait dengan masalah biaya, sehingga mereka lebih memilih untuk tidak berobat jalan.

Perilaku penduduk lansia dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan juga berkaitan dengan tingkat pendidikan penduduk lansia. Andersen dan Newman (2005) menyatakan tingkat pendidikan merupakan salah satu komponen predisposisi dalam menentukan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penduduk lansia dengan pendidikan yang lebih tinggi akan mempunyai kesadaran yang lebih baik dalam menjaga kesehatannya dengan cara berobat jalan jika mengalami keluhan kesehatan. Situasi ini dapat meningkatkan derajat kesehatan penduduk lansia.

Penelitian lain dari Patle dan Khakse (2015) menunjukkan penduduk lansia yang masih bekerja lebih banyak berobat ke praktisi kesehatan, seperti para profesional dan praktisi pengobatan alternatif yang bersertifikasi. Oleh karena itu, status bekerja juga turut menentukan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk berobat jalan oleh penduduk lansia.

Daerah tempat tinggal diduga juga mempunyai pengaruh terhadap perilaku berobat jalan lansia karena daerah perkotaan memiliki fasilitas kesehatan yang lebih banyak dan lebih

mudah dijangkau, dibandingkan dengan daerah perdesaan. Namun, Madyaningrum dkk. (2018) justru menemukan bahwa daerah tempat tinggal tidak memberikan pengaruh signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan berobat jalan pada penduduk lansia.

Kepemilikan jaminan kesehatan merupakan salah satu faktor yang memengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 2005). Penelitian yang dilakukan oleh Boachie (2017) menemukan bahwa jaminan kesehatan memengaruhi pemanfaatan pelayanan berobat jalan oleh penduduk lansia. Dou dkk. (2015, dalam Boachie, 2017) menyatakan bahwa dengan adanya jaminan kesehatan maka seseorang akan mendapatkan perlindungan terhadap masalah kesehatannya.

Ketersediaan fasilitas kesehatan juga dapat memengaruhi perilaku seseorang untuk berobat jalan. Andersen (2008) menyatakan bahwa ketersediaan fasilitas kesehatan merupakan karakteristik kontekstual dalam menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penelitian Patel (2007) menyatakan bahwa jumlah penduduk yang dilayani per rumah sakit memiliki hubungan negatif dengan perilaku berobat. Artinya, semakin sedikit penduduk yang dilayani rumah sakit maka kecenderungan untuk berobat semakin besar karena waktu yang digunakan untuk pemeriksaan bisa lebih lama sehingga mereka merasa yakin untuk mendapatkan pengobatan yang lebih baik. Berdasarkan latar belakang dan berbagai hasil penelitian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang memengaruhi penduduk lansia di Jawa Timur untuk berobat jalan.

METODOLOGI

Data yang digunakan pada penelitian ini adalah *raw data* hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2017 untuk Provinsi Jawa Timur. Jumlah sampel sebanyak 29.887 rumah tangga, sedangkan unit analisis yang digunakan adalah penduduk yang telah berumur 60 tahun atau lebih dan mengalami keluhan kesehatan. Dari hasil pengolahan data Susenas 2017, data

jumlah penduduk lansia yang mengalami keluhan kesehatan di Provinsi Jawa Timur dan memenuhi syarat untuk penelitian ini sebanyak 6.511 penduduk lansia.

Olah data penelitian dilakukan dengan menggunakan analisis deskriptif dan inferensia. Analisis deskriptif dilakukan untuk mengetahui gambaran umum mengenai perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan menurut variabel independen yang digunakan dalam penelitian. Delapan variabel independen yang digunakan pada penelitian ini, yaitu umur, status ekonomi, tingkat pendidikan, status bekerja, gangguan aktivitas, status tinggal, daerah tempat tinggal, dan kepemilikan jaminan kesehatan. Sementara itu, variabel dependen mencakup kategori berobat jalan dan tidak berobat jalan.

Analisis inferensia dilakukan dengan menggunakan regresi logistik biner multilevel dengan dua level, yaitu level individu dan level kabupaten/kota. Analisis regresi logistik biner multilevel dengan *random intercept* model dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang memengaruhi perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan di Jawa Timur pada tahun 2017.

Analisis Regresi Logistik Biner Dua Level

Hox (2010) menyatakan bahwa untuk menganalisis data yang memiliki struktur hierarki/berjenjang dapat digunakan model multilevel. Data yang memiliki struktur hierarki ini umumnya ditemukan pada penelitian yang dilakukan secara survei. Data berstruktur hierarki ini juga ditemukan pada data dengan pengambilan sampel bertahap.

