

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penuaan populasi saat ini menjadi kecenderungan global dan isu penting di seluruh dunia termasuk Indonesia. Berkenaan dengan kesehatan, peningkatan populasi lanjut usia (lansia) merupakan faktor utama penyebab transisi epidemiologi, yaitu meningkatnya prevalensi penyakit kronis tidak menular, di antaranya adalah hipertensi.

Hipertensi adalah salah satu jenis penyakit tidak menular yang bersifat kronis, berlangsung sepanjang hayat dan bersifat *silent killer*, dengan angka prevalensi yang sangat tinggi pada lansia. Di tingkat dunia terutama di negara maju, prevalensi hipertensi pada populasi lansia > 60 tahun diperkirakan mencapai dua pertiga atau sekitar 60% - 80% (Giudice et al., 2010; Cornwell and Waite, 2012). Kecenderungan itu juga terjadi di Indonesia. Data laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia menempati urutan pertama jenis penyakit kronis tidak menular yang dialami pada kelompok usia dewasa, yaitu sebesar 26,5%. Prevalensi hipertensi di Indonesia cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, yaitu prevalensi hipertensi pada kelompok usia 55-64 tahun sebesar 45,9%; usia 65-74 tahun sebesar 57,6%; dan kelompok usia >75 tahun sebesar 63,8% (Kemenkes RI, 2013).

Hal yang sama juga terjadi di Provinsi Riau dan Kota Pekanbaru. Laporan Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi pada usia dewasa di Provinsi Riau sebesar 20,9%, di Kota Pekanbaru sebesar 18,1%, dan prevalensi hipertensi tersebut cenderung mengalami peningkatan seiring bertambahnya usia. Di Provinsi Riau, prevalensi hipertensi pada kelompok usia 55-64 tahun sebesar 45,6%;

kelompok usia 65-74 tahun sebesar 61,8%; dan kelompok usia 75 tahun ke atas sebesar 72,5% (Kemenkes RI, 2013).

Penyakit hipertensi merupakan urutan pertama jenis penyakit kronis tidak menular yang dialami oleh kelompok usia lanjut di Provinsi Riau dan di Kota Pekanbaru (Dinkes Provinsi Riau, 2014; Dinkes Kota Pekanbaru, 2015). Dengan demikian, terlihat bahwa hipertensi merupakan masalah kesehatan umum pada lansia dan menjadi fokus pelayanan kesehatan masyarakat di dunia, termasuk di Indonesia, khususnya di Kota Pekanbaru.

Hal yang menjadi persoalan adalah berbagai hasil studi menunjukkan bahwa tingginya prevalensi hipertensi pada lansia diiringi dengan tingginya kondisi hipertensi yang tidak terkontrol pada lansia di dunia, termasuk di Indonesia khususnya di kota Pekanbaru, yaitu lebih dari 50% (Guessous et al., 2012; Cornwell and Waite, 2012; dan Kemenkes RI, 2013). Kondisi itu dapat meningkatkan kejadian komplikasi akibat hipertensi yang tidak terkontrol, seperti: penyakit stroke dan jantung yang menjadi penyebab kematian utama pada lansia di tingkat dunia (Cheung et al., 2012; Soyibo and Barton, 2012; Seedat, Rayner, Veriava, 2014; Kjeldsen et al., 2014; dan Zhang, 2015). Oleh karena itu, Nkondjock and Bizome (2010) menyatakan bahwa hipertensi dikenal sebagai *silent killer* dan faktor utama terjadinya penyakit jantung, stroke, dan kematian pada usia lanjut.

Kondisi tersebut juga terjadi di Indonesia. Hasil laporan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes) di 15 kabupaten/kota tahun 2011 menunjukkan bahwa proporsi angka kematian lansia akibat penyakit kronis tidak menular di Indonesia adalah sebesar 58,8% pada usia 55 – 64 tahun dan sebesar 55,5% pada usia 65 tahun ke atas. Proporsi penyebab kematian kelompok lansia yang paling tinggi adalah penyakit

stroke dan penyakit jantung (*ischaemic heart diseases*) sebagai akibat lanjut dari hipertensi (Kemenkes RI, 2013; Dinkes Provinsi Riau, 2014). Hal itu menunjukkan hipertensi merupakan permasalahan kesehatan serius dan sepanjang hayat yang harus segera diatasi.

Rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019, menyatakan bahwa Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI menjadikan pengendalian penyakit hipertensi termasuk dalam indikator utama sasaran pembangunan kesehatan pada rencana pembangunan jangka menengah nasional (RPJMN) tahun 2015-2019, yang target prevalensi hipertensi pada tahun 2019 menurun dari 26,5% pada tahun 2013 menjadi 23,4% pada tahun 2019 (Kemenkes RI, 2015). Pemerintah melalui Kementerian kesehatan RI terus mengembangkan berbagai program kesehatan lansia untuk meningkatkan kesehatan lansia, khususnya untuk mengendalikan kondisi hipertensi pada lansia.

Kementerian Kesehatan RI telah mengembangkan berbagai program kesehatan untuk meningkatkan kesehatan lansia di Indonesia, di antaranya adalah program deteksi dini dan pengontrolan kondisi tekanan darah lansia, baik di pelayanan kesehatan dasar khususnya Puskesmas maupun Posbindu (Pos Binaan Terpadu) lansia di komunitas, melalui program Puskesmas santun lansia yang bersifat holistik dan komprehensif. Program kesehatan lansia yang dikembangkan mencakup upaya peningkatan kesehatan biologis, psikologis, sosial, dan kesehatan spiritual lansia dengan melakukan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara proaktif (Kemenkes RI, 2010 dan 2013).

Program kesehatan lansia tersebut mengacu pada Pedoman Puskesmas Santun Lansia yang disusun oleh Departemen Kesehatan RI sejak tahun 2005, dan berlandaskan

pada Undang-Undang (UU) Nomor 36 tahun 2009 Pasal 138 tentang upaya pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kesejahteraan bagi lansia yang dikeluarkan oleh Pemerintah pada tahun 2009. Semua upaya kesehatan yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup lansia, khususnya mengendalikan dan mengontrol kondisi hipertensi pada lansia (Kemenkes RI, 2013).

Meskipun demikian, program kesehatan lansia di Indonesia masih belum berhasil sepenuhnya dalam mengontrol kesehatan lansia terutama mengontrol kondisi hipertensi lansia. Hal itu disebabkan upaya pemberdayaan keluarga dalam program kesehatan lansia belum optimal, yang mana masih menempatkan keluarga sebagai objek (penerima pelayanan kesehatan). Pada umumnya anggota keluarga belum dilibatkan atau diberdayakan secara aktif sebagai *caregiver* utama bagi lansia di rumah (Kemenkes RI, 2012). Kondisi tersebut mengakibatkan rendahnya kemampuan anggota keluarga dalam melakukan perawatan pada lansia hipertensi secara mandiri di rumah. Hal itu merupakan tantangan besar bagi kita untuk menganalisis, menemukan akar permasalahan dan alternatif pemecahan masalahnya.

Berdasarkan paradigma keperawatan, ada empat komponen penting yang mendasari dalam praktik pelayanan keperawatan, yaitu manusia sebagai klien mulai dari tingkat individu, keluarga, kelompok maupun komunitas; kesehatan adalah tujuan yang ingin dicapai; lingkungan adalah faktor yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan klien; dan keperawatan adalah pelayanan yang diberikan untuk mencapai kesehatan pada klien (Potter dan Perry, 2010; Kozier et al., 2010). Oleh karena itu, sebelum memberikan pelayanan keperawatan pada lansia dengan penyakit kronis, penting terlebih dahulu menganalisis berbagai permasalahan lansia (klien).

