

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia berdampak pada menurunnya angka kelahiran, angka kesakitan dan angka kematian, serta meningkatnya umur harapan hidup. Umur harapan hidup dari 69,8 tahun pada tahun 2010 menjadi 70,9 tahun pada tahun 2017 dan diperkirakan akan meningkat menjadi 72,4 pada tahun 2035. Salah satu konsekuensinya sejak tahun 2010 terjadi peningkatan jumlah lansia (Kemenkes, 2018). Berdasarkan hasil Susenas tahun 2016 jumlah lansia di Indonesia mencapai 22,4 juta jiwa atau 8,69% dari jumlah penduduk. Tingginya populasi lansia menunjukkan saat ini Indonesia sedang menghadapi era penduduk berstruktur tua (*ageing population*) yang ditandai dengan rasio ketergantungan hidup yang melebihi 6% (Lestari, 2017)

Sementara itu berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 terjadi transisi epidemiologi dari penyakit menular ke penyakit tidak menular. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel 1 berikut:

Tabel 1.1 Tren Penyakit Tidak Menular Pada lansia

No	Penyakit Tidak menular	Tahun 2013 (%)	Tahun 2018 (%)
1.	Hipertensi	25,8	34,1
2.	Stroke	7,0	10,9
3.	DM	6,9	8,5
4.	Gagal Ginjal Kronik	2,0	3,8
5.	Kanker	1,4	1,8

Sumber: Riskesdas, 2018

Dengan jumlah lansia yang besar yang diikuti pula dengan meningkatnya penyakit yang menyertai memungkinkan lansia lebih lama berada di lingkungan keluarga dan masyarakat sehingga menjadi tantangan agar dapat mempersiapkan lansia sehat dan mandiri. Pengasuhan lansia di Indonesia yang masih menganut tipe keluarga besar (*extended family*) sebagian besar dilakukan oleh keluarga dan menjadi tanggung jawab keluarga. Ketersediaan *caregiver* bagi lansia dalam keluarga merupakan hal yang penting ketika jumlah lansia dalam keluarga semakin meningkat.

Meningkatnya jumlah lansia menyebabkan lansia tidak hanya hidup lebih lama tetapi juga mengalami berbagai faktor risiko. Berbagai faktor risiko yang mempengaruhi lansia seperti risiko biologis, risiko perilaku atau gaya hidup, dan risiko lingkungan. Risiko biologis terkait dengan meningkatnya usia dan penurunan fungsi organ, risiko perilaku atau gaya hidup yang ditunjukkan dari kebiasaan perilaku sehat, dan risiko lingkungan karena adanya perubahan status sosial (Miller, 2004; Evadrow, 2007; Basibuyuk, 2012; Stanhope & Lancaster, 2016). Dampak berbagai faktor risiko tersebut membawa konsekuensi bagi lansia yaitu munculnya berbagai masalah kesehatan (Miller 2004). Akibat proses menua lansia mengalami kelemahan (*impairment*), keterbatasan fungsional (*functional limitations*) dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari (*activity daily living*), ketidakmampuan (*disability*) dan keterhambatan (*handicap*) (Dhargave, 2016; Silva *et al* 2016). Diperlukan bantuan keluarga sebagai *care giver* dalam mengatasi berbagai faktor risiko yang dialami lansia.

Caregiver lansia dalam keluarga rata-rata adalah anak perempuan atau menantu perempuan dari lansia (Philip, 2008). Hasil penelitian Maryam (2012) didapatkan keterampilan keluarga dalam merawat lansia dimana keluarga dengan pengetahuan kurang 47,8%, keluarga dengan sikap kurang 48,3%, dan keluarga dengan keterampilan kurang 49.8%.

Peran dan kedudukan lansia dalam keluarga dan masyarakat sangat dipengaruhi oleh pandangan kebudayaan mengenai lansia. Pandangan terhadap lansia akan membuat sikap dan penghargaan yang berbeda pula dalam keluarga juga masyarakat. Secara universal lansia dianggap sebagai sumber terkumpulnya kebijaksanaan dan kearifan, memiliki kelebihan, keahlian tertentu dan dengan pengalaman yang luas sehingga lansia harus dihormati (Binh, 2012). Kedudukan lansia dalam keluarga masih dibutuhkan untuk pengambil keputusan, pemberi nasehat sehingga lansia merasa aman, puas, dan merasa berguna karena diperhatikan oleh anak atau keluarga (Habib, 2015; Suardiman, 2011).