Dalam penelitian sosial, individu berinteraksi dengan kelompok tempat mereka berada sehingga individu akan dipengaruhi oleh kelompok-kelompok dan pada akhirnya kelompok-kelompok juga dipengaruhi oleh individu-individu yang membentuk kelompok tersebut. Individu dan kelompok dapat dikonseptualisasikan sebagai hierarki (Hox, 2010). Oleh karena itu, penelitian sosial biasanya menggunakan model multilevel.

Pada pengambilan sampel bertahap, individu dalam kelompok atau kluster yang sama tidak independen. Selain itu, penelitian yang menggunakan pengambilan sampel mengalami masalah dependensi. Hal tersebut dapat mengakibatkan estimasi standard error yang sangat kecil, bahkan dapat memberikan hasil yang spurious (hasilnya signifikan, akan tetapi signifikansi ini sebenarnya tidak berarti atau palsu), sehingga dapat menghasilkan kesimpulan yang salah atau menyesatkan (Hox, 2010).

Model multilevel dapat digunakan untuk mengatasi permasalahan tersebut. Pada model multilevel, level terendah adalah level satu, yang umumnya berupa data individu (*individual level*). Selain itu, terdapat suatu variabel yang disebut variabel kontekstual yang merupakan variabel pada level yang lebih tinggi. Variabel dependen diukur pada level terendah (level individu) dan variabel independen diukur pada seluruh level (level individu dan level kabupaten/kota).

Model multilevel dibagi menjadi dua, yaitu *intercept only model* dan *conditional model*. *Intercept only model* adalah model yang variabel independennya belum masuk dalam model. *Intercept only model* digunakan sebagai *null model* yang berfungsi sebagai pembanding untuk model yang lainnya. Selanjutnya, *conditional model* adalah model yang variabel independennya sudah dimasukkan ke dalam model. Variabel independen yang dimaksud pada kedua model tersebut adalah variabel independent, baik pada level satu dan level dua.

Model regresi logistik multilevel memiliki dua bentuk yaitu *random intercept model* dan *random slope model*. Model regresi multilevel dengan *random intercept* memiliki asumsi bahwa tiap kelompok mempunyai *intercept* yang berbeda tetapi mempunyai *slope* yang sama. Oleh karena itu pengaruh tiap variabel independen terhadap variabel dependennya adalah sama tiap kelompok. Selanjutnya, model regresi multilevel dengan *random slope* memiliki asumsi bahwa tiap kelompok mempunyai *slope* yang berbeda. Oleh karena itu, tiap variabel independen mempunyai pengaruh yang berbeda pula untuk setiap kelompok.

Harlan (2016) menyatakan bahwa model multilevel dengan *random slope* jarang digunakan. Estimasi dengan *random slope model* kurang reliabel dibandingkan dengan *random intercept model*. Hal ini dikarenakan estimasi pada *slope* lebih sulit dibandingkan dengan *intercept*. Apabila terdapat variabel-variabel yang berinteraksi maka interaksi tersebut kurang reliabel dibandingkan dengan menggunakan variabel langsungnya (Hox, 2010).

Analisis Regresi Logistik Biner Dua Level dengan Random Intercept Model

Untuk mengatasi data yang tidak terdistribusi normal adalah dengan melakukan transformasi dan menggunakan distribusi yang sesuai. Hal tersebut dapat diatasi dengan *Generalized Linear Model* (Hox, 2010). Komponen *Generalized Linear Model* dinyatakan sebagai berikut.

1. Memiliki distribusi peluang Bernoulli dengan rata-rata π_{ij} .

2. Prediktor linier dari variabel independen sebagai berikut:

$$\eta_{ij} = \beta_{0j} + \sum_{p=1}^P \beta_{pj} X_{pij}$$

3. *Link function* atau fungsi penghubung berupa fungsi logit.

Pada data yang memiliki struktur hierarki/multilevel dengan variabel dependen kategorik dan terdiri dari dua kategori maka digunakan *Generalized Linear Mixed Model* (GLMM) yang merupakan perluasan dari *Generalized Linear Model* (GLM) (Harlan, 2016). GLMM memungkinkan bahwa dalam suatu prediktor linier terdapat efek tetap dan efek acak (Agresti, 2007).

Kajian ini menggunakan *random intercept model* karena sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan di Provinsi Jawa Timur. *Slope* tiap kelompok level dua diasumsikan tetap. Persamaan di level satu (level individu) ditunjukkan dengan persamaan sebagai berikut:

$$\eta_{ij} = \beta_{0j} + \sum_{p=1}^P \beta_{pj} X_{pij}$$

Selanjutnya, transformasi logistik dilakukan sehingga didapatkan persamaan sebagai berikut:

$$F(\eta_{ij}) = \frac{e^{\eta_{ij}}}{1+e^{\eta_{ij}}}$$

Keterangan: e = fungsi eksponensial; $F(\eta_{ij})$ = transformasi logistik dari η_{ij} .

