

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan ilmu kesehatan masyarakat telah mengantar kita pada paradigma baru di bidang kesehatan yaitu dirumuskannya “Visi Indonesia Sehat 2010”, adapun daerah Istimewa Yogyakarta merumuskan visi tersebut dalam “Yogyakarta sehat 2005”. Hal yang mendasar dari paradigma sehat antara lain terjadinya pergeseran dari pelayanan medis ke pemeliharaan kesehatan sehingga setiap upaya penanggulangan masalah kesehatan lebih menonjolkan aspek peningkatan dan pencegahan dibanding pengobatan (Depkes RI, 2002).

Upaya penanggulangan masalah kesehatan akan lebih terfokus pada upaya menyehatkan keluarga dan masyarakat, dan dalam langkah-langkah pelaksanaannya lebih didasarkan pada kebutuhan masyarakat. Salah satu bentuk upaya yang dilakukan adalah dengan melakukan peningkatan kualitas pelayanan berupa peningkatan dan pengembangan kegiatan melalui “Pos Pembinaan Terpadu” (Depkes RI, 2003).

Pada usia di atas 55 tahun terjadi proses penuaan secara ilmiah, hal ini akan menimbulkan masalah fisik, mental, ekonomi dan psikologis. Dengan bergesernya pola perekonomian dari pertanian ke industri maka pola penyakit juga bergeser dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Penyebab kematian karena penyakit jantung, pembuluh darah, dan

tuberkulosa, pada saat ini menduduki urutan pertama pada kelompok lanjut usia, selanjutnya kanker dan ketiga stroke. Kerjasama lintas program dan lintas sektoral dalam pembinaan lanjut usia belum mantap. Oleh karena itu peran serta masyarakat dalam pembinaan kesehatan lanjut usia perlu dikembangkan secara optimal (Nugroho, 2000).

Pandangan masyarakat umum mengenai lanjut usia saat ini belum sesuai dan keliru. Kebanyakan masih beranggapan bahwa, memang merupakan hal yang biasa dan alami bila lanjut usia seringkali sakit. Akibat yang dirasakan karena pandangan salah tersebut adalah seringkali keadaan kesehatan fisik maupun mental tidak tertangani atau terpenuhi dengan baik. Kelompok lanjut usia sendiri kurang dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, antara lain disebabkan oleh jarak Puskesmas yang cukup jauh dari tempat tinggal, tidak ada yang mengantar ataupun ketidakmampuan di dalam membayar biaya pelayanan (Depkes RI, 2003).

Keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan telah membuahkan hasil meningkatnya umur harapan hidup dengan akibat meningkatnya populasi penduduk lanjut usia. Usia harapan hidup untuk orang Indonesia sampai tahun 2006 adalah 66,2 tahun dan diperkirakan pada tahun 2010 meningkat menjadi 67,4 tahun kemudian meningkat lagi menjadi 71,1 tahun pada tahun 2020 (Depkes RI, 2005).

Saat ini, di seluruh dunia jumlah orang lanjut usia diperkirakan ada 500 juta dengan usia rata-rata 60 tahun dan diperkirakan pada tahun 2025 akan mencapai 1,2 milyar. Di negara maju seperti Amerika Serikat

pertambahan orang lanjut usia \pm 1.000 orang per hari pada tahun 1985 dan diperkirakan 50% dari penduduk berusia di atas 50 tahun sehingga terjadi ledakan penduduk lanjut usia (Nugroho, 2000).

Pertambahan jumlah lansia di Indonesia juga tergolong tercepat di dunia yaitu dengan menduduki peringkat keempat di bawah Cina, India, dan Amerika Serikat. Indonesia mengalami *aged population boom* pada dua dekade permulaan abad 21 ini (Batsi, 2008).

Secara demografi berdasarkan Sensus Penduduk tahun 1980 penduduk berusia 60 tahun ke atas sebesar 8 juta atau 5,5% dari jumlah penduduk dan 11,3 juta atau 6,4% pada tahun 1990. Indonesia memasuki era penduduk berstruktur tua pada tahun 2000 dengan proporsi lanjut usia mencapai 14,4 juta jiwa atau 7,18% dari total jumlah penduduk (BPS, Sensus Penduduk Indonesia 2000). Pada tahun 2005 diperkirakan menjadi 19,9 juta jiwa atau 8,48% dan meningkat lagi menjadi 24 juta jiwa atau 9,77% dari total penduduk pada tahun 2010 (Depkes RI, 2005).

Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta termasuk salah satu propinsi yang secara demografis telah masuk kategori memiliki penduduk berstruktur tua dengan jumlah penduduk lansia sekitar 423.000 (13,72%) dari total penduduk 3.086.100 jiwa. Sedangkan angka umur harapan hidup di propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta menunjukkan angka yang tertinggi di Indonesia yaitu 66,28 tahun untuk laki-laki dan 70,25 tahun untuk perempuan (Depkes RI, 2002).

Di Indonesia keberadaan seorang anggota keluarga lanjut usia di rumah merupakan hal yang biasa. Bahkan adanya orang tua di rumah, dirasakan sebagai penghangat suasana rumah, sebagai pengayom, bahkan sebagai tempat mengadu bagi seisi rumah. Akan menjadi masalah bila warga lanjut usia ini mengalami sakit atau terganggu mobilitas dan kemandiriannya. Pada kondisi ini diperlukan seorang yang dapat mendampingi, menemui, bahkan merawat dan membantu secara penuh, dalam hal ini dukungan keluarga sangat dibutuhkan (Setiati, 2000).

Seperti ayat Al-Quran di bawah ini:

Al-Israa' ayat 23

❖ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۖ إِنَّمَا يُبَلِّغُنَّ عِنْدَكَ
 الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا
 قَوْلًا كَرِيمًا ﴿٢٣﴾

Yang artinya : Dan Tuhanmu Telah memerintahkan supaya kamu jangan menyembah selain dia dan hendaklah kamu berbuat baik pada ibu bapakmu dengan sebaik-baiknya. jika salah seorang di antara keduanya atau keduanya sampai berumur lanjut dalam pemeliharaanmu, Maka sekali-kali janganlah kamu mengatakan kepada keduanya perkataan "ah" dan janganlah kamu membentak mereka dan ucapkanlah kepada mereka perkataan yang mulia.

Pembinaan kesehatan keluarga ditujukan kepada upaya menumbuhkan perubahan sikap dan perilaku yang akan meningkatkan kemampuan keluarga itu sendiri untuk mengatasi masalah kesehatan dengan dukungan dan bimbingan tenaga profesional, menuju terwujudnya Indonesia sehat. Dalam

keluarga, anggota keluarga lanjut usia merupakan kelompok rawan dipandang dari segi kesehatan karena kepekaan dan kerentanannya yang tinggi terhadap gangguan kesehatan dan ancaman kematian (Depkes RI, 2005).

Kondisi kesehatan lanjut usia mengalami kemunduran kemampuan fungsionalnya yang sering disebabkan oleh akibat dari berbagai penyakit kronik yang umumnya menyertai proses menua. Perubahan ini menjadi penyebab atau berkaitan erat dengan meningkatnya kerentanan tubuh terhadap penyakit, karena berkurangnya kemampuan tubuh dalam proses-proses penyesuaian diri dalam mempertahankan keseimbangan tubuh terhadap rangsang dari dalam atau dari luar (Setiati, 2000).

Konsep dasar pemeliharaan kesehatan agar kualitas hidup orang lanjut usia tetap baik adalah hal utama yang perlu diwujudkan. Upaya preventif, kuratif dan rehabilitatif merupakan upaya yang secara beruntun dilaksanakan berkesinambungan. Artinya yang sehat, pertahankan tetap sehat; yang sehat, cegah jangan sampai sakit, yang terlanjur sakit jangan sampai cacat tetap terpelihara kualitas hidupnya dalam kemandirian (Depkes RI, 2005).