Di negara-negara Eropa lansia banyak dilindungi oleh dana asuransi dan pensiun sehingga lansia mendapatkan perawatan dengan baik. Di Jepang lansia adalah orang yang dihargai dan di junjung tinggi dimana pemerintah berusaha memberikan fasilitas-fasilitas dan pelayanan kesehatan yang sangat baik bagi lansia. Di Amerika Serikat lansia tinggal di *nursing home* dan jarang sekali ikut bersama anak dimana hanya 13% lansia yang tinggal bersama anak. Hal ini karena budaya Amerika yang mengharuskan anak yang usianya sudah menginjak 18 tahun untuk hidup mandiri dan bebas dari orang tua, sehingga pada akhirnya anak merasa tidak bertanggung jawab terhadap orang tua mereka lagi. (Grunfeld *et al*, 2007).

Masyarakat tradisional di Asia masih mengandalkan lansia untuk tinggal bersama seperti Taiwan 83%, Thailand dan Filipina 92%, Cina 83%, Singapura 85%, Malaysia 82% (Philip, 2008; Liu, 2009). Di Indonesia pada masyarakat tradisional yang umumnya terdiri dari keluarga luas memasuki usia lanjut tidak perlu dirisaukan. Lansia memiliki jaminan sosial yang paling baik yaitu anak dan saudara-saudara lainnya. Anak masih merasa berkewajiban dan mempunyai loyalitas menyantuni orang tua. Nilai yang berlaku dalam masyarakat bahwa anak wajib merawat

memberikan kasih sayang kepada orang tuanya sebagaimana pernah dilakukan orang tua kepada anak sewaktu masih kecil (Suardiman, 2011).

Menurut Wijayanti (2015) perawatan di rumah oleh keluarga memberikan penguatan terhadap identitas personal lansia sedangkan dari penelitian Surmond (2016) lansia ingin perawatan di rumah bersama keluarga dan takut jika diabaikan. Lansia ingin menjaga status kesehatannya juga dirawat di rumah bersama keluarga dengan bermartabat sampai akhir hayat (Ranheim, 2011; Dhargave, 2016).

Secara umum pola tinggal lansia mengikuti garis kerabat. Dalam budaya Batak yang menganut garis kerabat patrilineal, secara budaya lanjut usia tinggal bersama kerabat ayah. Dalam budaya Jawa secara sosilogis bersifat patriakhal dengan menonjolkan peran dominan kaum pria lansia dapat secara bebas tinggal bersama pihak laki-laki maupun pihak perempuan. Pada budaya Melayu lansia akan tinggal pada anak laki-laki pertama. Pada budaya Minang yang menganut kerabat matrilineal maka lansia akan dijaga dan dirawat oleh anak perempuan. Namun berdasarkan hasil penelitian Setiti (2012) lansia tinggal bersama anak perempuan, anak yang tinggal berdekatan, atau anak yang paling disenangi.

Tidak semua lansia tinggal bersama anak. Lansia ingin mandiri dengan alasan bahwa di rumah sendiri lansia lebih memiliki kebebasan untuk berbuat apa saja tanpa ada yang merasa terganggu. Namun keinginan lansia sebagai orang tua perlu mendapat perhatian dan perlu dihormati. Keinginan lansia untuk mandiri, tidak mengganggu dan merepotkan anak merupakan keinginan yang cukup arif. Perilaku yang dapat dilakukan anak adalah sering mengunjungi, menanyakan kabar, menanyakan kesehatan, memenuhi keinginan orang tua, menanyakan apa yang dibutuhkan merupakan contoh kepedualian anak yang membuat orang tua senang karena merasa diperhatikan (Suardiman, 2011, Setiti, 2012)

