ANALISIS FAKTOR PERILAKU LANSIA DENGAN PENYAKIT KRONIS BERDASARKAN *HEALTH BELIEF MODEL* DI PUSKESMAS

Ellia Ariesti[1]
[1]Panti Waluya Malang, School of Health Sciences, Indonesia

Felisitas A. Sri S[2], Elizabeth Y. Y. Vinsur[3], Kristianto D. N[4]
[2,3,4]Panti Waluya Malang, School of Health Sciences, Indonesia
E-mail: lizavinsur.LV@gmail.com

ABSTRAK

Proses menua sering dikaitkan dengan insiden penyakit kronik seiring dengan penurunan kondisi fisik, psikologis, maupun sosial serta berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi pengaruh luar dari ketahanan tubuhnya. Banyak permasalahan timbul dari kondisi kronis di lansia karena meningkatnya jumlah lansia. Pengontrolan maupun pencegahan menuju kondisi lebih parah dapat dilakukan melalui gaya hidup sehat. Salah satu model yang dikembangkan untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan seseorang untuk mencari upaya hidup sehat adalah model kepercayaan kesehatan atau *Health Belief Model*. Tujuan penelitian mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku lansia dengan penyakit kronis dalam mengatasi penyakitnya berdasarkan *Health Belief Model* di Puskesmas. Jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami penyakit kronis di Puskesmas Bareng Kota Malang. Jumlah sampel sebanyak 76 responden. Hasil analisis menggunakan uji *chi-square* menunjukkan bahwa variabel *perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers* yang berhubungan dengan perilaku lansia ($p<0.05$). Hasil model akhir analisis multivariat, variabel *perceived barriers* merupakan variabel yang berhubungan dengan perilaku lansia yang menderita penyakit kronis. Dukungan individu lain terhadap lansia mulai dari mereka yang tinggal bersama maupun oleh aparat penduduk setempat untuk meminimalkan atau menghilangkan rintangan mesti dilakukan agar kualitas hidup lansia dengan penyakit kronis dapat optimal.

Kata Kunci : *Health Belief Model*, *Penyakit Kronis, Perilaku Lansia*

ABSTRACT

The process of aging is often associated with the incidence of chronic disease along with a decrease in physical, psychological, and social conditions and a decrease in the body's resistance to the external effects of the body's resistance. Many problems arise from chronic conditions in the elderly due to the increasing number of elderly people. Control and prevention of worsening conditions can be done through a healthy lifestyle. One of the models developed to see the factors that influence a person's actions to seek healthy living is the Health Belief Model. The research objective was to determine the factors that influence the behavior of the elderly with chronic disease in overcoming their disease based on the Health Belief Model at the Puskesmas. This type of research is descriptive analytic with cross sectional approach. The population in this study were the elderly who experience chronic disease at the Puskesmas Bareng Malang City. The number of samples is 76 respondents. The results of the analysis using the chi-square test showed that the variable perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers were related to elderly behavior ($p <0.05$). The result of the final model of multivariate analysis, the variable perceived barriers is a variable related to the behavior of the elderly who suffer from chronic diseases. Support from other individuals to the elderly, starting

from those who live together and by local residents to minimize or eliminate obstacles, must be done so that the quality of life for the elderly with chronic diseases can be optimal.

Keywords *: Health Belief Model, Chronic Diseases, Elderly Behavior*

PENDAHULUAN

Umur Harapan Hidup (UHH) meningkat dari 66 tahun menjadi 72 tahun (WHO, 2015). UHH di Indonesia menduduki peringkat ke-7 dari sepuluh negara di ASEAN (Riskesdas, 2013). Tahun 2025 diperkirakan lansia usia 60 tahun keatas akan mencapai 650 juta diantaranya lansia tinggal di negara-negara miskin yang berpendapatan menengah kebawah (Babazadeh *et al*., 2016). Berdasarkan hasil dari Susenas 2014, lansia di Indonesia meningkat menjadi 20,24 juta dan diperkirakan pada Susenas tahun 2025 jumlahnya akan mencapai 36 juta jiwa lansia (Depkes, 2015).