Menurut Friedman (2006) dalam Potter dan Perry (2010), lansia cenderung mengalami berbagai masalah kesehatan yang bersifat holistik, baik masalah biologis, psikososial, maupun masalah spiritual. Salah satu masalah kesehatan yang menonjol pada lansia dengan penyakit kronis adalah masalah psikososial dengan menunjukkan sikap harga diri rendah, tak acuh, pasrah, dan tidak takut akan realitas kematian. Sikap lansia tersebut dapat mempengaruhi motivasi dan perilaku lansia dalam mengontrol kesehatannya.

Selain itu, hasil studi menunjukkan adanya anggapan dari lansia bahwa masalah hipertensi adalah masalah yang biasa dan normal bagi orang yang sudah tua sehingga mempengaruhi motivasi lansia dalam mengontrolkan kesehatannya ke pelayanan kesehatan (Watson, 2003; Stanley dan Beare, 2007; Soesanto, 2010; Potter dan Perry, 2010). Kondisi itu dapat menurunkan kesehatan lansia secara holistik, baik kesehatan biologis, psikologis, sosial, maupun kesehatan spiritual, yang berdampak pada menurunnya motivasi lansia berperilaku sehat, dan dapat mengancam kemandirian mereka. Apabila tidak diatasi dengan segera maka dapat menurunkan kualitas hidup lansia (Anderson and McFarlane, 2007; Stanley dan Beare, 2007; Dongre and Deshmukh, 2012; dan Vilhena et al., 2014). Hal itu dapat memberikan beban bagi semua pihak, baik bagi diri lansia itu sendiri, keluarga, masyarakat, maupun Pemerintah.

Beberapa hasil studi menunjukkan bahwa pendekatan pertama dan utama untuk meningkatkan perilaku kepatuhan lansia mengontrol kesehatannya dan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan lansia secara holistik sampai akhir hayatnya adalah melalui upaya mendekatkan lansia dengan *support system* utama yaitu keluarga (Stanley dan Beare, 2007; Potter dan Perry, 2010; dan Soesanto, 2010). Bagi setiap kelompok etnik,

keluarga pada umumnya merupakan *support system* pertama dan utama bagi lansia (Stanley dan Beare, 2007; Potter dan Perry, 2010). Bahkan menurut budaya Melayu Riau, keluarga adalah tempat yang paling aman dan nyaman bagi lansia untuk menghabiskan sisa hidup. Anak dikatakan durhaka jika tidak mampu mengasuh orang tuanya dengan baik di rumah (Thamrin dan Iskandar, 2009). Mukti (2013) dan Mahler et al., (2014) juga menyatakan bahwa rumah adalah tempat terbaik bagi lansia dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Hal itu terutama berkaitan dengan konteks sosial budaya lokal di Indonesia.

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap status dan kondisi kesehatan, lama dan beratnya penyakit, kematian, kondisi tekanan darah yang terkontrol, pengendalian tekanan darah, kesejahteraan psikologis, perilaku sehat lansia, kepatuhan lansia dalam menjaga dan mematuhi segala yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan profesional, harga diri, dan kualitas hidup lansia (Al-Kandari, 2011; Cornwell and Waite, 2012; Lino et al., 2013; Rabiei et al., 2013; Mukti, 2013; dan Herlinah, Wiarsih, Rekawati, 2013). Bantuan atau dukungan yang diberikan keluarga terhadap perawatan lansia dengan penyakit kronis harus bersifat holistik, yaitu tidak hanya berfokus pada aspek biologis atau fisik akibat penyakit yang dialami saja, tetapi juga mencakup aspek psikososial dan spiritual. Hasil studi menunjukkan bahwa kondisi kesejahteraan psikososial dan spiritual pada lansia sangat berdampak pada kesehatan fisik dan kualitas hidup lansia (Stanley dan Beare, 2007; Hsu, 2007; Dongre and Deshmukh, 2012; dan Vilhena et al., 2014).

