

# ***Languishing, Moderate, atau Flourishing? Gambaran Kesehatan Mental pada Lansia Berdasarkan Mental Health Continuum-Short Form***

**Zamralita**

*Fakultas Psikologi, Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia*

*e-mail: zamralita@fpsi.untar.ac.id*

## **Abstract**

*Indonesia's older population continues to grow, yet a longer lifespan does not guarantee good mental health. This study aimed to map the mental health profile of older adults aged 60 years and above using the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), which classifies mental health as flourishing, moderate, or languishing. A quantitative descriptive design was applied. Through purposive sampling, 215 older adults aged 60–87 years ( $M=67.42$ ;  $SD = 6.18$ ) were assessed with the Indonesian version of the MHC-SF ( $\alpha = .89$ ;  $\omega=0.87$ ). Most participants (54.4%;  $n = 117$ ) were categorized as moderate, followed by flourishing (38.1%;  $n = 82$ ) and languishing (7.4%;  $n = 16$ ). Of the three dimensions, emotional well-being scored the highest ( $M = 3.75$ ), followed by psychological well-being ( $M = 3.67$ ) and social well-being ( $M = 3.23$ ). Independent-samples *t*-test and one-way ANOVA showed no significant differences in mental health by sex, age group, or education. These findings indicate that most older adults remain in a middle zone that can be cultivated toward flourishing, pointing to the need for interventions targeting social well-being.*

**Keywords:** *elderly, flourishing, mental health, mental health continuum, MHC-SF*

## **Abstrak**

Populasi lanjut usia (lansia) di Indonesia terus tumbuh, namun usia panjang tidak menjamin kesehatan mental yang baik. Penelitian ini bertujuan memetakan gambaran kesehatan mental lansia berusia 60 tahun ke atas menggunakan *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF) yang mengklasifikasikan kesehatan mental menjadi *flourishing*, *moderate*, dan *languishing*. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan deskriptif. Melalui *purposive sampling*, diperoleh 215 lansia berusia 60–87 tahun ( $M = 67,42$ ;  $SD = 6,18$ ) yang diukur dengan MHC-SF ( $\alpha = .89$ ;  $\omega=0.87$ ). Mayoritas partisipan berada pada kategori *moderate* (54.4%;  $n = 117$ ), diikuti *flourishing* (38.1%;  $n = 82$ ) dan *languishing* (7.4%;  $n = 16$ ). Di antara ketiga dimensi, kesejahteraan emosional memperoleh rerata tertinggi ( $M = 3.75$ ), diikuti kesejahteraan psikologis ( $M = 3.67$ ) dan kesejahteraan sosial ( $M = 3.23$ ). Uji *independent samples t-test* dan *one-way ANOVA* menunjukkan tidak ada perbedaan kesehatan mental yang signifikan berdasarkan jenis kelamin, kelompok usia, maupun pendidikan. Temuan ini menunjukkan sebagian besar lansia berada di zona tengah yang berpotensi dikembangkan menuju *flourishing*, sehingga diperlukan intervensi yang menyoroti dimensi kesejahteraan sosial.

**Kata kunci:** *flourishing, kesehatan mental, lansia, mental health continuum, MHC-SF*

## **I. Pendahuluan**

Indonesia tengah memasuki babak baru sebagai negara dengan struktur penduduk yang menua. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2025), proporsi penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia telah mencapai 11.93% pada tahun 2025 dan diproyeksikan menembus 20.31% pada tahun 2045. Pertumbuhan ini menempatkan Indonesia pada fase *aging population* yang menuntut kesiapan multidimensional, tidak hanya pada infrastruktur dan layanan kesehatan fisik, tetapi juga pada penanganan kesehatan mental. Lansia, yang menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 didefinisikan sebagai individu berusia 60 tahun ke atas, kerap menghadapi sejumlah transisi sekaligus: hilangnya peran pekerjaan, menyempitnya jejaring sosial, hingga menurunnya fungsi



fisiologis. Data Badan Pusat Statistik (2025) memperlihatkan kerentanan ini secara konkret: sekitar 5.03% lansia tinggal sendiri, dan beban kehilangan pasangan ditanggung jauh lebih berat oleh perempuan, dengan 46.71% lansia perempuan berstatus cerai mati dibandingkan hanya 12.15% pada laki-laki. Akumulasi peristiwa hidup tersebut menjadikan masa lanjut usia rentan terhadap penurunan kondisi psikologis (Steptoe et al., 2015).

Kerentanan tersebut tampak semakin nyata pada perkembangan terakhir. Setelah menunjukkan tren perbaikan sepanjang 2018–2023, kondisi kesehatan lansia justru kembali memburuk sejak 2024, ditandai naiknya angka keluhan kesehatan menjadi 44.02% pada 2025 (Badan Pusat Statistik, 2025). Pembalikan arah ini patut dicermati karena terjadi pada periode ketika layanan kesehatan telah pulih dari disrupsi pandemi. Setidaknya terdapat empat penjelasan yang dapat diajukan. *Pertama*, pergeseran komposisi internal kelompok lansia: seiring meningkatnya usia harapan hidup, proporsi lansia tua (70 tahun ke atas) dalam populasi lansia turut membesar, sehingga kenaikan angka keluhan dapat sebagian mencerminkan efek komposisional, bukan semata perburukan kondisi pada kelompok umur yang sama. *Kedua*, fenomena *expansion of morbidity*, yakni pertambahan usia harapan hidup yang tidak diimbangi pertambahan usia harapan hidup sehat, sehingga tahun-tahun kehidupan tambahan justru dijalani dalam kondisi sakit atau keterbatasan fungsional. *Ketiga*, efek lanjutan pandemi COVID-19 berupa tertundanya pemeriksaan dan pengendalian penyakit tidak menular selama 2020–2022, yang konsekuensinya baru termanifestasi beberapa tahun kemudian dalam bentuk komplikasi hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung pada kelompok lansia. *Keempat*, kenaikan angka keluhan juga dapat dipengaruhi faktor pengukuran, mengingat keluhan kesehatan merupakan laporan subjektif yang sensitif terhadap peningkatan kesadaran dan literasi kesehatan maupun perubahan cakupan instrumen survei. Terlepas dari mana penjelasan yang paling dominan, implikasi psikologisnya searah: keluhan kesehatan fisik dan kondisi psikologis pada lansia berlangsung resiprokal, di mana keterbatasan fisik mempersempit ruang aktivitas dan partisipasi sosial, sementara kondisi psikologis yang menurun memperburuk persepsi atas kesehatan dan kepatuhan terhadap perawatan (Steptoe et al., 2015). Pembalikan tren ini karenanya menandakan bahwa kebutuhan akan perhatian terhadap kesehatan mental lansia justru sedang meningkat, bukan mereda.