Meningkatnya pekerja usia produktif dan bergesernya pola keluarga dimana semakin banyaknya wanita yang bekerja di luar rumah sehingga wanita sebagai pelaku rawat utama harus tetap bisa memberikan perhatian dan perawatan pada lansia (*care giver*) (Collins & Swartz, 2010). Sementara keluarga sebagai orang yang terdekat dan pendukung utama lansia diharapkan dapat memfasilitasi lansia sehingga kesehatan serta kesejahteraan lansia tetap terpenuhi (Friedman, 2010). Dalam hal ini peran sanak keluarga atau orang yang merawat lansia menjadi sangat besar. Jika lansia masih bisa mandiri dan tidak menginginkan kehadiran kerabat untuk merawatnya di rumah maka keluarga dapat memantau lansia dari jauh melalui telepon atau *hand pone* ketika bekerja. Namun terjadinya pergeseran pranata sosial tidak semua *care giver* dalam menjalankan proses *care giving* dapat memberikan perhatian dan perawatan dengan sempurna kepada lansia (Widyakusuma, 2013).

Berbagai peran yang harus diemban oleh keluarga memungkinkan keluarga mengalami ketegangan peran. Berdasarkan hasil penelitian Maryam (2012) tentang beban keluarga dalam merawat lansia yang dapat memicu penelantaran lansia didapatkan keluarga dengan beban tinggi sebanyak 105 orang (52,2%). Penelitian Rosemary & Ziemba (2012), Yuliawati & Handadari (2013) didapatkan beban oleh pelaku rawat dalam merawat lansia yaitu beban psikologis seperti stress, beban fisik kelelahan, kesulitan dalam membagi waktu antara merawat dan menjalankan peran lainnya. Anggota keluarga dibebani dengan dengan penerimaan peran baru (kebutuhan mengemban peran tambahan dalam rumah tangga dan tanggung jawab memantau kesehatan) yang tidak dapat dilakukan secara kompeten. Dalam sebuah studi mengenai pemberi asuhan pada lansia, penatalaksanaan masalah perilaku ditemukan menjadi prediktor yang lebih kuat terhadap ketegangan peran dibandingkan penatalaksanaan masalah fisik karena harus memberikan bantuan instrumental dan emosional (Friedman, 2010; Jansen, 2015). Adanya ketegangan peran yang

dialami keluarga dalam melakukan perawatan untuk memenuhi kebutuhan lansia dan menganggap beban (merasa terbebani oleh tugas dan tanggung jawab) ketika lansia tinggal bersama dapat memicu terjadinya pengabaian lansia di keluarga. Perubahan tanggung jawab keluarga mengurus lansia disebabkan keluarga yang sangat sibuk dengan pekerjaan sehingga tidak punya waktu mengurus lansia bahkan ditinggal sendiri oleh keluarga yang membuat hidup lansia tidak potensial dan menjadi terlantar atau terabaikan di keluarga (Gerunfeld, 2007).

Pengabaian merupakan suatu tindakan kegagalan atau kelalaian oleh pengasuh dalam melaksanakan kewajiban kepada lansia untuk memberikan pemenuhan kebutuhan fisik maupun mental sosial sehingga mengancam bahaya dan kesejahteraan lansia (Stanhope & Lancaster, 2016; Darmo, 2011, Videbeck, 2007). Pengabaian pada lansia meliputi 3 aspek yang tidak terpisahkan yaitu pengabaian fisik atau jasmani, psikologis atau emosional, dan ekonomi atau finansial (Philip, 2008; Townsend, 2011; Rober & Hoover, 2014). Suatu penelitian yang dilakukan oleh Steinmentz dalam Friedman (2010) tentang penganiayaan dan pengabaian pada lansia yang dilakukan oleh anak didapatkan pengabaian psikologis yaitu: 30% anak bicara kasar, 8,5% mengancam untuk mengirim lansia ke panti jompo, dan pengabaian fisik yaitu: 17% tidak memberikan makan dan pengobatan kepada lansia. Hasil penelitian Philip (2008) didapatkan pengabaian fisik yaitu: 48% keluarga tidak membawa lansia ke pelayanan kesehatan, 24% keluarga tidak menolong lansia saat lansia mengeluhkan rasa letih yang dialami; pengabaian finansial yaitu: 20% keluarga tidak pernah menganggap serius soal keuangan yang dikeluhkan lansia. Perilaku pengabaian pada lansia merupakan perilaku penelantaran yang dipicu oleh keterbatasan lansia dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (Low, 2011).