Semakin bertambahnya usia atau semakin tua usia seseorang, merupakan indikator dari proses penuaan. Proses menua sering dikaitkan dengan insiden penyakit kronik, karena berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi pengaruh luar dari ketahanan tubuhnya (Stanhope & Lancaster, 2014). Proses menua merupakan proses alami manusia yang disertai dengan penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang berinteraksi satu sama lain (Lindskog, Tavelin *and* Lundstro, 2015). Hal ini dapat disebabkan karena lansia merasa dirinya tidak nyaman dalam mengalani sakit kronis. Berlainan dengan pendapat berikut, bahwa pada lansia yang mengalami penyakit kronis, pemberian edukasi terkait penyakitnya mampu menjaga dan mengembangkan prognosa yang bagus (Kececi dan Bulduk, 2012). Hasil penelitian oleh Felisitas dkk (2019) dengan judul analisis faktor yang mempengaruhi lansia datang ke pelayanan kesehatan didapatkan terdapat pengaruh antara pengambilan keputusan (p=0.031), sumber pembiayaan (p=0,021), kualitas pelayanan (p=0.021), akses jarak (p=0.006), akses transportasi (p=0.043) masing-masing terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh lansia.

Ada banyak teori perilaku yang dapat digunakan untuk mengevaluasi upaya yang dilakukan untuk kesehatan. Salah satu model yang dikembangkan untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan seseorang untuk mencari upaya hidup sehat adalah model kepercayaan kesehatan atau *Health Belief Model* yang pertama kali dikembangkan pada tahun lima puluhan oleh sekelompok ahli psikologi sosial yang mencoba menjelaskan sebab kegagalan sekelompok individu dalam menjalani program pencegahan penyakit (Rosenstock dalam Anies, 2006). Becker dalam Anies (2006), memperluas model tersebut untuk mempelajari perilaku seseorang terhadap diagnosis yang ditegakkan, khususnya masalah kepatuhan (*compliance*) terhadap regimen pengobatan. Menurut Bastable (2002), dua alasan utama yang menjadi dasar dibentuknya model ini yaitu keberhasilan terhadap pencegahan penyakit dan program penyembuhan yang memerlukan kepatuhan klien untuk berpartisipasi dan keyakinan bahwa kesehatan memang sangat dihargai. Teori *Health Belief Model* terkait *illness belief* menjelaskan bahwa kenyamanan holisstik disamping kenyamanan fisik, psikososial terdapat pengetahuan terkait ancaman kesehatan bagi lansia (Rosentock, 1996 *dalam* Suhadi, 2011). Mengenali faktor yang mempengaruhi upaya yang dilakukan lansia dengan penderita kronis dalam mengatasi penyakitnya menjadi penting karena akan dapat dijadikan dasar untuk kemudian mengambil tindakan yang tepat agar lansia yang mengalami penyakit kronis dapat tertangani dengan baik (Felisitas dkk., 2019).

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah suatu organisasi

kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Puskesmas BARENG adalah salah satu puskesmas di Kota Malang yang berada di wilayah Kecamatan Klojen. Status Puskesmas adalah sebagai Puskesmas Rawat Jalan, dengan berbagai jenis pelayanan yang dilakukan di dalam dan di luar gedung Puskesmas Bareng. Data tahun 2017 penyakit kronis terbanyak di Puskesmas Bareng adalah Hipertensi sebanyak 22,21 % dan DM sebanyak 11,31 %.

Peneliti tertarik untuk membahas lebih mendalam faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku lansia dengan penyakit kronis dalam mengatasi penyakitnya berdasarkan *Health Belief Model* di Puskesmas BARENG Kota Malang

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*, dimana penelitian dilakukan pada satu waktu, sekali, tidak ada *follow up* untuk mencari hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (Kriyantono, 2006).

Peneliti menggunakan *Nonprobability sampling* dengan sistem *Consecutive sampling*. Metode ini digunakan untuk meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku lansia dengan penyakit kronis untuk mengatasi penyakitnya berdasarkan *Health Belief Model* di Puskesmas Bareng Kota Malang. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara variabel yang ada.