Bertambahnya jumlah dan proporsi lansia tidak dengan sendirinya berarti bertambahnya jumlah lansia yang hidup sejahtera. Ketika satu dari lima penduduk Indonesia diproyeksikan berusia 60 tahun ke atas pada 2045, kondisi psikologis lansia berhenti menjadi persoalan segmen minoritas dan berubah menjadi determinan kualitas hidup sebagian besar penduduk sekaligus penentu beban sistem kesehatan dan jaminan sosial nasional. Pada skala populasi sebesar itu, menetapkan "tidak mengalami gangguan jiwa" sebagai target menjadi tidak memadai. Jika upaya

promosi kesehatan hanya diarahkan pada penurunan gejala, capaian terbaik yang mungkin diraih adalah lansia yang tidak sakit namun hidup tanpa vitalitas, keterhubungan sosial, dan rasa bertumbuh. Padahal kesehatan mental positif pada tingkat *flourishing* memberikan nilai tambah yang tidak dihasilkan oleh sekadar absennya patologi: *flourishing* berasosiasi dengan risiko mortalitas yang lebih rendah, fungsi fisik dan kognitif yang lebih terjaga, serta kebutuhan layanan kesehatan yang lebih rendah pada usia lanjut (Keyes & Simoes, 2012; Steptoe et al., 2015). Dengan kata lain, semakin besar populasi lansia, semakin besar pula selisih dampak—baik pada kualitas hidup individu maupun pada beban fiskal layanan kesehatan—antara populasi lansia yang sekadar bebas gangguan dan populasi lansia yang *flourishing*. Menargetkan *flourishing* dengan demikian bukan aspirasi normatif, melainkan strategi kesehatan masyarakat yang rasional dan sejalan dengan agenda *healthy ageing* (World Health Organization, 2017).

Kerangka konseptual yang memungkinkan pembedaan tersebut adalah model *dual-continua*. Kesehatan mental pada lansia bukan sekadar persoalan ada-tidaknya gangguan jiwa. Pendekatan tradisional yang menempatkan kesehatan mental sebagai antitesis dari penyakit mental telah lama dikritik karena mereduksi kompleksitas pengalaman psikologis manusia (Keyes, 2005). Keyes (2002, 2007) memperkenalkan model *dual-continua* yang membedakan secara tegas dimensi penyakit mental dari dimensi kesehatan mental positif. Dalam kerangka ini, individu yang tidak menunjukkan gejala depresi atau kecemasan tidak otomatis dapat disebut sehat secara mental; ia juga harus memenuhi kriteria kesejahteraan emosional, sosial, dan psikologis pada tingkat yang memadai. Kerangka inilah yang dikenal sebagai *mental health continuum* dan dioperasionalisasikan melalui *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF) yang dikembangkan Keyes (2005) serta diuji psikometriknya secara meluas oleh Lamers et al. (2011).

MHC-SF mengategorikan kondisi kesehatan mental ke dalam tiga tingkatan: *flourishing*, *moderate mental health*, dan *languishing* (Keyes, 2005). *Flourishing* menggambarkan kondisi ideal, yakni individu merasa positif terhadap kehidupannya, berfungsi optimal secara psikologis, dan terlibat secara sosial (Keyes, 2002). Sebaliknya, *languishing* menunjuk pada kondisi "kekosongan" psikologis: individu mungkin tidak menderita gangguan jiwa, namun kehilangan vitalitas, antusiasme, dan keterlibatan dengan kehidupan (Keyes, 2007). *Moderate mental health* berada di antara keduanya. Studi longitudinal Westerhof dan Keyes (2010) menunjukkan bahwa lansia dengan kondisi *languishing* memiliki risiko mortalitas dan morbiditas lebih tinggi dibanding rekan *flourishing*-nya, sekalipun keduanya tidak memenuhi kriteria klinis gangguan jiwa.

Sejumlah studi telah memetakan distribusi *mental health continuum* pada populasi lansia. Salama-Younes (2011) melaporkan bahwa pada lansia Prancis, sekitar 39% berada dalam kondisi



*flourishing*, 56% *moderate*, dan 5% *languishing*. Petkari et al. (2018) memperoleh proporsi *flourishing* yang serupa pada lansia Spanyol, yakni 41.6%, dengan *languishing* pada 6.8%. Pada konteks lintas budaya, Joshanloo (2016) menemukan bahwa proporsi *flourishing* dapat bervariasi cukup besar antarnegara, mengindikasikan peran nilai budaya dalam pembentukan kesehatan mental positif. Sayangnya, studi yang memetakan secara khusus kondisi *flourishing–languishing* pada lansia Indonesia masih sangat terbatas. Penelitian psikologi pada lansia Indonesia pun sebagian besar masih berfokus pada gangguan, seperti depresi atau kecemasan (Halim & Indrastuti, 2020), sehingga gambaran kondisi positif yang dialami lansia kurang terpetakan.