Angka kejadian pengabaian berdasarkan data dunia yang dilaporkan oleh *National Council on Aging* (NCOA) menyatakan 1 dari 10 orang lansia yang berusia lebih dari 60 tahun di Amerika

mengalami pengabaian atau penelantaran. Setiap tahunnya terdapat 5 juta lansia yang mengalami pengabaian, dimana 90% pelaku pengabaian adalah keluarga (NCOA, 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Mc Donald *et al* (2013) terhadap 267 lansia di Kanada diperoleh bahwa 24,4% lansia mengalami pengabaian sejak usia 55 tahun. Untuk negara Afrika Selatan penelitian yang dilakukan oleh Bigala & Agiya (2014) pengabaian dan kekerasan pada lansia merupakan masalah kesehatan serius dari 506 orang lansia yang di data dimana 64,3% lansia laki-laki dan 60,3% lansia perempuan mengalami kekerasan dan pengabaian. Umumnya lansia laki-laki mengalami pengabaian fisik dan lansia perempuan mengalami pengabaian psikologis. Pengabaian yang terjadi pada lansia dikaitkan dengan anak yang bekerja dan tidak berkerja, tidak memiliki pasangan hidup, memiliki persepsi diri yang tidak baik mengenai kesehatan, dan memiliki ketidakmampuan atau cacat.

Data lansia terlantar yang dilaporkan oleh BPS pada tahun 2012 yaitu sebesar 13,7%, dan pada tahun 2014 meningkat menjadi 15% (BPS,2015). Untuk Kota Pekanbaru jumlah lansia terlantar pada tahun 2014 dengan jumlah 6,53% dan pada tahun 2015 sebanyak 5,21%. Berdasarkan wawancara dengan salah satu petugas sosial di Panti Sosial Tresna Wredha Khusnul Khotimah Kota Pekanbaru didapatkan kondisi pengabaian lansia dalam keluarga merupakan salah satu pemicu yang menyebabkan lansia memilih tinggal di Panti Wredha. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Miko (2017) didapatkan 40,79% lansia masuk panti karena terabaikan di rumah. Berdasarkan *pilot study* yang peneliti lakukan di Puskesmas Harapan Raya Kecamatan Bukit Raya Kota Pekanbaru pada Maret 2017 didapatkan 60% lansia berusia ≥ 60 tahun, 63% berjenis kelamin perempuan, 63% lansia tidak bekerja, 50,7% tinggal dengan anak. Ditinjau dari kasus pengabaian yang dialami lansia didapatkan: pengabaian fisik 39,2%, pengabaian psikologis 45,8%, dan pengabaian finansial 29,5%.

Menurut NCOA (2015) dampak dari kejadian pengabaian lansia berpengaruh pada kesehatan lansia yaitu dampak fisik dan dampak psikologis. Dampak psikologis (*psychological neglect*) adalah terjadinya depresi pada lansia yaitu 50% terjadi pada lansia dipanti (karena masih ingin tinggal bersama anak dan keluarga), 10-15% lansia di komunitas (Nugroho, 2008). Dampak psikologis akibat pengabaian terjadi karena lansia menghadapi banyak stressor. Hasil penelitian Miko (2017) lansia yang tinggal di panti disebabkan karena kehilangan peran 39,43, anak tidak pernah berkunjung (54,87%), konflik dengan anak 11,26, anak merasa terbebani 69,03%, dan lansia pernah di marahi keluarga 14,64%. Akibat pengabaian psikologis yaitu lansia merasa kesepian sehingga mudah mengalami depresi dan akibat lebih lanjut mudah jatuh sakit akibat kemunduran fisik sehingga perlu penanganan yang tepat (Singh, 2013). Dampak fisik pengabaian lansia oleh keluarga adalah lansia mengalami gizi kurang 10%-15% (*kondisi physical neglect*). Hal ini sejalan dengan penelitian Indraswari (2012) melalui studi kualitatif untuk mengeksplorasi pola pengasuhan gizi lansia oleh keluarga didapatkan lansia mengalami gizi kurang bahkan malnutrisi karena pengasuh mengabaikan kebutuhan gizi lansia dan tidak kompeten dalam melakukan perawatan. Dampak lanjut yang muncul adalah kondisi sakit pada lansia akibat masalah kesehatan yang tidak diobati.