Salah satu upaya dalam rangka peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilakukan melalui program Posyandu Lanjut usia yang dibina oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang tersebar diberbagai wilayah Indonesia, termasuk Yogyakarta. Tujuan dari Posyandu lanjut usia tersebut adalah untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, agar penduduk lanjut usia yang makin besar jumlahnya tidak hanya

menjadi beban dalam keluarga, masyarakat atau negara, maka pelayanan untuk kelompok ini perlu semakin mendapat perhatian (Rahayu, 2006).

Posyandu adalah wadah kegiatan dari masyarakat dan untuk masyarakat yang didukung kerjasama lintas sektoral. Puskesmas memberikan dukungan dan pembinaan teknis dengan menggunakan sistem lima meja. Dari sistem “lima meja posyandu”, tenaga kesehatan berada pada meja kelima yaitu pemberian pelayanan kesehatan. Sedangkan meja pertama sampai dengan meja keempat yaitu pendaftaran, penimbangan, pencatatan, penyuluhan dan pemberian makanan tambahan dilakukan oleh kader kesehatan. Keempat tugas tersebut dimulai dari persiapan, pelaksanaan sampai dengan evaluasi merupakan tanggung jawab kader (Konsep Pengembangan Posyandu, 2005).

Mengingat tugas dan peran kader yang dominan dalam kegiatan posyandu, maka dapat kita pahami bahwa keaktifan kader sangat berpengaruh pada kegiatan posyandu. Sementara faktor pengetahuan, sikap dan ketrampilan kader lansia dalam kegiatan posyandu sangat dituntut dalam rangka memberikan pelayanan terbaik bagi sasaran. Banyaknya jumlah lanjut usia yang tidak aktif dalam kegiatan posyandu lanjut usia yang dilaksanakan setiap bulan karena kebanyakan dari lansia lebih suka mengikuti kegiatan posyandu lansia bila ada pemeriksaan kesehatan dari petugas puskesmas yang datang ke posyandu lansia yaitu setiap tiga bulan sekali dimana ada pemeriksaan dan pengobatan gratis (Hidayati, 2002).

Jumlah posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta ada 36 kelompok posyandu lanjut usia. Puskesmas Tegalrejo dibantu oleh 2 Puskesmas Pembantu yaitu Puskesmas Pembantu Tegalrejo dan Puskesmas Pembantu Bener. Penulis memilih 2 posyandu yang berada di Wilayah Kerja Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta yaitu posyandu lansia Wredo Tomo di RW 01 dan posyandu lansia Wredo Mulyo RW 02 Karangwaru. Jumlah lanjut usia yang ada di 2 posyandu sekitar 170 jiwa. Kader tiap posyandu ada 8 orang, yang aktif dalam kegiatan posyandu lansia ada 5 orang. Posyandu dilaksanakan tiap bulan dengan jadwal yang tetap yaitu tanggal 19 untuk posyandu Wredo Tomo dan tanggal 17 untuk posyandu Wredo Mulyo.

Jenis kegiatan adalah pemeriksaan fisik, penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran tinggi badan, pemberian makanan tambahan, penyuluhan dan pengobatan ringan. Kunjungan tiap tiga bulan sekali oleh petugas puskesmas yang terdiri dari dokter, perawat atau bidan dan pelaksana gizi. Pemeriksaan Kesehatan Paripurna enam bulan sekali, sedangkan cakupan kegiatan posyandu belum 100% (Kusyati, 2000).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut dan melakukan penelitian tentang “bagaimana hubungan dukungan keluarga dan keaktifan kader dengan kunjungan lansia ke posyandu lanjut usia di Wilayah Kerja Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dikemukakan rumusan masalah yaitu adakah hubungan dukungan keluarga dan keaktifan kader dengan kunjungan lansia ke posyandu lanjut usia di Wilayah Kerja Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Diketuinya hubungan antara dukungan keluarga dan keaktifan kader dengan kunjungan lansia ke posyandu lanjut usia di Wilayah Kerja Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta.