Memetakan sebaran *flourishing*, *moderate*, dan *languishing* pada lansia Indonesia menjadi penting karena beberapa alasan. Pertama, pemetaan dapat menjadi dasar perumusan program promosi kesehatan mental yang lebih tepat sasaran (Schotanus-Dijkstra et al., 2016); program intervensi untuk lansia *languishing* tentu berbeda strategi dengan program bagi lansia *moderate*. Kedua, pemetaan ini menyediakan data dasar bagi penelitian lanjutan, baik korelasional maupun intervensional. Ketiga, dari sudut kebijakan publik, data semacam ini relevan untuk mendukung perumusan rencana aksi nasional kesejahteraan lansia yang lebih komprehensif (World Health Organization, 2017).

Kesenjangan tersebut, penelitian ini bertujuan memetakan gambaran kesehatan mental lansia berusia 60 tahun ke atas berdasarkan *Mental Health Continuum-Short Form*. Secara lebih rinci, penelitian ini bermaksud (1) menggambarkan tingkat kesehatan mental lansia berdasarkan skor total maupun tiga dimensi MHC-SF, dan (2) mengategorikan kondisi kesehatan mental lansia ke dalam *flourishing*, *moderate*, dan *languishing*.

## **II. Metode Penelitian**

### **2.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan deskriptif. Rancangan tersebut dipilih karena tujuan penelitian terarah pada pemetaan distribusi kondisi kesehatan mental pada data demografi, tanpa melibatkan manipulasi variabel.

### **2.2 Partisipan**

Partisipan penelitian berjumlah 215 lansia berusia 60 tahun ke atas. Pemilihan partisipan dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, dengan kriteria partisipan: (a) berusia 60 tahun ke atas, (b) bersedia berpartisipasi dengan menandatangani lembar *informed consent*, (c) mampu berkomunikasi secara verbal dengan baik, dan (d) tidak terdiagnosis gangguan kognitif berat oleh tenaga kesehatan.

### 2.3 Instrumen

Pengukuran kesehatan mental dilakukan menggunakan *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF) yang dikembangkan Keyes (2005). MHC-SF terdiri atas 14 *item* yang mengukur tiga dimensi kesejahteraan, yaitu *emotional well-being* (kesejahteraan emosional) (3 *item*; mengukur perasaan bahagia, tertarik pada kehidupan, dan kepuasan hidup), *social well-being* (kesejahteraan sosial) (5 *item*; mengukur kontribusi sosial, integrasi sosial, aktualisasi sosial, penerimaan sosial, dan koherensi sosial), serta *psychological well-being* (kesejahteraan psikologis) (6 *item*; mengukur penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, otonomi, penguasaan lingkungan, tujuan hidup, dan pertumbuhan pribadi). Setiap *item* diukur menggunakan skala Likert tujuh poin yang merepresentasikan frekuensi pengalaman partisipan dalam satu bulan terakhir, dengan rentang dari 0 (tidak pernah) hingga 6 (setiap hari).

Reliabilitas instrumen pada penelitian ini diuji menggunakan Cronbach's alpha dan diperoleh koefisien sebesar  $\alpha = 0.89$  dan McDonald's  $\omega = 0.87$  untuk skor total; untuk dimensi kesejahteraan emosional sebesar 0.78; untuk dimensi kesejahteraan sosial 0.81 dan untuk dimensi kesejahteraan psikologis sebesar 0.84. Nilai-nilai tersebut menunjukkan konsistensi internal yang baik dan sejalan dengan temuan psikometrik MHC-SF lintas konteks (Lamers et al., 2011).

### 2.4 Pengategorian Mental Health Continuum

Kategorisasi kesehatan mental dilakukan berdasarkan kriteria diagnostik yang diajukan Keyes (2002, 2005), bukan berdasarkan kategorisasi normatif (*mean* dan *SD*). Kriteria pengategorian diuraikan sebagai berikut.

- (1) *Flourishing*: partisipan dikategorikan *flourishing* apabila menjawab "setiap hari" atau "hampir setiap hari" pada minimal satu dari tiga *item* kesejahteraan emosional, dan menjawab "setiap hari" atau "hampir setiap hari" pada minimal enam dari sebelas item kesejahteraan sosial dan psikologis.
- (2) *Languishing*: partisipan dikategorikan *languishing* apabila menjawab "tidak pernah" atau "satu atau dua kali" pada minimal satu dari tiga *item* kesejahteraan emosional, dan menjawab "tidak pernah" atau "satu atau dua kali" pada minimal enam dari sebelas item kesejahteraan sosial dan psikologis.
- (3) *Moderate Mental Health*: partisipan yang tidak memenuhi kriteria *flourishing* maupun *languishing*.

## 2.5 Prosedur

Pengambilan data dilakukan secara langsung melalui wawancara terstruktur dan pengisian kuesioner dengan pendampingan. Pendekatan tersebut dipilih untuk mengantisipasi keterbatasan visual dan literasi pada sebagian partisipan, sehingga setiap *item* dapat dibaca dan dijelaskan ulang bila diperlukan. Sebelum pengisian, partisipan diberi penjelasan mengenai tujuan, prosedur, dan haknya selama penelitian. Persetujuan tertulis diperoleh dari setiap partisipan.

## 2.6 Analisis Data

Data dianalisis secara deskriptif menggunakan *Jeffreys's Amazing Statistics Program* (JASP) versi 0.19.1. Analisis meliputi penghitungan frekuensi, persentase, *mean*, standar deviasi, klasifikasi partisipan ke dalam tiga kategori *mental health continuum* dan uji beda terhadap data demografi.