$$\begin{aligned} \ln \ln \left(\frac{\pi_{ij}}{1 - \pi_{ij}} \right) &= \eta_{ij} \\ &= \beta_{0j} \\ &+ \sum_{p=1}^P \beta_{pj} X_{pij} \end{aligned}$$

Model regresi logistik multilevel yang digunakan adalah *random intercept model*, sehingga *intercept* diasumsikan bervariasi antar kelompok yang dimodelkan oleh variabel independen level dua, dengan persamaan sebagai berikut:

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \sum_{q=1}^Q \gamma_{0q} Z_{qj} + u_{0j}$$

$$\beta_{pj} = \gamma_{p0}, \text{ untuk } p > 0$$

Berdasarkan rumus-rumus tersebut, model regresi logistik biner dua level dengan *random intercept model* sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \ln \ln \left(\frac{\pi_{ij}}{1 - \pi_{ij}} \right) &= \gamma_{00} + \\ &\sum_{p=1}^P \gamma_{p0} X_{pij} + \\ &\sum_{q=1}^Q \gamma_{0q} Z_{qj} + u_{0j} \end{aligned}$$

Keterangan:

γ_{00} : *Fixed intercept*

γ_{p0} : Efek tetap bagi variabel independen ke-p di level satu

γ_{0q} : Efek tetap bagi variabel independen ke-q di level dua

X_{pij} : Variabel independen ke-p individu ke-i di level satu dalam kelompok ke-j di level dua

Z_{qj} : Variabel independen ke-q kelompok ke-j di level dua

u_{0j} : Efek acak pada kelompok ke-j level dua

p : Jumlah variabel independen level satu

q : Jumlah variabel independen level dua

Jika variabel dependen adalah kategorik yang terdiri dari dua kategori dan variabel independen terdiri dari dua level (level individu dan level kabupaten/kota) maka dapat menggunakan regresi logistik biner dua level. Variabel dependen yang digunakan adalah lansia

yang mengalami keluhan kesehatan, yang dibagi menjadi dua kategori, yaitu berobat jalan dan tidak berobat jalan. Variabel independen terdiri dari dua level, yaitu level individu sebagai level satu dan level kabupaten/kota sebagai level dua. Variabel independen level individu terdiri dari umur, status ekonomi, tingkat pendidikan, status perkawinan, jenis kelamin, status bekerja,

gangguan aktivitas, status tinggal, daerah tempat tinggal, dan kepemilikan jaminan kesehatan. Untuk level kabupaten/kota, variabel independen nya adalah rasio jumlah fasilitas kesehatan. Daftar variabel dan kategori yang digunakan pada setiap variabel yang digunakan pada penelitian ini dapat diketahui dari Tabel 1.

Tabel 1. Daftar Variabel dan Kategori yang Digunakan pada Model Analisis Regresi Logistik

Variabel	Notasi	Kategori
Berobat jalan	berobat_jalan	0 = Tidak berobat jalan*
		1 = Berobat jalan
Umur	Umur	0 = Lansia Muda (60 – 69 tahun)*
		1 = Lansia Madya (70 – 79 tahun)
		2 = Lansia Tua (80 tahun ke atas)
Status ekonomi	status_ekonomi	0 = Miskin*
		1 = Tidak miskin
Tingkat Pendidikan	Pendidikan	0 = ≤ SMP*
		1 = > SMP
Status perkawinan	Perkawinan	0 = Tidak kawin*
		1 = Kawin
Jenis kelamin	jenis_kelamin	0 = Laki-laki*
		1 = Perempuan
Status bekerja	status_bekerja	0 = Tidak bekerja*
		1 = Bekerja
Gangguan aktivitas	terganggunya_aktivitas	0 = Tidak terganggu*
		1 = Terganggu
Status tinggal	status_tinggal	0 = Sendiri*
		1 = Bersama
Daerah tempat tinggal	tempat_tinggal	0 = Perdesaan*
		1 = Perkotaan
Kepemilikan jaminan kesehatan	jaminan_kesehatan	0 = Tidak punya*
		1 = Punya
Rasio jumlah fasilitas kesehatan	rasio_faskes	Numerik

* : kategori referensi

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berobat jalan merupakan perilaku untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang sederhana namun penting dilakukan, terutama oleh penduduk lansia yang umumnya memiliki fungsi dan daya tahan tubuh yang mulai menurun

seiring dengan penambahan usia mereka. Dengan berobat jalan, penduduk lansia yang mengalami keluhan kesehatan dapat meningkatkan kembali derajat kesehatan mereka.

Data Susenas 2017 Provinsi Jawa Timur menunjukkan persentase penduduk lansia yang

mengalami keluhan kesehatan dan berobat jalan (50,4%) hampir sama dengan penduduk lansia yang mengalami keluhan kesehatan tetapi tidak berobat jalan (49,6%). Rendahnya persentase penduduk lansia yang berobat jalan tersebut agak mengherankan karena sudah banyak tersedia fasilitas kesehatan yang ramah lansia di Jawa Timur, seperti puskesmas santun lansia dan posyandu lansia.