Seluruh proses penelitian dilakukan sampai dengan terpenuhinya jumlah sampel selama 1 tahun yaitu mulai bulan September 2018 sampai dengan Agustus 2019 di area binaan Puskesmas Bareng Kota Malang pada lansia yang terdeteksi menderita penyakit kronis pada saat program posyandu lansia.

Instrumen dalam penelitian ini dengan metode angket yaitu dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Health Belief Model* yang diadop dan dikembangkan dari Champion & Skinner (dalam Glanz, 2008). Kuesioner Perilaku Lansia diadop dan dikembangkan dari Notoadmojo, 2007. Pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun tersebut diuji validitas dan realibitas menggunakan uji *Croncbach alpha*.

Data dikumpulkan langsung dari responden dengan menggunakan lembar Kuesioner *Health Belief Model* untuk variabel bebas dan Kuesioner tentang perilaku lansia dengan penyakit kronis untuk mengatasi penyakitnya untuk variabel tergantung. Yang mengisi lembar observasi adalah responden.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini melibatkan sebanyak 76 responden yang dianalisis. Hasil analisis univariat menggambarkan distribusi responden berdasarkan variabel independen (perilaku) dan 6 variabel kovariat dalam hubungannya dengan lansia yang memiliki penyakit kronis untuk mengatasi penyakitnya sebagai berikut:

1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Variabel Sosio Demografi dan Sosio Ekonomi.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel yang diteliti

Karakteristik Variabel		N	(%)
Usia	▪ 56-65 tahun	32	42,1
	▪ >65 tahun	44	57,9
Jenis kelamin	▪ Wanita	49	64,5
	▪ Pria	27	35,5
Pendidikan Terakhir	▪ Tidak sekolah	27	35,5
	▪ Tidak tamat SD/SR	34	44,7
	▪ Tamat SD/SR	15	19,7
Pekerjaan	▪ Petani/Buruh	10	13,2
	▪ Tidak bekerja	66	86,8

Lama sakit	▪ ≤5 tahun	41	53,9
	▪ >5 tahun	35	46,1
Jenis Penyakit	▪ Hipertensi	76	100
	▪ Lainnya	0	0
Informasi	▪ Pernah	36	47,4
	▪ Tidak pernah	40	52,6
Dukungan keluarga	▪ Ada	31	40,8
	▪ Tidak	45	59,2
Asuransi Kesehatan	▪ Ada	24	31,6
	▪ Tidak	52	68,4
Dukungan tenakes	▪ Ada	31	40,8
	▪ Tidak	45	59,2
Jarak rumah	▪ 0-5 km	76	100
	▪ >5 km	0	0

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa proporsi responden yang berusia > 65 tahun sebanyak 57,9%. Proporsi yang berjenis kelamin wanita sebanyak 64,5%. Proporsi yang sekolah rakyat atau sekolah dasar namun tidak sampai tamat sebanyak 44,7%. Proporsi yang sudah tidak aktif bekerja sebanyak 86,8%. Proporsi lansia yang menderita hipertensi dengan lama sakit < 5 tahun sebanyak 53,9%. Proporsi jenis penyakit yang diderita yaitu hipertensi sebanyak 100%. Proporsi lansia yang tidak mendapat informasi sebanyak 52,6%. Proporsi lansia yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga sebanyak 59,2%. Proporsi lansia yang jarak rumahnya 0-5 km dengan fasilitas pelayanan kesehatan sebanyak 100%.

2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Variabel yang diteliti

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel yang diteliti

Karakteristik Variabel		N	(%)
Perilaku	▪ Positif	42	55,3
	▪ Negatif	34	44,7
Perceived Susceptibility	▪ Positif	52	68,4
	▪ Negatif	24	31,6
Perceived Severity	▪ Positif	41	53,9
	▪ Negatif	35	46,1
Perceived Benefits	▪ Positif	50	65,8
	▪ Negatif	26	34,2
Perceived Barriers	▪ Positif	48	63,2
	▪ Negatif	28	36,8
Cues to Action	▪ Positif	42	55,3
	▪ Negatif	34	44,7
Self Effication	▪ Positif	48	63,2
	▪ Negatif	28	36,8