## III. Hasil Penelitian dan Pembahasan

### 3.1 Hasil Penelitian

#### 3.1.1 Karakteristik Demografis Partisipan

Partisipan ini memiliki jumlah partisipan sebanyak 215 partisipan. Tabel I menunjukkan bahwa mayoritas partisipan berjenis kelamin perempuan (62.3%), dengan sebagian besar berada pada kelompok usia 60–69 tahun (67.9%). Sebagian besar partisipan berstatus menikah (61.9%). Berdasarkan tingkat pendidikan, proporsi terbesar adalah lulusan SMA atau sederajat (37.2%), diikuti oleh lulusan Sarjana (S1) (19.1%). Selain itu, mayoritas partisipan tinggal bersama keluarga (78.1%), sementara sebagian kecil tinggal sendiri (16.3%) atau di panti werdha (5.6%).

**Tabel I.** Karakteristik Demografis Partisipan

| Karakteristik          | Subkategori         | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|------------------------|---------------------|---------------|----------------|
| Jenis Kelamin          | Laki-laki           | 81            | 37.7           |
|                        | Perempuan           | 134           | 62.3           |
| Kelompok Usia          | 60–69 tahun         | 146           | 67.9           |
|                        | 70–79 tahun         | 53            | 24.7           |
|                        | ≥ 80 tahun          | 16            | 7.4            |
| Status Pernikahan      | Menikah             | 133           | 61.9           |
|                        | Janda/Duda          | 74            | 34.4           |
|                        | Belum menikah/Cerai | 8             | 3.7            |
| Tingkat Pendidikan     | Tidak tamat SD/SD   | 38            | 17.7           |
|                        | SMP                 | 44            | 20.5           |
|                        | SMA                 | 80            | 37.2           |
|                        | Sarjana (S1)        | 41            | 19.1           |
|                        | Magister (S2)       | 11            | 5.1            |
|                        | Doktor (S3)         | 1             | 0.5            |
|                        |                     |               |                |
| Situasi Tempat Tinggal | Bersama keluarga    | 168           | 78.1           |
|                        | Sendiri             | 35            | 16.3           |
|                        | Panti werdha        | 12            | 5.6            |

### 3.1.2 Gambaran Kesehatan Mental

Tabel II menyajikan deskripsi skor kesehatan mental beserta ketiga dimensinya. Skor dinyatakan sebagai rerata per butir pada skala Likert yang merepresentasikan frekuensi pengalaman partisipan dalam satu bulan terakhir, dengan rentang dari 0 (tidak pernah) hingga 6 (setiap hari), sehingga keempat indikator dapat dibandingkan langsung meskipun jumlah butir tiap dimensi berbeda. Kategorisasi ditetapkan dengan membandingkan *mean* empirik terhadap *mean* hipotetik ( $M = 3$ ; SD hipotetik = 0.83) melalui kategorisasi tiga jenjang.

Secara keseluruhan, rerata skor MHC-SF lansia sebesar 3.47 (SD = 1.011), tergolong tinggi karena berada di atas batas *mean* hipotetik. Pada level dimensi, *emotional well-being* menunjukkan rerata tertinggi ( $M = 3.75$ ; SD = 1.093), diikuti *psychological well-being* ( $M = 3.67$ ; SD = 1.108), keduanya berada pada kategori tinggi. Kesejahteraan sosial memperoleh rerata terendah ( $M = 3.23$ ; SD = 1.193) dan tergolong sedang. Pola ini mengindikasikan bahwa secara umum lansia masih merasakan afek positif dan kepuasan hidup, sementara dimensi sosial menjadi area yang relatif paling tertinggal.

**Tabel II.** Deskripsi Skor MHC-SF Total dan Dimensi (N = 215)

| Variabel                 | Mean | Standar Deviasi | Minimal | Maksimal | Keterangan |
|--------------------------|------|-----------------|---------|----------|------------|
| Kesehatan Mental         | 3.47 | 1.011           | 1       | 6        | Tinggi     |
| Kesejahteraan Emosional  | 3.75 | 1.093           | 1       | 6        | Tinggi     |
| Kesejahteraan Sosial     | 3.23 | 1.193           | 1       | 6        | Tinggi     |
| Kesejahteraan Psikologis | 3.67 | 1.108           | 1       | 6        | Sedang     |

### 3.1.3 Kategorisasi Kesehatan Mental

Hasil kategorisasi berdasarkan kriteria Keyes (2002) disajikan pada Tabel III. Sebagian besar lansia (54.4%;  $n = 117$ ) tergolong moderate *mental health*, diikuti kategori *flourishing* (38.1%;  $n = 82$ ). Kategori *languishing* ditemukan pada 7.4% partisipan ( $n = 16$ ). Distribusi tersebut menunjukkan bahwa walaupun mayoritas lansia tidak berada dalam kondisi tertekan secara signifikan, hanya sekitar empat dari sepuluh lansia yang berhasil mencapai kondisi *flourishing*.

**Tabel III.** Distribusi Kategori *Mental Health Continuum* (N = 215)

| Kategori Kesehatan Mental     | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|-------------------------------|---------------|----------------|
| <i>Languishing</i>            | 16            | 7.4            |
| <i>Moderate Mental Health</i> | 117           | 54.5           |
| <i>Flourishing</i>            | 82            | 38.1           |
| <b>Total</b>                  | <b>215</b>    | <b>100.0</b>   |

### 3.1.4 Kategorisasi Berdasarkan Karakteristik Demografis

Tabel IV menyajikan distribusi kategori MHC-SF berdasarkan jenis kelamin, kelompok usia, status pernikahan, dan situasi tempat tinggal. Berdasarkan jenis kelamin, proporsi lansia



perempuan yang berada pada kategori *flourishing* (40.3%) sedikit lebih tinggi dibanding lansia laki-laki (34.6%), sementara kategori *languishing* relatif merata. Kelompok usia 60–69 tahun memiliki proporsi *flourishing* tertinggi (42.5%), sebaliknya kelompok  $\geq 80$  tahun memiliki proporsi *languishing* tertinggi (18.8%). Lansia berstatus menikah lebih banyak yang *flourishing* (43.6%) dibanding lansia janda/duda (28.4%). Lansia yang tinggal bersama keluarga juga memperlihatkan proporsi *flourishing* yang lebih tinggi (41.1%) dibanding lansia yang tinggal sendiri (22.9%).