Tabel 2 menunjukkan distribusi persentase penduduk lansia menurut tempat berobat jalan. Lebih dari separuh (51,39%) penduduk lansia

berobat jalan ke dokter/bidan praktek. Banyaknya penduduk lansia yang berobat jalan ke praktek dokter/bidan mungkin disebabkan karena jadwal praktek dokter dan bidan biasanya pada sore dan malam hari, sehingga lebih fleksibel dan mudah dikunjungi oleh penduduk lansia untuk berobat jalan kalau ada keluhan. Selain itu, bagi penduduk lansia, terutama yang membutuhkan pendamping untuk berobat jalan, mungkin para pendamping tersebut hanya bisa pergi mendampingi lansia untuk berobat jalan pada sore atau malam hari, sesudah jam kerja kantor/perusahaan.

Tabel 2. Persentase Penduduk Lansia yang Berobat Jalan menurut Tempat Berobat Jalan, 2017

Tempat berobat jalan	Persentase penduduk lansia yang berobat jalan (%)
Rumah sakit pemerintah	9,46
Rumah sakit swasta	8,31
Praktik dokter/bidan	51,39
Klinik/praktik dokter bersama	7,91
Puskesmas/puskesmas pembantu	22,16
UKBM (poskesdes, polindes, posyandu, balai pengobatan)	5,06
Praktik pengobatan tradisional/alternatif	2,97
Lainnya	1,00
Jumlah	100,00

Sumber: Olah data Susenas 2017

Penduduk lansia yang berobat jalan ke puskesmas/puskesmas pembantu hanya sekitar 22,16%. Kondisi ini dapat dipengaruhi keterbatasan jadwal pelayanan di puskesmas/puskesmas pembantu yang biasanya hanya buka pada jam kantor yang resmi dan tidak melayani pasien pada sore dan malam hari. Meskipun lokasi puskesmas/puskesmas pembantu mungkin tidak terlalu jauh dari tempat tinggal penduduk lansia, penduduk lansia tidak banyak yang berobat jalan ke puskesmas/puskesmas pembantu karena tidak ada yang mendampingi mereka melakukan pengobatan jalan.

Selanjutnya, Tabel 3 menyajikan distribusi persentase penduduk lansia yang berobat

jalan dan tidak berobat jalan menurut karakteristik demografi penduduk lansia. Berdasarkan kelompok umur, ada kecenderungan bahwa semakin tua penduduk lansia, semakin banyak yang berobat jalan. Hal ini memberikan indikasi bahwa semakin bertambahnya umur (usia 70+) maka ketahanan fisik penduduk lansia akan semakin menurun dan lebih membutuhkan bantuan medis dan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan penduduk lansia yang berusia lebih muda (60 -69 tahun).

Tabel 3. Persentase Penduduk Lansia yang Berobat Jalan menurut Variabel Independen

Variabel Independen	Variabel Dependen		Total	Odds Ratio
	Tidak Berobat Jalan	Berobat Jalan		
Umur (tahun)				
Lansia Muda	1907 (50,1)	1898 (49,9)	3805 (100,0)	
Lansia Madya	948 (48,7)	998 (51,3)	1946 (100,0)	1,0266
Lansia Tua	372 (48,9)	388 (51,1)	760 (100,0)	0,9232
Total	3227 (49,6)	3284 (50,4)	6511 (100,0)	
Status Ekonomi				
Miskin	537 (57,0)	405 (43,0)	942 (100,0)	
Tidak Miskin	2690 (48,3)	2879 (51,7)	5569 (100,0)	1,419
Total	3227 (49,6)	3284 (50,4)	6511 (100,0)	
Tingkat Pendidikan				
≤SMP	3115 (49,7)	3156 (50,3)	6271 (100,0)	
>SMP	112 (46,7)	128 (53,3)	240 (100,0)	1,128
Total	3227 (49,6)	3284 (50,4)	6511 (100,0)	
Status Bekerja				
Tidak Bekerja	1543 (44,8)	1905 (55,2)	3448 (100,0)	
Bekerja	1684 (55,0)	1379 (45,0)	3063 (100,0)	0,663
Total	3227 (49,6)	3284 (50,4)	6511 (100,0)	
Gangguan Aktivitas				
Tidak Terganggu	2037 (65,8)	1060 (34,2)	3097 (100,0)	
Terganggu	1190 (34,9)	2224 (65,1)	3414 (100,0)	3,591
Total	3227 (49,6)	3284 (50,4)	6511 (100,0)	
Daerah Tempat Tinggal				
Perdesaan	1757 (51,5)	1654 (48,5)	3411 (100,0)	
Perkotaan	1470 (47,4)	1630 (52,6)	3100 (100,0)	1,178
Total	3227 (49,6)	3284 (50,4)	6511 (100,0)	
Kepemilikan Jaminan Kesehatan				
Tidak Punya	1328 (53,7)	1144 (46,3)	2472 (100,0)	
Punya	1899 (47,0)	2140 (53,0)	4039 (100,0)	1,308
Total	3227 (49,6)	3284 (50,4)	6511 (100,0)	