Sumber: Kuesioner, 2019

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa proporsi responden lansia yang memiliki perilaku kesehatan yang positif sebanyak 55,3%. Proporsi responden lansia yang *perceived susceptibility*-nya positif sebanyak 68,4%. Proporsi responden lansia yang *perceived severity*-nya positif sebanyak 53,9%. Proporsi responden lansia yang *perceived benefits*-nya positif sebanyak 65,8%. Proporsi responden lansia yang *perceived barriers*-nya positif sebanyak 63,2%. Proporsi responden lansia yang *cues to action*-nya positif sebanyak 63,2%. Proporsi responden lansia yang *self effication*-nya positif sebanyak 63,2%.

5.3 Hubungan Variabel Independen dengan Variabel Dependen

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel dependen (perilaku lansia) dengan variabel independen (*health belief model*) yang terdiri dari *perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, cues to action, self effication*. Pada analisis ini, uji statistik yang digunakan adalah uji chi-square dengan tingkat kemaknaan 95%. Hasil analisis dikatakan berhubungan bermakna jika *p value* < 0,05.

1. Hubungan Variabel Independen dengan Variabel Dependen

Tabel 3 Hubungan Variabel Independen dengan Variabel Dependen

Variabel Independen	Perilaku positif		Perilaku negatif		P value	OR	CI 95%
	N	(%)					
Perceived Susceptibility					0.000	16.571	3.524-77.917
▪ Positif	26	34,2	2	6.5			
▪ Negatif	21	46,7	29	93,5			
Perceived Severity					0.000	14.192	4.065-49.545
▪ Positif	41	91,1	13	41,9			
▪ Negatif	4	8,9	18	58,1			
Perceived Benefits					0.000	8.556	3.004-24.365
▪ Positif	35	77,8	9	29			
▪ Negatif	10	22,2	22	71			
Perceived Barriers					0.000	36.235	4.417-297.252
▪ Positif	44	97,8	17	54,8			
▪ Negatif	1	2,2	14	45,2			
Cues to Action					0.119	2.362	0.917-6.081
▪ Positif	31	68,9	15	48,4			
▪ Negatif	14	31,1	16	51,6			
Self Effication					0.089	2.578	0.981-6.772
▪ Positif	33	73,3	16	51,6			
▪ Negatif	12	26,7	15	48,4			

Sumber: Kuesioner, 2019

Analisis bivariat menggunakan uji *chi-square*. Berdasarkan tabel 3, hasil analisis hubungan perilaku lansia yang memiliki penyakit kronis menunjukkan bahwa variabel *perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers* yang berhubungan dengan perilaku lansia (p<0.05).

Analisis multivariat pada penelitian ini bertujuan untuk menghasilkan model yang parsimoni, sahih, presisinya baik tetapi juga sederhana. Pada pemodelan untuk mencari faktor determinan, tidak ada variabel yang dianggap utama, semua variabel independen memiliki kedudukan yang sama. Model yang dihasilkan harus sederhana, artinya model harus mengikutsertakan semua faktor determinan yang penting dan tidak mengikutsertakan faktor determinan yang kurang penting. Saat melakukan pemodelan terdapat beberapa tahapan yang akan dijabarkan sebagai berikut :

5.4 Indentifikasi Kovariat Potensial

Tahap pertama dalam pemodelan untuk mencari faktor determinan adalah identifikasi kovariat potensial yang dilakukan dengan membuat analisis regresi logistik dari masing-masing kovariat terhadap variabel dependennya. Kovariat dengan *p value* < 0,25 merupakan kandidat kovariat yang dapat masuk ke dalam model multivariat.

Pada penelitian ini, dilakukan analisis regresi logistik untuk masing-masing variabel, diantaranya adalah *perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, cues to action,* dan *self effication*.

Setelah dilakukan analisis, pada tabel 5.3 terlihat bahwa variabel *perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers* memiliki *p value* < 0,25 sehingga 4 variabel tersebut selanjutnya akan dimasukkan ke dalam model mutivariat.