**Tabel IV.** Distribusi Kategori Mental Health Continuum Berdasarkan Karakteristik Demografis

| Karakteristik                 | <i>Languishing</i><br>n (%) | <i>Moderate</i><br>n (%) | <i>Flourishing</i><br>n (%) |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <b>Jenis Kelamin</b>          |                             |                          |                             |
| Laki-laki (n = 81)            | 7 (8,6)                     | 46 (56,8)                | 28 (34,6)                   |
| Perempuan (n = 134)           | 9 (6,7)                     | 71 (53,0)                | 54 (40,3)                   |
| <b>Kelompok Usia</b>          |                             |                          |                             |
| 60–69 tahun (n = 146)         | 7 (4,8)                     | 77 (52,7)                | 62 (42,5)                   |
| 70–79 tahun (n = 53)          | 6 (11,3)                    | 30 (56,6)                | 17 (32,1)                   |
| $\geq 80$ tahun (n = 16)      | 3 (18,8)                    | 10 (62,5)                | 3 (18,7)                    |
| <b>Status Pernikahan</b>      |                             |                          |                             |
| Menikah (n = 133)             | 6 (4,5)                     | 69 (51,9)                | 58 (43,6)                   |
| Janda/Duda (n = 74)           | 9 (12,2)                    | 44 (59,4)                | 21 (28,4)                   |
| Belum menikah/Cerai (n = 8)   | 1 (12,5)                    | 4 (50,0)                 | 3 (37,5)                    |
| <b>Situasi Tempat Tinggal</b> |                             |                          |                             |
| Bersama keluarga (n = 168)    | 9 (5,4)                     | 90 (53,5)                | 69 (41,1)                   |
| Sendiri (n = 35)              | 5 (14,3)                    | 22 (62,8)                | 8 (22,9)                    |
| Panti werdha (n = 12)         | 2 (16,7)                    | 5 (41,7)                 | 5 (41,6)                    |

### 3.1.5 Uji Beda Berdasarkan Karakteristik Demografis

Tabel V menyajikan hasil uji beda (*independent samples t-test*) skor kesehatan mental dan dimensi *emotional*, *psychological*, dan *social* berdasarkan jenis kelamin. Secara keseluruhan, rata-rata skor kesehatan mental total pada perempuan sedikit lebih tinggi ( $M=4.494$ ;  $SD=0.998$ ) dibanding laki-laki ( $M=4.453$ ;  $SD=1.031$ ), namun perbedaan ini tidak signifikan ( $p=0,805$ ). Pola serupa muncul pada setiap dimensi: pada *emotional well-being* laki-laki ( $M=4.760$ ;  $SD=1.195$ ) dan perempuan ( $M=4.747$ ;  $SD=0.993$ ) diperoleh  $t=0.074$  ( $p=0.941$ ); pada *psychological well-being* laki-laki ( $M=4.200$ ;  $SD=1.219$ ) dan perempuan ( $M=4.266$ ;  $SD=1.174$ )  $t=-0,341$  ( $p=0,733$ ); dan pada *social well-being* laki-laki ( $M=4.627$ ;  $SD=1.171$ ) vs perempuan ( $M=4.722$ ;  $SD=1.049$ )  $t=-0.530$  ( $p=0.597$ ). Semua nilai  $p$  jauh di atas 0.05. Dengan demikian, tidak terdapat perbedaan signifikan kesehatan mental—baik secara keseluruhan maupun pada masing-masing dimensi.

**Tabel V.** Hasil Uji Beda Kesehatan Mental Berdasarkan Jenis Kelamin.

| Dimensi                         | Mean<br>Laki-Laki | Mean<br>Perempuan | <i>t</i> | <i>p</i> | Keterangan                                                                                                |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|----------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Emotional well-being</i>     | 4.76              | 4.74              | 0.074    | 0.941    | Tidak terdapat perbedaan <i>emotional well being</i> antara jenis kelamin laki-laki dengan perempuan.     |
| <i>Psychological well-being</i> | 4.20              | 4.26              | -0.341   | 0.733    | Tidak terdapat perbedaan <i>psychological well-being</i> antara jenis kelamin laki-laki dengan perempuan. |
| <i>Social well-being</i>        | 4.62              | 4.72              | -0.530   | 0.597    | Tidak terdapat perbedaan <i>social well being</i> antara jenis kelamin laki-laki dengan perempuan.        |
| Kesehatan mental                | 4.45              | 4.49              | -0.247   | 0.805    | Tidak terdapat perbedaan kesehatan mental antara jenis kelamin laki-laki dengan perempuan.                |

Analisis one-way ANOVA digunakan untuk menguji perbedaan kesehatan mental dan dimensi *emotional well-being*, *psychological well-being* dan *social well-being* berdasarkan tiga kelompok usia. Hasil ANOVA tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan untuk kesehatan mental antar kelompok usia ( $F(2,151)=0.429$ ,  $p=0.652$ ). Hal yang sama berlaku pada dimensi *emotional well-being* ( $F(2,151)=0.945$ ,  $p=0.391$ ), *psychological well-being* ( $F(2,151)=0.164$ ,  $p=0.849$ ), dan *social well-being* ( $F(2,151)=1.443$ ,  $p=0.239$ ); seluruhnya  $p>0,05$ . Dengan demikian, tidak ada perbedaan kesehatan mental atau dimensi berdasarkan kelompok usia (lengkap pada Tabel VI).