Sumber: Olah data Susenas 2017

Tabel 3 juga menunjukkan bahwa penduduk lansia yang miskin lebih banyak yang tidak berobat jalan (57%). Sebaliknya, lebih banyak penduduk lansia tidak miskin yang berobat jalan. Nilai *odds ratio* sebesar 1,419 mengindikasikan penduduk lansia dengan status ekonomi tidak miskin mempunyai kecenderungan sebesar 1,419 kali lebih besar untuk berobat jalan dibandingkan dengan penduduk lansia yang miskin.

Dilihat dari tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan, penduduk lansia yang berpendidikan di atas SMP lebih banyak yang berobat jalan jika mengalami keluhan kesehatan (53,3%), sedangkan hanya 50,3% yang berpendidikan SMP atau kurang memilih

berobat jalan jika ada keluhan kesehatan. Dengan kata lain, penduduk lansia yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih peduli terhadap kondisi kesehatannya. Kondisi ini semakin mendorong mereka untuk berobat jalan ketika mengalami keluhan kesehatan.

Bagi penduduk lansia yang bekerja, tampaknya mereka enggan berobat jalan jika mengalami keluhan kesehatan. Tabel 3 menunjukkan sekitar 55% penduduk lansia yang bekerja tidak berobat jalan ketika mengalami keluhan kesehatan. Sebaliknya, penduduk lansia yang tidak bekerja lebih banyak yang berobat jalan (55,2%). Dengan *odds ratio* sebesar 0,663, berarti penduduk

lansia yang tidak bekerja mempunyai kecenderungan sebesar 1,5 kali lebih besar untuk berobat jalan dibandingkan dengan penduduk lansia yang bekerja. Hal ini dapat disebabkan karena penduduk lansia yang tidak bekerja mempunyai waktu luang yang lebih banyak. Jika mereka mengalami keluhan kesehatan, penduduk lansia yang tidak bekerja akan segera memutuskan untuk berobat jalan untuk memulihkan kesehatan mereka. Sebaliknya, bagi penduduk lansia yang masih bekerja, keinginan untuk tetap bekerja dan memperoleh penghasilan menjadi salah satu alasan lansia untuk tidak berobat jalan walaupun ada keluhan kesehatan.

Dari Tabel 3 juga dapat diketahui bahwa jika keluhan kesehatan yang dialami penduduk lansia mengganggu aktivitasnya maka sebagian besar penduduk lansia (65,1%) akan berobat jalan. Sebaliknya, jika keluhan kesehatan tersebut tidak mengganggu aktivitas, hanya 34,2% yang berobat jalan. Dengan OR sebesar 3,591 dapat diinterpretasikan bahwa penduduk lansia yang terganggu aktivitasnya akibat keluhan kesehatan mempunyai kecenderungan 3,591 kali lebih besar untuk berobat jalan dibandingkan dengan yang tidak terganggu kesehatannya. Dengan kata lain, terganggunya aktivitas jika ada keluhan kesehatan akan mendorong lansia untuk berobat jalan. Hasil penelitian ini didukung Andersen dan Newman (2005) yang menyatakan seseorang harus merasakan kesakitan atau peluang untuk merasakan kesakitan terlebih dahulu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Penduduk lansia yang menganggap sakitnya ringan dan akan sembuh dengan sendirinya biasanya akan menunda atau bahkan tidak berobat jalan. Penduduk lansia yang tidak berobat jalan saat aktivitasnya tidak terganggu perlu menjadi perhatian. Hal ini dikarenakan keluhan kesehatan, baik yang mengganggu ataupun tidak mengganggu aktivitas, harus segera ditangani. Apabila penduduk lansia membiarkan keluhan kesehatannya begitu saja, kondisi kesehatannya dapat bertambah parah.

Berdasarkan daerah tempat tinggal, penduduk lansia yang tinggal di daerah

perdesaan lebih sedikit yang berobat jalan (48,5%) dibandingkan dengan penduduk lansia yang tinggal di daerah perkotaan yang berobat jalan (52,6%). Hal ini disebabkan karena akses ke fasilitas kesehatan lebih mudah dijangkau serta lebih lengkap di daerah perkotaan. Kondisi ini dapat mendorong penduduk lansia untuk berobat jalan jika ada keluhan kesehatan.