5..5 Penilaian Variabel Perancu

Uji variabel perancu dilakukan dengan mengeluarkan kandidat variabel perancu satu per satu dimulai dari variabel perancu yang memiliki *p value* terbesar. Bila terdapat perubahan OR ≥ 10% pada masing-masing variabel independen maka variabel tersebut dikatakan variabel perancu dan harus tetap berada di dalam model. Hasil pemodelan awal dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut :

Tabel 4 Pemodelan Awal Determinan

Variabel	**B**	**P *value***	**OR**	**95% CI**
Perceived susceptibility	-.106	.856	.899	.286-2.829

Perceived severity	-.526	.295	.590	.219-1.585
Perceived benefits	.428	.411	1.535	.553-4.258
Perceived barriers	1.00	.034	3.321	1.097-10.050

Setelah variabel perancu dikeluarkan dari pemodelan satu persatu, ternyata variabel dapat dikeluarkan dari dalam model. Hal ini disebabkan karena setelah variabel tersebut dikeluarkan tidak menyebabkan perubahan nilai OR >10%, sehingga model akhir yang dihasilkan adalah seperti pada tabel 5.5

5.6 Uji Interaksi

Uji interaksi dilakukan pada variabel yang diduga secara substansi ada interaksi, namun bila tidak ada maka tidak perlu dilakukan uji interaksi. Pada penelitian ini tidak dilakukan uji interaksi.

5. 7 Model akhir

Hasil akhir dari analisis multivariat, adalah seperti pada tabel berikut ini:

Tabel 5 Hasil analisis multivariat

Variabel	**B**	**P *value***	**OR**	**95% CI**
Perceived barriers	1.083	0.033	2.955	1.090-8.010

Dari hasil analisis bivariat diketahui bahwa *Perceived Susceptibility* berhubungan dengan perilaku lansia dengan penyakit kronis untuk mengatasi penyakitnya, Menurut Rosenstock (dalam Glanz 1990) *perceived susceptibility* merupakan komponen HBM yang secara umum penting. Bryan Aiken & West (1997) menemukan bahwa *perceived susceptibility* merupakan faktor motivasional yang mendukung tingkah laku preventif dari berbagai jenis penyakit. Pernyataan ini diperkuat oleh Glanz (1990) yang menyatakan bahwa komponen ini adalah faktor penting yang dibutuhkan sebelum ada komitmen untuk melakukan tingkah laku kesehatan.

Faktor kedua yang mempengarui perilaku lansia dengan penyakit kronis untuk mengatasi penyakitnya adalah *Perceived Severity*, Rosenstock, 1989 (dalam Glanz 1991) mengatakan bahwa *Perceived Severity* berperan pada tingkah laku kesehatan yang dilakukan individu yang sedang mengidap sebuah penyakit. Analisa yang dilakukan Montgomery dkk (dalam Glanz 1994) juga mengatakan bahwa komponen ini merupakan prediktor yang paling konsisten diantara komponen-komponen HBM lainnya dalam menentukan tingkah laku kesehatan. Heinzelmann, dkk (1970) juga menemukan pentingnya peranan *perceived severity* dalam penelitian yang dilakukannya.

Faktor ketiga yang mempengaruhi perilaku lansia dengan penyakit kronis untuk mengatasi penyakitnya adalah *Perceived Benefits*, Rosenstock (dalam Glanz, 1991) membuktikan bahwa secara umum *Perceived Benefits* merupakan komponen HBM yang penting, dan merupakan faktor yang lebih menentukan bila dibandingkan dengan *Perceived Susceptibility*. Dalam penelitiannya tentang tingkah laku preventif terhadap HIV, Catania (1966) menemukan bahwa keuntungan yang dipersepsikan individu akibat penggunaan kondom – seperti perasaan positif penghargaan positif dari pasangan terhadap kondom dan peningkatan kenikmatan seksual dapat meningkatkan perilaku penggunaan kondom pada pria.