**Tabel VI.** Hasil Uji ANOVA Kesehatan Mental Berdasarkan Usia

| Dimensi                         | Sum of<br>Squares<br>(SS) | df | Mean<br>Square<br>(MS) | <i>F</i> | <i>p</i> | Keterangan                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------|----|------------------------|----------|----------|----------------------------------------------------------------------------|
| <i>Emotional well-being</i>     | 2.258                     | 2  | 1.129                  | 0.945    | 0.391    | Tidak terdapat perbedaan <i>emotional well-being</i> berdasarkan usia.     |
| <i>Psychological well-being</i> | 0.473                     | 2  | 0.236                  | 0.164    | 0.849    | Tidak terdapat perbedaan <i>psychological well-being</i> berdasarkan usia. |
| <i>Social well-being</i>        | 3.521                     | 2  | 1.760                  | 1.443    | 0.239    | Tidak terdapat perbedaan <i>social well-being</i> berdasarkan usia.        |
| Kesehatan mental                | 0.884                     | 2  | 0.442                  | 0.429    | 0.652    | Tidak terdapat perbedaan kesehatan mental berdasarkan usia.                |

**Tabel VII.** Kesehatan Mental dan Dimensinya Berdasarkan Kelompok Usia

| Kelompok Usia | Mean Emotional well-being | Mean Psychological well-being | Mean Social well-being | Mean Kesehatan Mental | Keterangan |
|---------------|---------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------|------------|
| 60 – 66 tahun | 4.83                      | 4.27                          | 4.76                   | 4.52                  | Tinggi     |
| 67 – 72 tahun | 4.62                      | 4.14                          | 4.40                   | 4.34                  | Tinggi     |
| 73 – 80 tahun | 4.50                      | 4.18                          | 4.68                   | 4.43                  | Tinggi     |

*One-way* ANOVA untuk menguji perbedaan kesehatan mental dan dimensi berdasarkan lima kategori latar belakang pendidikan partisipan (antara lain tidak tamat SD/SD, SMP, SMA, Diploma/Sarjana, dan S2/S3). Hasilnya menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan antar kategori pendidikan pada skor kesehatan mental ( $F(4,149)=0.720$ ,  $p=0.580$ ). Begitu pula untuk dimensi *emotional well-being* ( $F(4,149)=0.797$ ,  $p=0.529$ ), *psychological well-being* ( $F(4,149)=1.109$ ,  $p=0.354$ ), dan *social well-being* ( $F(4,149)=0.576$ ,  $p=0.681$ ); semuanya  $p>0,05$ . Keseluruhan hasil menyimpulkan bahwa latar belakang pendidikan tidak berpengaruh signifikan terhadap kesehatan mental.

**Tabel VIII.** Hasil Uji ANOVA Kesehatan Mental Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan

| Dimensi                         | Sum of Squares (SS) | df | Mean Square (MS) | F     | p     | Keterangan                                                                                      |
|---------------------------------|---------------------|----|------------------|-------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Emotional well-being</i>     | 3.82                | 4  | 0.956            | 0.797 | 0.529 | Tidak terdapat perbedaan <i>emotional well-being</i> berdasarkan latar belakang pendidikan.     |
| <i>Psychological well-being</i> | 6.29                | 4  | 1.573            | 1.109 | 0.354 | Tidak terdapat perbedaan <i>psychological well-being</i> berdasarkan latar belakang pendidikan. |
| <i>Social well-being</i>        | 2.85                | 4  | 0.715            | 0.576 | 0.681 | Tidak terdapat perbedaan <i>social well-being</i> berdasarkan latar belakang pendidikan.        |
| Kesehatan mental total          | 2.96                | 4  | 0.741            | 0.720 | 0.580 | Tidak terdapat kesehatan mental berdasarkan latar belakang pendidikan.                          |

**Tabel IX.** Kesehatan Mental dan Dimensinya Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan

| Latar Belakang Pendidikan                                    | n  | Mean Emotional well-being | Mean Psychological well-being | Mean Social well-being | Mean Kesehatan Mental | Keterangan |
|--------------------------------------------------------------|----|---------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------|------------|
| Tidak tamat Sekolah Dasar/ Sekolah Dasar (SD)                | 9  | 4.22                      | 4.22                          | 4.22                   | 4.22                  | Tinggi     |
| Sekolah Menengah Pertama (SMP)                               | 10 | 4.70                      | 3.60                          | 4.50                   | 4.20                  | Tinggi     |
| Sekolah Menengah Atas (SMA)/ Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) | 68 | 4.70                      | 4.16                          | 4.66                   | 4.42                  | Tinggi     |
| Diploma/ Sarjana                                             | 55 | 4.87                      | 4.40                          | 4.78                   | 4.63                  | Tinggi     |
| Magister/Doktor                                              | 12 | 4.91                      | 4.41                          | 4.75                   | 4.41                  | Tinggi     |

Secara keseluruhan, baik analisis *independent sample t-test* dan ANOVA menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna kesehatan mental berdasarkan jenis kelamin, kelompok usia, maupun latar belakang pendidikan responden. Penafsiran hasil dilakukan dengan uji *Student's t-test* untuk perbandingan dua kelompok (jenis kelamin) dan ANOVA satu arah untuk perbandingan antar kelompok usia dan pendidikan.

### 3.2 Pembahasan

Penelitian ini memetakan kesehatan mental 215 lansia berusia 60 tahun ke atas menggunakan kerangka *mental health continuum*. Tiga temuan dibahas berurutan: sebaran kategori *flourishing*, *moderate*, dan *languishing*; kontribusi antardimensi MHC-SF; serta variasi distribusi menurut karakteristik demografis.