Jika dilihat dari kepemilikan jaminan kesehatan, penduduk lansia yang tidak memiliki jaminan kesehatan lebih banyak yang tidak berobat jalan (53,7%), sedangkan yang berobat jalan hanya 46,3%. Sebaliknya, 53% penduduk lansia yang memiliki jaminan kesehatan memilih berobat jalan, sedangkan yang tidak berobat jalan sebesar 47%. Dengan *odds ratio* sebesar 1,308, penduduk lansia yang mempunyai jaminan kesehatan mempunyai kecenderungan sebesar 1,308 kali lebih besar untuk berobat jalan dibandingkan dengan penduduk lansia yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan Madyaningrum dkk. (2018) yang menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan berobat jalan lebih banyak dilakukan oleh penduduk yang memiliki jaminan kesehatan.

Faktor-faktor yang Memengaruhi Penduduk Lansia Berobat Jalan

Metode regresi logistik biner multilevel dengan *random intercept model* digunakan untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan,

Untuk melakukan pengujian terhadap parameter secara simultan, dilakukan uji G atau *Likelihood Ratio Test* untuk mengetahui pengaruh semua variabel independen secara bersama-sama terhadap variabel dependen di dalam model, sebagai berikut:

$$G = -2 \ln \left(\frac{\text{likelihood tanpa variabel independen}}{\text{likelihood dengan variabel independen}} \right)$$

$$G = -2 (-4467,0541 - (-4107,5855)) = 718,9372$$

Karena nilai $G > \chi^2_{(0,05;12)}$ ($718,9372 > 21,026$), maka keputusan yang dihasilkan adalah tolak H_0 . Dengan tingkat signifikansi 5%, sekurang-kurangnya terdapat satu variabel independen yang berpengaruh signifikan

terhadap perilaku berobat jalan penduduk lansia di Jawa Timur.

Selanjutnya, pengujian parameter secara parsial dilakukan untuk mengetahui faktor-

faktor apa saja yang memengaruhi perilaku berobat jalan oleh penduduk lansia di Jawa Timur. Hasil analisis disajikan pada Tabel 4.

Tabel 4. Hasil estimasi parameter model regresi logistik biner multilevel

Variabel		Koefisien	SE	Z	p> Z
Umur	Lansia Muda*				
	Lansia Madya	0,0265	0,0621	0,43	0,670
	Lansia Tua	-0,0793	0,0910	-0,87	0,383
Status Ekonomi	Miskin*				
	Tidak Miskin	0,3130	0,0802	3,90	0,000*
Tingkat Pendidikan	≤SMP*				
	>SMP	0,0870	0,1449	0,60	0,548
Status Perkawinan	Tidak kawin*				
	Kawin	0,1257	0,0684	1,84	0,066
Jenis Kelamin	Laki-laki*				
	Perempuan	0,0431	0,0624	0,69	0,489
Status Bekerja	Tidak bekerja*				
	Bekerja	-0,3107	0,0595	-5,23	0,000*
Gangguan Aktivitas	Tidak terganggu*				
	Terganggu	1,3188	0,0545	24,19	0,000*
Status Tinggal	Sendiri*				
	Bersama	-0,1347	0,0873	-1,54	0,123
Daerah Tempat Tinggal	Perdesaan*				
	Perkotaan	0,0635	0,0620	1,02	0,305
Kepemilikan Jaminan Kesehatan	Tidak punya*				
	Punya	0,2382	0,0593	4,01	0,000*
Rasio jumlah fasilitas kesehatan		0,0248	0,0393	0,63	0,527
Intercept		-1,0998	0,3069	-3,58	0,000*

Sumber: Olah data Susenas 2017

Keterangan : *) : Kategori referensi

**) : Signifikan pada $\alpha = 5\%$

Model regresi logistik biner multilevel diformulasikan sebagai berikut:

$$\ln \ln \left(\frac{\hat{\pi}_{ij}}{1 - \hat{\pi}_{ij}} \right) = -1,0998 + 0,0265 umur_{2,ij} - 0,0793 umur_{3,ij} + 0,3130 status_ekonomi_{ij}^{**} + 0,0870 pendidikan_{ij} + 0,1257 perkawinan_{ij} + 0,0431 jenis_kelamin_{ij} - 0,3107 status_bekerja_{ij}^{**} + 1,3188 gangguan_aktivitas_{ij}^{**} - 0,1347 status_tinggal_{ij} + 0,0635 tempat_tinggal_{ij} + 0,2382 jaminan_kesehatan_{ij}^{**} + 0,0248 faskes_j$$

Keterangan :

**) : Signifikan pada $\alpha = 5\%$

Dari Tabel 4 dapat diketahui bahwa status ekonomi, status bekerja, gangguan aktivitas, dan

kepemilikan jaminan kesehatan, memiliki $p\text{-value} < 0,05$. Dapat disimpulkan bahwa status ekonomi, status bekerja, gangguan aktivitas, dan kepemilikan jaminan kesehatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan. Sementara itu, umur, tingkat pendidikan, status perkawinan, jenis kelamin, status tinggal, daerah tempat tinggal, dan rasio jumlah fasilitas kesehatan lainnya memiliki $p\text{-value} > 0,05$. Hal ini mengindikasikan bahwa variabel-variabel tersebut tidak mempunyai pengaruh signifikan terhadap perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan.