Dampak populasi lansia yang meningkat di suatu wilayah bersamaan dengan meningkatnya jumlah penelantaran lansia di masyarakat yaitu meningkatnya angka rasio ketergantungan hidup (*old dependency ratio*). Rasio ketergantungan hidup lansia meningkat dari 12,2% pada tahun 2005 menjadi 13,3% pada tahun 2009, dan saat ini meningkat menjadi 48,63% (Kemenkes, 2016). Peningkatan penduduk lansia juga berdampak pada *ageing index* yaitu ratio penduduk lansia dibandingkan dengan 100 orang penduduk usia 0-14 tahun yang menunjukkan keseimbangan antara penduduk tua dengan anak-anak. Kondisi ini akan menyebabkan penurunan

pada *potential support ratio* yaitu rata-rata jumlah penduduk yang memiliki potensi untuk memberikan dukungan (penduduk yang bekerja) untuk setiap satu orang penduduk lansia. *Potential support ratio* tahun 2010 menunjukkan angka 13 pekerja per satu orang penduduk lansia dan tahun 2035 menurun menjadi 6,4 pekerja (UNFPA, 2014). Jika tidak segera ditangani maka terdapat kecenderungan meningkatnya penduduk lansia terlantar yang tidak mendapat dukungan untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup mereka.

Upaya yang dilakukan pemerintah untuk sarana pelayanan sosial bagi lansia meliputi sistem panti, pelayanan model pendampingan di kalangan keluarga (*home care*) dan pelayanan harian (*day care*) (Wreksoatmodjo, 2013, Widyakusuma, 2013). Bentuk pelayanan yang diberikan yaitu pemeriksaan kesehatan, senam, rekreasi, pengajian, ceramah. Pendekatan di panti dilakukan melalui Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) yang tersebar di beberapa wilayah, sedangkan pendekatan non panti dilakukan melalui Pusat Santunan Keluarga (Pusaka), karang lanjut usia, karang werdha, posyandu lansia, kegiatan usia ekonomi produktif. Program BKKBN melalui Bina Keluarga Lansia (BKL) untuk meningkatkan ketahanan dan kesejahteraan keluarga dan program lansia tangguh melalui tujuh dimensi yaitu fisik, sosial, spiritual, emosional, vokasional lingkungan dan intelektual.

Akan tetapi pada kenyataannya kehidupan lansia belum semuanya berada pada kehidupan sejahtera (BPS, 2015). Pelayanan panti jompo, pusat santunan lansia dan jaminan sosial baru terlaksana 6,6%, pelayanan yang diberikan belum sepenuhnya mampu memenuhi kebutuhan lansia secara memadai dan jangkauan layanan masih terbatas. Hasil penelitian Wreksoatmodjo (2013) menunjukkan lansia yang tinggal di panti mempunyai aktifitas fisik yang kurang (72,4%) begitu pula dengan aktivitas kognitif yang kurang (72,4%), kegiatan lansia untuk mengikuti kegiatan masih terbatas, masih terbatasnya peralatan yang ada dipanti, kurangnya tenaga untuk

melaksanakan program, serta terbatasnya dana untuk membiayai instruktur dari luar. Selain itu masih banyak lansia yang hidup di garis kemiskinan yaitu tempat tinggal yang tidak layak huni sebesar 5,51%, lansia menderita sakit 25,05% dengan tidak memiliki keluarga yang menyayangi dan merawat dengan baik (Saadah, 2015). Berdasarkan wawancara dengan salah satu petugas pemegang program BKL BKKBN Pekanbaru didapatkan program keluarga lansia tangguh belum tersosialisasi secara merata di keluarga. Dari 14 keluarga yang sudah dibina, hanya 4,9% keluarga yang mengikuti kegiatan BKL. Pelatihan dan pengembangan bakat baru terlaksana 40% dimana jangkauan pelayanan masih terbatas.