Meskipun demikian, hasil penelitian Neri et al., (2012); Bandriah (2013); Rote, Angel, Markides, (2015) menunjukkan bahwa perawatan oleh *family caregiver* dalam jangka lama dapat menimbulkan stres psikologis dan masalah kesehatan lainnya akibat

terjadinya masalah gender “*caregiver burden*” khususnya pada perempuan. Hasil studi Bookman and Kimbrel (2011), menjelaskan bahwa faktor gender tersebut merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pola dan sistem pengasuhan pada lansia. Beberapa hasil studi menunjukkan bahwa mayoritas yang menjadi *family caregiver* bagi lansia adalah perempuan (Trujillo et al., 2012; Bandriah, 2013; Iavarone et al., 2014; Kusaba et al., 2014; dan Valer et al., 2015).

Menurut Hamidy (2002); Thamrin dan Iskandar (2009); dan Fakhri (2013), mayoritas perempuan di Indonesia termasuk perempuan Melayu Riau, tidak hanya melakukan peran domestik rumah tangga termasuk merawat anggota keluarga yang sakit, tetapi juga harus melakukan peran produktif untuk menambah penghasilan keluarga. Hasil studi sosiologi oleh Habsjah (dalam Ihromi, 1999) menunjukkan bahwa anak perempuan yang bekerja lebih besar peranannya dalam membantu orang tuanya dalam hal pengasuhan, perawatan, maupun dalam hal keuangan dibandingkan anak laki-laki bekerja. Hal itu berkaitan dengan isu keadilan gender dan sangat berdampak pada kuantitas dan kualitas perhatian atau dukungan yang diberikan pengasuh perempuan pada anggota keluarga lansia yang sakit. Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa *burden* dan alokasi waktu pada pengasuh khususnya perempuan berpengaruh secara signifikan dengan dukungan sosial kepada lansia, dukungan informasional pada lansia, konsekuensi memberikan perawatan, dan kualitas hidup pengasuh (Anjos et al., 2015; Olai et al., 2015; Stensletten et al., 2016).

Selain itu, mulai terjadi kecenderungan perubahan struktur atau tipe rumah tangga pada semua budaya, termasuk di komunitas Melayu Riau kota Pekanbaru, yaitu dari tipe rumah tangga luas menjadi rumah tangga inti yang berdampak pada berkurangnya sumber daya manusia dalam rumah tangga untuk merawat lansia. Kondisi

itu sangat mempengaruhi kondisi kesehatan perempuan yang berdampak pada kuantitas dan kualitas dukungan yang diberikan keluarga kepada lansia hipertensi. Oleh karena itu, penting melibatkan anggota keluarga laki-laki dalam pengasuhan atau perawatan pada lansia yang mengalami penyakit kronis.

Hasil penelitian Collins (2014) menunjukkan bahwa anak laki-laki potensial untuk melakukan perawatan pada orang tua lansia dalam bentuk aktivitas peran atau dukungan instrumental. Tetapi, yang diperlukan lebih dari dukungan instrumental, yang mana anggota keluarga laki-laki perlu terlibat dalam berbagai peran perawatan lansia dengan hipertensi. Sesuai dengan *Tunjuk Ajar Melayu* dan ajaran agama Islam yang menjadi landasan hidup utama orang Melayu Riau, bahwa anggota keluarga laki-laki Melayu Riau mempunyai kewajiban untuk mengasuh orang tuanya dengan penuh rasa hormat, santun, dan sayang (Hamidy, 2002; Koentjaraningrat, 2007; dan Thamrin dan Iskandar, 2009).

Hasil studi pendahuluan dari data sekunder Dinkes Kota Pekanbaru tahun 2015 menunjukkan bahwa hipertensi merupakan penyakit kronis tidak menular terbanyak yang dialami oleh penduduk lansia Kota Pekanbaru, yaitu sebesar 26,98%. Hal yang sama juga terjadi di tiga kecamatan komunitas Melayu Riau Kota Pekanbaru yaitu sebanyak 53,24%. Angka cakupan kunjungan lansia ke pelayanan kesehatan masih rendah (38,96%). Mayoritas warga komunitas Suku Melayu di Kota Pekanbaru berdomisili tidak jauh dari sungai, yaitu di Kecamatan Rumbai Pesisir, Kecamatan Senapelan, dan Kecamatan Lima Puluh, sehingga sebagian penduduk Melayu jauh dari pusat kota dan Rumah Sakit. Bahkan ada satu komunitas Melayu (Kelurahan Tebing tinggi Okura Kecamatan Rumbai Pesisir) yang sangat jauh dari pusat kota, puskesmas induk, ataupun rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang ada disana hanya puskesmas