Faktor keempat yang mempengaruhi perilaku lansia dengan penyakit kronis untuk mengatasi penyakitnya adalah *Perceived Barriers*, hasil studi meta analisis dari berbagai macam studi HBM tentang berbagai perilaku kesehatan yang menyimpulkan bahwa perceived barriers merupakan faktor tunggal paling penting dalam menentukan tingkah laku kesehatan. Yep (1993) yang menemukan bahwa *perceived barriers* merupakan peramal

signifikan terhadap monogamy dan perubahan umum dalam pola sehat Hill dkk, 1985dalam (Gallois dkk, 1993) juga mengatakan bahwa komponen ini dapat menjadi prediktor dari intensi penggunaan kondom.

Berdasarkan hasil model akhir analisis multivariat, diketahui bahwa variabel perceived barriers merupakan variabel yang berhubungan dengan perilaku lansia yang menderita penyakit kronis. *Perceived Barriers*, hasil studi meta analisis dari berbagai macam studi HBM tentang berbagai perilaku kesehatan yang menyimpulkan bahwa *perceived barriers* merupakan faktor tunggal paling penting dalam menentukan tingkah laku kesehatan. Yep (1993) yang menemukan bahwa *perceived barriers* merupakan peramal signifikan terhadap monogamy dan perubahan umum dalam pola sehat. Pertimbangan tentang rintangan (*barriers*) yang dirasakan terhadap penyakit kronis yang dialami lansia mengacu sejauh mana seorang berpikir rintangan untuk mencari pengobatan atau tindakan kesembuhan pada penyakit. Asumsinya adalah bahwa bila rintangan yang dirasakan oleh lansia yang menderita penyakit kronis untuk mengatasi penyakit yang diderita dengan melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan begitu besar maka berhubungan dengan perilaku untuk mencari pengobatan. Sebagian besar responden menyatakan *Perceived Barrier* untuk mencari pengobatan adalah adalah karena takut periksa ke tempat pelayanan kesehatan belum tentu sembuh, Dokter maupun tenaga kesehatan mungkin belum tentu bisa menyembuhkan penyakitnya dan keyakin mengenai tempat kesehatan tersebut. Rintangan-rintangan tersebut yang menyebabkan perilaku untuk mencari pengobatan menurun.

KESIMPULAN

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku lansia dengan penyakit kronis untuk mengatasi penyakitnya berdasarkan Health Belief Model Di Puskesmas Bareng Kota Malang adalah faktor *perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers* yang berhubungan dengan perilaku lansia ($p<0.05$)

SARAN

Setiap lansia yang mengalami penyakit kronis hendaknya mengatasi penyakitnya dengan memeriksakan secara rutin penyakitnya ke pelayanan kesehatan terdekat. Serta mengurangi persepi yang kurang tepat, terutama persepsi tentang ketakutan periksa ke tempat pelayanan kesehatan belum tentu sembuh, Dokter maupun tenaga kesehatan mungkin belum tentu bisa menyembuhkan penyakitnya dan keyakin mengenai tempat kesehatan tersebut. Pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kepercayaan lansia dengan meningkatkan pengetahuan lansia tentang tata cara penatalaksanaan pada penyakit kronis melalui penyuluhan kesehatan serta meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

Azizah. (2011). Keperawatan lanjut usia. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Babazadeh, Towhid, Sarkhoshi, Reza, Bahadori, Farhad, Moradi, Fatemeh, Shariat, Fariba, & Sherizadeh, Yousef (2016). Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in Khoy, Iran (2014-2015). Journal of Anal Res Clin Med, 4(2nd), 122-128.

Baghianimoghadam, Hosein, Mohammad, Shogafard, Golamreza, Sanati, Hamid, Baghianimoghadam, Behnam, Mazloomy, Seyed Saeed, & Askarshahi, Mohsen (2013). Application of the health belief model in promotion of self-care in heart failure patients; Received in revised form: 11 Sep. 2012; Accepted: 27 Sep. 2012. Acta Medica Irania, 51(1st), 1-7.

Bastable, S.B. (2002). Perawat sebagai pendidik: prinsip-prinsip pengajaran dan pembelajaran. EGC; Jakarta.

Chan, W. Keith, Bryan C. Ding, dan Kenneth J. Mroczek. (2011). Acute and chronic lateral ankle instability in the athlete. bulletin of the nyu hospital for joint diseases. (Online), 69(1):17-26, (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21332435

Christ, Grace, Diwan, Sadhna, & Jen, Sarah. (2016). The role of social work in managing chronic illness care. Chronic illness and aging 2(1st), 1-26.