#### 3.2.1 Kategori Mental Health Continuum

Mayoritas lansia berada pada kategori *moderate mental health* (54.4%), diikuti *flourishing* (38.1%), dan *languishing* (7.4%). Sebaran ini menyerupai temuan pada populasi lansia di Eropa. Salama-Younes (2011) melaporkan distribusi yang hampir identik pada lansia Prancis (*flourishing* 39%, *moderate* 56%, *languishing* 5%), begitu pula Petkari et al. (2018) pada lansia Spanyol (*flourishing* 41.6%, *languishing* 6.8%). Kemiripan ini terjadi meski latar budaya Eropa dan Indonesia berbeda jauh, dan mendukung argumen Joshanloo (2016) bahwa proporsi *flourishing* lansia cenderung stabil pada kisaran tertentu ketika diukur dengan MHC-SF.

Proporsi *languishing* (7.4%) sedikit lebih tinggi dibanding studi-studi sebelumnya (Salma-Younes, 2011; Petkari et al., 2018; Joshanloo, 2016). Selisihnya kecil, tetapi relevan secara klinis: lansia *languishing* memiliki risiko depresi sub-klinis lebih besar dibanding lansia *flourishing*, sekalipun tidak memenuhi kriteria diagnostik gangguan jiwa (Keyes, 2007). Kelompok ini sering luput dari perhatian justru karena tidak tampak sakit. Kategori *moderate* yang mencakup lebih dari separuh sampel layak mendapat perhatian tersendiri. Kelompok ini bukan target penanganan klinis, tetapi paling berpotensi dikembangkan menuju *flourishing* melalui intervensi ringan. Schotanus-Dijkstra et al. (2016) menemukan bahwa intervensi psikologi positif berdurasi pendek mampu menaikkan proporsi *flourishing* pada partisipan dengan *baseline moderate*.

#### 3.2.2 Kontribusi Antardimensi

Kesejahteraan emosional menunjukkan rerata tertinggi ( $M = 3.75$ ), diikuti kesejahteraan psikologis ( $M = 3.67$ ), dan kesejahteraan sosial yang terendah ( $M = 3.23$ ). Tingginya kesejahteraan emosional menandakan lansia secara umum masih merasa puas dan bahagia dengan



kehidupannya. Pola ini sejalan dengan *socioemotional selectivity theory* (Carstensen et al., 1999): seiring usia bertambah, individu menyeleksi relasi dan pengalaman yang lebih bermakna secara emosional, sehingga kesejahteraan afektif tetap terjaga atau bahkan meningkat.

Kesejahteraan sosial yang paling rendah menjadi temuan yang perlu dicermati. Subskala ini mengukur sejauh mana individu merasa terintegrasi dengan masyarakat luas, diterima, dan memandang dunia sebagai sesuatu yang dapat dipahami (Keyes, 1998). Pada lansia Indonesia, berakhirnya peran sosial-pekerjaan kerap diikuti penyusutan jejaring sosial (Halim & Indrastuti, 2020). Urbanisasi memperberat kondisi ini: ketika anggota keluarga muda tinggal terpisah, interaksi harian lansia menyempit pada lingkup yang sangat terbatas.

### 3.2.3 Variasi Berdasarkan Karakteristik Demografis

Lansia muda (60–69 tahun) memiliki proporsi *flourishing* tertinggi (42.5%), sedangkan kelompok  $\geq 80$  tahun memiliki proporsi *languishing* tertinggi (18.8%). Pola ini konsisten dengan Westerhof dan Keyes (2010), yang menunjukkan penurunan kesehatan mental positif seiring usia, terutama akibat akumulasi kehilangan, penurunan fungsi fisik, dan menyempitnya lingkaran sosial. Perlu dicatat bahwa uji beda tidak menemukan perbedaan signifikan antarkelompok usia ( $F(2,151) = 0.429$ ;  $p = 0.652$ ), sehingga perbedaan proporsi ini bersifat deskriptif, bukan perbedaan rerata yang teruji. Status pernikahan memperlihatkan diferensiasi yang nyata. Lansia menikah jauh lebih banyak yang *flourishing* dibanding lansia janda/duda (43.6% dan 28.4%). Pasangan hidup pada usia lanjut bukan sekadar kehadiran fisik, melainkan sumber dukungan emosional dan eksistensial (Stephoe et al., 2015). Kehilangan pasangan berarti kehilangan rujukan kebermaknaan, bukan hanya rekan.

Pola serupa muncul pada situasi tempat tinggal. Lansia yang tinggal bersama keluarga lebih banyak yang *flourishing* dibanding yang tinggal sendiri (41.1% dan 22.9%). Temuan ini selaras dengan nilai kolektivistik masyarakat Indonesia yang menempatkan keluarga sebagai unit perawatan utama, dan dengan studi lintas budaya Joshanloo (2016) bahwa dukungan keluarga berbobot lebih besar dalam mempertahankan kesejahteraan psikologis lansia pada budaya kolektivistik. Lansia di panti werdha juga menunjukkan proporsi *flourishing* relatif tinggi (41.6%), kemungkinan karena tersedianya aktivitas sosial terstruktur dan jejaring sebaya. Ukuran kelompok ini kecil ( $n = 12$ ), sehingga temuan tersebut perlu diperlakukan sebagai hipotesis, bukan kesimpulan.

### 3.2.4 Implikasi

Temuan ini berimplikasi pada dua hal: rancangan program kesehatan mental lansia dan arah kebijakan keluarga serta komunitas. Pada level intervensi, kelompok *moderate* (54.4%)

adalah sasaran paling realistis. Mereka tidak memerlukan penanganan klinis tetapi belum *flourishing*. Mengacu pada Schotanus-Dijkstra et al. (2016), program tidak harus berbentuk terapi atau konseling formal; aktivitas terstruktur yang memperkuat keterhubungan dan makna hidup sudah memiliki dasar empiris untuk efektif menggeser kelompok ini.