Adanya pengaruh signifikan dari variabel status ekonomi terhadap perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan sesuai dengan hasil

kajian Madyaningrum dkk. (2018) yang menunjukkan bahwa semakin tinggi status ekonomi, semakin besar kecenderungannya untuk memanfaatkan pelayanan berobat jalan. Hasil penelitian lainnya dari Patle dan Khakse (2015) juga menunjukkan bahwa rata-rata pengeluaran untuk kesehatan tampak lebih besar pada penduduk berumur 60 hingga 75 tahun, yang bekerja, berpendidikan, dan status ekonomi berada di atas garis kemiskinan. Min Min Hlaing dkk. (2020) juga menyatakan bahwa penduduk lansia miskin menghadapi kesulitan finansial dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Penduduk lansia dengan status ekonomi tidak miskin bisa memilih tempat berobat jalan karena mereka mampu membayar biaya berobat, membeli obat, dan akses ke pelayanan kesehatan. Berbeda halnya dengan penduduk lansia dengan status ekonomi miskin, mereka memiliki keterbatasan dalam akses maupun biaya untuk berobat jalan. Kemiskinan juga mencerminkan ketidakberdayaan lansia serta semakin rendahnya kapasitas lansia untuk berobat jalan.

Status bekerja juga memengaruhi perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan. Andersen dan Newman (2005) menyatakan bahwa pekerjaan merupakan salah satu karakteristik yang dapat memengaruhi perilaku lansia dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Penduduk lansia yang bekerja memiliki beban fisik yang lebih besar dibandingkan dengan penduduk lansia yang tidak bekerja. Hal ini menyebabkan mereka yang bekerja mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami gangguan kesehatan, dan kondisi ini mendorong mereka untuk berobat jalan.

Keluhan kesehatan yang dapat menyebabkan terganggunya aktivitas juga mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan. Temuan ini ternyata tidak sejalan dengan kajian Madyaningrum dkk. (2018) yang menyatakan bahwa kesulitan penduduk lansia dalam aktivitas kehidupannya sehari-hari tidak berpengaruh signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan berobat jalan. Penduduk lansia yang menganggap sakitnya ringan dan akan sembuh dengan sendirinya cenderung menunda atau bahkan tidak

berobat jalan. Padahal, keluhan kesehatan yang tidak mengganggu aktivitas tetap harus segera ditangani oleh tenaga medis agar tidak memperparah kondisi kesehatan. Terfa dkk. (2019) menyatakan bahwa lansia yang memiliki beberapa morbiditas memiliki kemungkinan lebih besar untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan modern.

Tabel 4 juga menunjukkan bahwa variabel kepemilikan jaminan kesehatan dapat memengaruhi penduduk lansia dalam berobat jalan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Madyaningrum dkk. (2018) yang menunjukkan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan secara signifikan memengaruhi lansia dalam memanfaatkan pelayanan berobat jalan, dimana penduduk lansia yang memiliki jaminan kesehatan memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk berobat jalan dibandingkan dengan penduduk lansia yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Dou dkk. (2015) menyatakan bahwa adanya jaminan kesehatan dapat membantu meringankan masalah keuangan terkait pengobatan.

Jaminan kesehatan dapat membantu penduduk lansia dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya, termasuk untuk berobat jalan. Tersedianya jaminan kesehatan untuk berobat jalan akan meringankan kerugian ekonomi karena biaya berobat, bahkan dapat berobat secara gratis. Hal tersebut dapat meningkatkan akses penduduk lansia untuk berobat jalan, terutama bagi penduduk lansia dengan status ekonomi rendah yang biasanya memiliki hambatan ekonomi terkait pembiayaan pengobatannya.

KESIMPULAN

Dari 6511 orang penduduk lansia yang mengalami keluhan kesehatan di Jawa Timur pada tahun 2017, hampir separuhnya (49,6%) tidak berobat jalan. Alasan utama tidak berobat jalan adalah karena tidak ada biaya (terutama di pedesaan) sebanyak 2,98%, mengobati sendiri sebanyak 67,42%, dan merasa tidak perlu berobat sebanyak 25,99% (BPS, 2018).

Bagi lansia yang mengalami keluhan

kesehatan dan berobat jalan, fasilitas kesehatan yang paling banyak dikunjungi adalah praktek dokter/bidan yaitu sebanyak 51,39%. Hal ini dapat dilatarbelakangi oleh jam buka praktek dokter/bidan yang lebih fleksibel untuk berobat jalan, yaitu pada sore dan malam hari. Bahkan, cukup banyak tempat praktek dokter yang buka selama 24 jam.