Conner, M and Norman, P. (2005). Predicting healht behaviour : research and practice with social cognitive models. Open University Press; New York.

Felisitas A. Sri S.; Elizabeth Y. Y Vinsur; Emy Sutiyarsih. (2019). Analisis faktor yang mempengaruhi lansia datang ke pelayanan kesehatan. Jurnal Ners dan Kebidanan. http://jnk.phb.ac.id/index.php/jnk DOI: 10.26699/jnk.v6i2.ART.p189-196

Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2008). Health behavior and health education (4th ed). San Fransisco: Jossey-Bass.

Guthrie E. (1996). Emotional disorder in chronic illness: psychotherapeutic interventions. Br J Psychiatry. 1996 Mar;168(3):265-73

Hicks, Lee A. (2014). A phenomenological study of the retirement transition of k-12 educational administrators in the state of alabama. Educational Administration: Theses, Dissertations, and Student Research, 4.

Hinrichsen, Gregory A., Brickman, Adam M., Haase, Vacha., Hiroto, Kimberly, & Zweig, Richard. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. American Psychological Association 69(1st), 34-65.

Huang, Hui-Ting, Kuo, Yu-Ming, Wang, Shiang-Ru, Wang, Chia-Fen, & Tsai, Chung-Hung (2016). Structural factors affecting health examination behavioral intention. International Journal of Environmental Research and Public Health, 13(395th), 1-15. interventions. Br J Psychiatry;168:265-273.

Hurlock, E.B (2002). Psikologi Perkembangan. 5th edition. Erlanga: Jakarta.

Jones, & Bartlet. (2014). Health belief model. health belief model, 1(2nd), http://www,jblearning.com/samples/0763743836/chapter%204.pdf

Jones, & Bartlet. (2014). Psychosocial and functional aspects of chronic illness and disability. Psychosocial dan functional 1(2nd), 1-26.

Kececi, Ayla, & Bulduk, Serap (2012). Health education for the elderly. World's largest Science, Technology & Medicine 1(1st), 1-26.

Kriyantono, Rachmat.(2006). Teknik praktis riset komunikasi. Kencana: Jakarta.

Maryam, R. Siti & dkk (2008). Mengenal usia lanjut dan perawatannya. Salemba Medika: Jakarta .

Mayou R, Hawton K, Feldman E, et al. (1991). Psychiatric problems among medical admissions. Int J Psychiatry Med;21:71-84.

Mubarak & Iqbal, (2009). Buku ajar keperawatan komunitas 2. CV Sagung Seto: Jakarta.

Nugroho, W. (2008). Keperawatan gerontik & geriatrik, Edisi - 3. EGC: Jakarta.

Nolte, Ellen, & McKee, Martin. (2008). Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. M. G. Hill Open University Press. (Ed.1)

Notoadmodjo, S. (2007). Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta

Pinto, Oliveira, Sara Maria, Berenguer, Sílvia Maria Alves Caldeira, Martins, José Carlos Amado, & Kolcaba, Katharine. (2016). Cultural adaptation and validation of the portuguese end of life spiritual comfort questionnaire in palliative care patients. Porto Biomedical Journal, 29(1st), 1-6.

Rawlett, Kristen E. (2011). Analytical evaluation of the health belief model and the vulnerable populations conceptual model applied to a medically underserved, rural population. International Journal of Applied Science and Technology, Vol. 1 No. 2; April 2011, 1-7.

Rolland, John S. (2007). Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. Journal of Normal Family Process, 26(1st), 203-221.

Rosenstock IM (1966), "Why people use health services", Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (3): 94–12

Sidhu, Manbinder Singh. (2012). Understanding health beliefs in relation to chronic disease and self-management in a socio-economically disadvantaged multi-ethnic population (Doctor of Philosophy). Birmingham: University of Birmingham.

Stanhope & Lancaster. (2014). Community and public health nursing. Ed 5. St Louis United States: Mosby Inc.Lindskog, Tavelin dan Lundstro.