pembantu. Kondisi ini menjadi salah satu penyebab masih rendahnya angka cakupan kunjungan lansia ke pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, penting sekali mengembangkan model pemberdayaan keluarga untuk memandirikan keluarga dalam mencegah dan mengatasi berbagai masalah kesehatan anggota keluarganya khususnya masalah hipertensi pada lansia.

Hasil wawancara dengan Penanggung Jawab (PJ) Kesehatan Lansia Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru menyatakan bahwa penyebab kematian utama pada lansia adalah penyakit jantung dan stroke akibat kondisi hipertensi yang tidak terkontrol. Selain itu diketahui bahwa mayoritas menjadi pengasuh utama bagi lansia dengan penyakit kronis adalah anggota keluarga perempuan. Cenderung mereka tidak hanya melakukan peran domestik rumah tangga termasuk merawat lansia saja, tetapi juga harus melakukan peran produktif di dalam maupun di luar rumah untuk menambah penghasilan keluarga. Anggota keluarga laki-laki belum nampak perannya dalam mengasuh lansia. Bahkan PJ Program Promosi Kesehatan Puskesmas Senapelan mengatakan bahwa alasan lansia tidak datang ke Posbindu adalah tidak ada yang mengantar atau menemani karena sudah tidak kuat jalan. Padahal menurut lansia ada anak laki-laki di rumah yang dapat membawa motor.

Data Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Pekanbaru (2015) menunjukkan bahwa jumlah penduduk berdasarkan jenis kelamin di tiga kecamatan tersebut, memperlihatkan bahwa jumlah jenis kelamin laki-laki dan perempuan hampir berimbang. Bahkan, di Kecamatan Rumbai Pesisir mayoritas penduduk berjenis kelamin laki-laki. Rata-rata jumlah anggota keluarga untuk setiap rumah tangga di tiga kecamatan ini adalah terbatas, yaitu berjumlah empat anggota. Keterbatasan sumber daya manusia tersebut

menjadi hal yang harus diperhatikan dalam upaya peningkatan kesehatan keluarga, khususnya meningkatkan kerja sama dalam mengontrol kesehatan lansia di rumah.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik mengembangkan model pemberdayaan keluarga sensitif gender yang melibatkan partisipasi aktif anggota keluarga laki-laki dan perempuan untuk meningkatkan dukungan holistik keluarga dalam perawatan hipertensi pada lansia di komunitas Melayu Riau Kota Pekanbaru. Model tersebut belum pernah dikembangkan sebelumnya (berdasarkan *literature review* dan penelusuran jurnal) dan menjadi kebaruan dari penelitian ini.

1.2 Rumusan Masalah

Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dengan penyakit kronis di Indonesia. Perawatan jangka lama dapat menimbulkan stres psikologis akibat *caregiver burden* terutama pada perempuan. Kondisi itu dapat menurunkan kuantitas dan kualitas dukungan yang diberikan kepada lansia. Hasil studi menunjukkan bahwa mayoritas perempuan sebagai pengasuh utama lansia penyakit kronis, termasuk perempuan Melayu Riau. Selain merawat lansia dan melakukan pekerjaan domestik rumah tangga, perempuan juga melakukan peran produktif untuk menambah penghasilan keluarga. Belum ada *role sharing* antara anggota keluarga laki-laki dan perempuan dalam merawat lansia hipertensi di rumah. Mengingat belum adanya studi yang mengembangkan model pemberdayaan keluarga sensitif gender yang berpengaruh terhadap dukungan holistik keluarga dalam perawatan hipertensi pada lansia di komunitas Melayu Riau Kota Pekanbaru, maka peneliti tertarik untuk membangun model tersebut.