2. Tujuan khusus

- a. Diketuinya aspek dukungan keluarga yang mempunyai nilai korelasi paling besar di Wilayah Kerja Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta.
- b. Diketuinya keaktifan kader kesehatan dalam pelaksanaan posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta.
- c. Diketuinya keaktifan kunjungan lansia yang datang ke posyandu lanjut usia di Wilayah Kerja Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk kemajuan di bidang ilmu keperawatan terutama tentang hubungan dukungan keluarga dan keaktifan kader dengan kunjungan lansia ke posyandu lanjut usia di Wilayah Kerja Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Ilmu keperawatan

Sebagai bahan masukan dan mengembangkan teori keperawatan dan untuk mengembangkan ilmu keperawatan terutama dalam keperawatan gerontik dan keluarga.

b. Bagi Puskesmas

Memberikan masukan untuk perencanaan dan pengembangan program lanjut usia terutama posyandu lanjut usia Puskesmas.

c. Bagi masyarakat

Memberikan masukan untuk peningkatan peran serta masyarakat terutama kader posyandu agar berperan aktif dalam kegiatan posyandu.

d. Bagi keluarga

Menambah pengetahuan keluarga dan memotivasi lanjut usia untuk aktif datang berkunjung ke posyandu.

e. Bagi peneliti: Menambah wawasan pengetahuan peneliti.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dan keaktifan kader dengan kunjungan lansia ke posyandu lanjut usia di Wilayah Kerja Puskesmas Tegalarjo Yogyakarta selama ini belum pernah dilakukan. Penelitian terdahulu yang berkaitan dengan topik penelitian ini adalah:

1. Kurniawati (2008) melakukan penelitian di dusun Gamping Kidul dengan judul “Hubungan dukungan keluarga terhadap kepuasan hidup lansia di dusun Gamping Kidul”. Metode penelitian non experimental-korelasi menggunakan pendekatan cros sectional, pengumpulan data dilakukan dengan kuisioner untuk dukungan keluarga, dan untuk kepuasan hidup dengan wawancara dan jumlah sampel sebanyak 30 responden. Analisa data menggunakan uji korelasi Spearman rank. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang diberikan kepada lansia di dusun Gamping Kidul dengan kategori baik ada 50%, sedangkan kepuasan hidup lansia yang ada di dusun Gamping Kidul hanya 46,7%. Nilai $P = 0,00$ atau $p < 0.05$ sedangkan nilai $R = 0,766$. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepuasan hidup lansia di dusun Gamping Kidul. Persamaan dengan penelitian ini adalah subyeknya, adapun perbedaannya adalah tempat, sasaran, variabel penelitian, instrumen dan unit analisa data.
2. Hidayati (2002) melakukan penelitian di Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta dengan judul “Perbedaan karakteristik lanjut usia yang aktif dan tidak aktif dalam kegiatan posyandu lanjut usia di wilayah kerja

Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta”. Subyek penelitian adalah lanjut usia berusia diatas 60 tahun dan tinggal di wilayah kerja Puskesmas Mantrijeron. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian cross sectional. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang ditujukan kepada responden. Kuesioner ini diserahkan langsung kepada lansia dengan dibantu oleh kader kesehatan. Sampel penelitian diambil 302 responden dengan penghitungan menurut Normogram Harry King. Hasil penelitian menunjukkan pada aspek demografi terhadap perbedaan karakteristik lansia pada jenis kelamin wanita lebih banyak dari laki-laki, status perkawinan mayoritas masih mempunyai pasangan (suami/ istri), pekerjaan ibu rumah tangga paling banyak mengikuti kegiatan Posyandu Lansia dan tidak ada perbedaan pada tingkat pendidikan. Dari aspek sosial ekonomi ada perbedaan karakteristik pada hal pendapatan dimana mayoritas pensiunan, mengikuti asuransi kesehatan dan jarak rumah ke tempat pelayanan posyandu lansia, dan tidak ada perbedaan pada kondisi tempat tinggal, dan mempunyai dana pensiun. Dari aspek kesehatan ada perbedaan pada kebiasaan olah raga, pola makan, gangguan penglihatan, pendengaran, menyiapkan makan, bekerja, berpakaian dan berjalan. Dalam penelitian yang dilakukan Kurniawati memiliki persamaan dengan penelitian ini yaitu subyek dan instrumen, adapun perbedaannya adalah tempat, sasaran, variabel penelitian, dan unit analisa data.