Kesenjangan pada dimensi sosial mengarahkan perhatian ke luar layanan kesehatan individual. Karena dimensi ini mengukur rasa terintegrasi dan diterima oleh lingkungan (Keyes, 1998), perbaikannya menuntut program yang melibatkan lansia dalam kegiatan komunitas, kelompok sebaya, atau peran sosial baru pascapurnakerja, bukan sesi konseling perorangan. Perbedaan *flourishing* antara lansia menikah dan janda/duda menyiratkan bahwa kehilangan pasangan perlu ditangani secara khusus dalam layanan psikososial, bukan digeneralisasi sebagai bagian umum dari persoalan lansia. Proporsi *flourishing* yang lebih rendah pada lansia yang tinggal sendiri menegaskan relevansi kebijakan dukungan keluarga, bukan hanya layanan institusional, sejalan dengan rencana aksi yang menekankan keluarga sebagai unit perawatan utama (World Health Organization, 2017). Temuan pada panti werdha memberi catatan berbeda: tinggal di panti tidak otomatis berarti kesehatan mental lebih buruk, karena struktur sosial dan aktivitas terjadwal dapat menggantikan sebagian fungsi keluarga.

### 3.2.5 Keterbatasan Penelitian

Desain *cross-sectional* membuat hubungan antara karakteristik demografis dan kategori *mental health continuum* bersifat deskriptif, bukan kausal; arah pengaruh perbedaan antara lansia menikah dan janda/duda, misalnya, tidak dapat dipastikan tanpa data longitudinal. Teknik *purposive sampling* membatasi keterwakilan populasi lansia Indonesia, dan pengecualian lansia dengan gangguan kognitif berat menghilangkan kelompok yang justru paling rentan *languishing*. Pengumpulan data melalui wawancara terstruktur dengan pendampingan, meski membantu partisipan dengan keterbatasan visual dan literasi, membuka kemungkinan bias keinginan sosial. Terakhir, sebagian subkelompok berukuran kecil, terutama usia  $\geq 80$  tahun ( $n = 16$ ) dan panti werdha ( $n = 12$ ), sehingga hasil pada subkelompok ini tidak dapat digeneralisasi terlalu jauh.

## IV. Simpulan dan Saran

### 4.1 Simpulan

Penelitian ini memberikan gambaran bahwa mayoritas lansia berusia 60 tahun ke atas berada pada kategori *moderate mental health* (54.4%), diikuti *flourishing* (38.1%), dan *languishing* (7.4%). Pada level dimensi, kesejahteraan emosional memberikan kontribusi proporsional yang tertinggi, sedangkan kesejahteraan sosial menjadi dimensi terlemah. Variasi



distribusi tampak nyata berdasarkan kelompok usia, status pernikahan, dan situasi tempat tinggal. Temuan tersebut menggarisbawahi pentingnya intervensi yang menysasar dimensi sosial, serta perhatian khusus pada kelompok lansia tua, lansia yang ditinggal pasangan, dan lansia yang tinggal sendiri. Penelitian selanjutnya direkomendasikan untuk mengeksplorasi faktor-faktor determinan kesehatan mental lansia dalam desain longitudinal maupun korelasional, sehingga dapat dirancang program intervensi berbasis bukti yang lebih kontekstual bagi lansia Indonesia.

## 4.2 Saran

Bagi praktisi dan pemangku kebijakan, hasil penelitian ini dapat menjadi dasar perancangan program yang menargetkan dimensi kesejahteraan sosial, misalnya melalui penguatan posyandu lansia, kelompok keagamaan, atau aktivitas komunitas berbasis sebaya, dengan perhatian khusus pada kelompok lansia tua, lansia yang ditinggal pasangan, dan lansia yang tinggal sendiri. Pengembangan model yang melibatkan variabel determinan seperti spiritualitas, kondisi kesehatan fisik, dukungan sosial, dan status ekonomi dianjurkan untuk menjelaskan faktor yang membentuk kesejahteraan lansia, sekaligus menindaklanjuti keterbatasan penelitian ini. Dengan demikian, temuan pemetaan ini dapat dikembangkan menjadi program intervensi berbasis bukti yang lebih kontekstual bagi lansia Indonesia.

## Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik. (2025). *Statistik penduduk lanjut usia 2025* (Vol. 22). <https://www.bps.go.id/id/publication/2025/12/12/868d335b088dcddc3ddee052/statistik-penduduk-lanjut-usia-2025.html>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Halim, A. R., & Indrastuti, R. (2020). Depresi pada lansia: Sebuah tinjauan literatur. *Jurnal Psikologi Indonesia*, 9(2), 145–158.
- Joshanloo, M. (2016). Revisiting the empirical distinction between hedonic and eudaimonic aspects of well-being using exploratory structural equation modeling. *Journal of Happiness Studies*, 17(5), 2023–2036. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9683-z>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Keyes, C. L. M., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164–2172. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300918>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Petkari, E., Ortiz-Tallo, M., Sánchez López, M., & Cardenal Hernáez, V. (2018). Positive mental health in older adults: Demographic, psychological, and life satisfaction predictors. *International Journal of Mental Health Promotion*, 20(2), 47–60. <https://doi.org/10.1080/14623730.2018.1470954>
- Salama-Younes, M. (2011a). Positive mental health, subjective vitality and satisfaction with life for French physical education students. *World Journal of Sport Sciences*, 4(2), 90–97.
- Salama-Younes, M. (2011b). Validation of the Mental Health Continuum Short Form and Subjective Vitality Scale with Egyptian adolescent athletes. In I. Brdar (Ed.), *The human pursuit of well-being: A cultural approach* (pp. 221–234). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-1375-8\\_18](https://doi.org/10.1007/978-94-007-1375-8_18)
- Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M. E., Drossaert, C. H. C., Westerhof, G. J., de Graaf, R., ten Have, M., Walburg, J. A., & Bohlmeijer, E. T. (2016). What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1351–1370. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9647-3>
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. (1998). <https://bphn.go.id/data/documents/98uu013.pdf>



- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119.  
<https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- World Health Organization. (2017, December 12). *Mental health of older adults*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>