Berdasarkan hal tersebut, dapat dirumuskan masalah penelitian: “Seperti apakah model pemberdayaan keluarga yang melibatkan anggota keluarga baik jenis kelamin laki-laki maupun perempuan, yang dapat berpengaruh terhadap dukungan holistik keluarga dalam perawatan hipertensi pada lansia di komunitas Melayu Riau Kota Pekanbaru?”



1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah terbangunnya model pemberdayaan keluarga sensitif gender yang berpengaruh terhadap dukungan holistik keluarga dalam perawatan hipertensi pada lansia di komunitas Melayu Riau Kota Pekanbaru.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Menganalisis gambaran karakteristik institusi keluarga Melayu Riau tempat tinggal lansia (tipe rumah tangga dan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, dan budaya keluarga).
2. Menganalisis gambaran karakteristik pengasuh anggota keluarga laki-laki dan perempuan yang merawat lansia di rumah (pola hubungan dengan lansia, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan).

3. Menganalisis gambaran karakteristik lansia yang mengalami hipertensi (klasifikasi hipertensi, jenis kelamin lansia, pekerjaan lansia, status perkawinan lansia).
4. Menganalisis gambaran kondisi dan kemampuan pengasuh anggota keluarga perempuan dan laki-laki Melayu Riau dalam melakukan perawatan hipertensi pada lansia, yaitu faktor analisa gender dalam perawatan (akses, kontrol, waktu dan kesempatan, partisipasi, pengetahuan), dan status kesehatan.
5. Menganalisis gambaran dukungan holistik keluarga dalam perawatan hipertensi pada lansia di Komunitas Melayu Riau Kota Pekanbaru.
6. Mengeksplorasi gambaran bentuk peran atau dukungan pengasuh anggota keluarga laki-laki dan perempuan dalam perawatan hipertensi pada lansia di rumah.
7. Menganalisis fakta-fakta yang terkait pengalaman keluarga khususnya pengasuh anggota keluarga laki-laki dan perempuan dalam merawat lansia dengan hipertensi di rumah.
8. Membangun model pemberdayaan keluarga sensitif gender yang berpengaruh terhadap dukungan holistik keluarga dalam perawatan hipertensi pada lansia di komunitas Melayu Riau Kota Pekanbaru.
9. Menganalisis pengaruh penerapan model pemberdayaan keluarga sensitif gender terhadap dukungan holistik keluarga dalam perawatan hipertensi pada lansia di Komunitas Melayu Riau Kota Pekanbaru sebelum dan sesudah uji coba.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi ilmu pengetahuan

Model pemberdayaan keluarga sensitif gender yang dibangun diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan intervensi keperawatan penyakit kronis

pada lansia di rumah, khususnya dalam meningkatkan dukungan holistik keluarga dalam mengontrol kondisi penyakit kronis yang dialami lansia.

1.4.2 Bagi pembuat kebijakan

Kebijakan terkait program kesehatan lansia dan program penanggulangan penyakit kronis tidak menular pada lansia yang dikembangkan diharapkan tidak hanya berfokus pada lansia, tetapi juga pada peningkatan potensi sumber daya manusia dalam keluarga dengan pendekatan model pemberdayaan keluarga sensitif gender. Dengan demikian, diharapkan dapat memberdayakan anggota keluarga laki-laki dan perempuan dalam memberikan dukungan perawatan secara holistik kepada lansia dan meningkatkan perilaku lansia dalam mengontrol kesehatannya.

1.4.3 Bagi Praktisi

Model pemberdayaan keluarga sensitif gender yang dikembangkan diharapkan dapat menjadi pedoman dalam melaksanakan program perawatan kesehatan masyarakat, program promosi kesehatan, dan program kesehatan lansia tingkat keluarga yang melibatkan *family caregiver* laki-laki dan perempuan, khususnya dalam meningkatkan kondisi hipertensi yang terkontrol pada lansia.