Penduduk lansia yang memiliki keluhan kesehatan dan mempunyai kecenderungan yang lebih besar untuk berobat jalan adalah yang berusia 70 tahun atau lebih, mempunyai status ekonomi yang tidak miskin, berpendidikan lebih tinggi dari SMP, tidak bekerja, keluhan kesehatan yang dialami mengganggu aktivitas sehari-hari, tinggal di daerah perkotaan, serta memiliki jaminan kesehatan. Sementara itu, faktor-faktor yang secara signifikan memengaruhi perilaku penduduk lansia dalam berobat jalan adalah status ekonomi, status bekerja, gangguan aktivitas, dan kepemilikan jaminan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agresti, A. (2007). *Categorical data analysis second edition*. John Wiley & Sons.
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46(7), 647–653. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817a835d>
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4). <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>
- Azwar, A. (1988). *Pengantar administrasi kesehatan edisi kedua*. Binarupa Aksara.
- BPS. (2017). *Pedoman konsep dan definisi Susenas Maret 2017*. Badan Pusat Statistik.
- BPS (2018). *Profil penduduk lanjut usia Provinsi Jawa Timur 2017*. Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur.
- Biswas, P., Kabir, Z. N., Nilsson, J., & Zaman, S. (2006). Dynamics of health care seeking behaviour of elderly people in rural Bangladesh. *International Journal of Ageing and Later Life*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.061169>
- Boachie, M. K. (2017). Utilisation of outpatient healthcare services among elderly people with hypertension in Ghana. *Journal of Behavioral Health*, 6(4), 170–177. <https://doi.org/10.5455/jbh.20170705063150>
- Chukwudi, O. N., Uyilewhoma, I. M., Chukwudi, O. E., Ebi, E. J., Emmanuel, O. M., Kalu, O. O., & Iyamba, E. E. (2015). Determinants of health services utilization among the elderly in Calabar Municipality, Cross River State, Nigeria. *European Journal of Preventive Medicine*, 3(5). <https://doi.org/10.11648/j.ejpm.20150305.11>
- Dou, L., Liu, X., Zhang, T., & Wu, Y. (2015). Health care utilization in older people with cardiovascular disease in China. *International Journal for Equity in Health*, 14, 59. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0190-y>
- Harlan, J. (2016). *Analisis multilevel*. Universitas Gunadarma.
- Hox, J. J. (2010). *Multilevel analysis techniques and applications*. Routledge.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Analisis lansia di Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kholifah, S. N. (2017). *Modul bahan ajar cetak keperawatan gerontik*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Madyaningrum, E., Chuang, Y.-C., & Chuang, K.-Y. (2018). Factors associated with the use of outpatient services among the elderly in Indonesia. *BMC Health Services Research*, 18(1), 707. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3512-0>
- Manafe, D. (2014, 10 Februari). Populasi manula bertambah, BKKBN buat program lansia tangguh. *Beritasatu*. <https://www.beritasatu.com/kesehatan/165393/populasi-manula-betambah-bkkbn-buat-program-lansia-tangguh>

- Min Min Hlaing, S., Clara, N., & Han, A. N. (2020). Factors influencing health service utilization among the elderly in Insein Township, Yangon Region. *Makara Journal of Health Research*, 24(3). <https://doi.org/10.7454/msk.v24i3.1223>
- Moe, S., Tha K., Naing D. K. S., & Htike, M. M. T. (2012). Health seeking behavior of elderly in Myanmar. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(8), 1538-1544. <https://www.iomcworld.org/articles/health-seeking-behaviour-of-elderly-in-myanmar.pdf>
- Patel, S. K. (2007). A multilevel exploration of treatment seeking behaviour of disabled persons in India. *The Internet Journal of Tropical Medicine*, 5(1). <http://ispub.com/IJTM/5/1/13610>
- Patle, R. A., & Khakse, G. M. (2015). Health-seeking behaviour of elderly individuals: A community-based cross-sectional study. *The National Medical Journal of India*, 28(4), 181–184.
- Park, J. M. (2014). Health status and health services utilization in elderly Koreans. *International Journal for Equity in Health*, 13, 73. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0073-7>
- Somers, A. R. (1974). Recharting national health priorities: A new Canadian perspective. *The New England Journal of Medicine*, 291(8), 415–416. <https://doi.org/10.1056/NEJM197408222910811>
- Terfa, Y. B., Germossa, G. N., Hailu, F. B., Feyissa, G. T., Jaleta, F. T., & Shinkie, S. O. (2019). Determinants of health care utilization among the elderly population in Jimma Town, Oromia Region, Southwest Ethiopia. *International Archives of Nursing and Health Care*, 5(3). <https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510131>