Seharusnya pembinaan pelayanan yang diberikan untuk tercapainya kesejahteraan lansia tidak hanya berbasis masyarakat atau lembaga, namun dapat dilakukan melalui pemberdayaan di keluarga. Pendidikan kesehatan melalui pelatihan penting diberikan kepada keluarga dengan tujuan untuk memberdayakan keluarga dan meningkatkan rasa percaya diri serta kompetensi keluarga dalam merawat lansia, dengan meningkatnya pengetahuan keluarga maka akan menimbulkan rasa tanggung jawab dalam mendampingi lansia sehingga akan mengurangi perasaan beban dan stress dalam merawat lansia (Miller, 2014). Hasil penelitian Andren & Elmstahl (2005) didapatkan bahwa intervensi psikoedukasi yang diberikan kepada keluarga dapat mengurangi stres, mengurangi beban merawat, dan meningkatkan pengetahuan keluarga. Rekomendasi penelitian yaitu perlu adanya promosi kesehatan untuk mencegah penelantaran pada lansia.

Penelitian yang berkaitan dengan lansia sudah banyak dilakukan namun penelitian yang berkaitan dengan penetalaksanaan di tingkat keluarga untuk mencegah pengabaian dengan menggunakan model *caring* kepada lansia belum pernah dilakukan. Salah satu intervensi promosi

kesehatan yang dapat dilakukan agar keluarga *care* dengan keluhan lansia dan dapat mendeteksi kejadian pengabaian adalah memberdayakan keluarga melalui pelatihan model *caring elderly*.

Menurut Miller (2014) keluarga yang merawat lansia perlu menjalankan program pelatihan terlebih dahulu. Keluarga perlu mengikuti kegiatan di kelompok pendukung serta program pendidikan pelatihan. Hasil penelitian Wangmo *et al* (2017) didapatkan bahwa pengabaian pada lansia banyak dilakukan oleh pemberi asuhan yang kurang pengalaman, kurangnya pendidikan dan pelatihan yang baik, dan kurangnya individu untuk berfikir kritis yang tidak dapat mengerti apa hal yang benar untuk dilakukan. Keluarga yang merawat lansia perlu pemahaman awal tentang kondisi lansia dengan respon yang tepat (Huang *et al*, 2015). Melalui pelatihan diharapkan pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam merawat lansia dapat diaplikasikan.

Selama ini model *caring* yang sudah ada yaitu *caring* menurut Watson (2009) dan Swanson (Tonges, 2011). Menurut Watson (2009) terdapat 10 faktor *carative caring* dalam melakukan hubungan interpersonal yaitu humanistik-altruistik, keyakinan dan harapan, sensitivitas, *human care*, ekspresi perasaan, *problem solving*, pembelajaran, lingkungan yang *supportive*, pemenuhan kebutuhan, serta spiritualitas. Model *caring* Swanson (Tonges, 2011) terdiri dari: *knowing* (mengetahui), *being with* (kehadiran secara fisik dan emosional bersama), *doing for* (bersama melakukan tindakan), *enabling* (memberdayakan), dan *maintaining belief* (menumbuhkan keyakinan). Model *caring* Watson dan Swanson belum menyertai keterlibatan lansia dalam melakukan hubungan dengan anggota yang lain (keluarga besar, teman, tetangga) serta belum adanya keterlibatan lansia untuk melakukan aktivitas kelompok kegiatan sosial. Menurut Suardiman (2011) terdapat dua kategori utama yang dihadapi lansia dalam menjalani masa hidupnya. Kategori pertama masalah pribadi/personal seperti perasaan ketergantungan, perawatan kesehatan, penerimaan diri atas perubahan yang berhubungan dengan usia; katagori

kedua berhubungan dengan masalah sosial/interpersonal yang meliputi hubungan dengan orang lain, teman, keluarga, kesepian serta keterasingan dari anggota kelompok.

Mengingat Indonesia mempunyai pola hubungan kekerabatan (*kinship*) atau ikatan kekeluargaan yang mungkin berbeda dengan negara luar maka pada penelitian ini model *caring* yang dikembangkan adalah model *caring* Watson (2009) dan model *caring* Swanson (Tonges, 2011) dengan menambah variabel yang sesuai dengan budaya di Indonesia yaitu melibatkan keluarga sebagai pelaku rawat (*care giver*).

Keterlibatan keluarga sebagai *care giver* kepada lansia yaitu melalui pemberian dukungan, keterlibatan dalam menjalankan tugas kesehatan dan keterlibatan untuk untuk melakukan hubungan sosial dan aktifitas sosial kepada lansia (Model *Caring elderly*). Model *caring elderly* adalah suatu tehnik pengasuhan lansia dengan melibatkan keluarga sebagai *care giver* untuk menanamkan rasa peduli dan peka dalam memenuhi kebutuhan lansia yang dipraktekkan secara interpersonal melalui pemberian dukungan, melaksanakan tugas kesehatan, dan menjalankan hubungan sosial dan aktifitas sosial kepada lansia.

Adapun kelebihan model *caring elderly* yaitu lansia yang dirawat tidak hanya mendapatkan perawatan tetapi juga dukungan dari keluarga atau kerabat, keluarga juga melakukan *social engagement* terhadap lansia (terpeliharanya beragam hubungan sosial lansia dan keikutsertaan lansia dalam kegiatan sosial), serta keluarga mampu menjalankan tugas kesehatan keluarga (Bassuk, 1999; Friedman, 2010). Kelebihan lain dari model ini adalah meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan keluarga dalam merawat lansia secara holistik, menumbuhkan kepedulian keluarga dalam pemenuhan kebutuhan lansia, meningkatkan hubungan persaudaraan dalam berkerjasama merawat lansia, lansia dapat mengenal lingkungan sosial dan aktivitas sosial diluar rumah, menjadikan lansia produktif karena adanya aktivitas yang dilakukan secara mandiri,

menimbulkan rasa nyaman dan kepuasan bagi lansia atas perlakuan yang diberikan keluarga (Bamfo & Hagin, 2011, Watson, 2009; Ranheim, 2011).

Hasil penelitian Biederman *et al* (2014) kesedihan pada lansia dapat muncul akibat komunikasi yang buruk antara anak dan lansia, tidak adanya aktifitas yang turut dilibatkan bagi lansia, tidak mau berbagi perasaan, pikiran, dan pengalaman, serta tidak adanya dukungan terhadap lansia. Gambaran tersebut penting sebagai fondasi dasar penguat pembentuk kepedulian pada saat melakukan perawatan pada lansia di rumah agar semangat *primary family care giver* dalam perawatan lansia tetap kokoh. Hasil penelitian Steve (2016) lansia yang tinggal bersama keluarga yang menunjukkan *care* (perhatian, kepedulian, dan kasih sayang) lebih produktif dibandingkan dengan lansia yang tinggal dengan anggota keluarga yang pasif.

Menurut Prochaska (1992) dan Nasrun (2012) diperlukan sebuah *desain* tahapan khusus bagi keluarga dalam melakukan perawatan terhadap lansia dimana keluarga adalah sebuah potensi yang dapat menjawab kebutuhan perawatan serta pengawasan lansia di rumah. Bentuk strategi tahapan pada keluarga dalam merawat lansia yang dapat dilakukan yaitu tahap pertama merupakan tahap identifikasi masalah yaitu tahap awal untuk mengetahui pengalaman keluarga dalam merawat lansia, dan penyadaran keluarga, membentuk dukungan keluarga melalui kegiatan kelompok swabantu (anggota keluarga lain atau kerabat); tahap kedua implementasi kegiatan *caring*, dan tahap ketiga pemeliharaan atau monitoring yaitu mengintegrasikan pola perilaku baru (Kozier, 2010).

Penelitian ini penting dilakukan karena kasus pengabaian lansia di keluarga sulit diidentifikasi terkait budaya dan etika dimana lansia harus dihormati dan dihargai. Ketika terjadi pengabaian lansia di keluarga menyiratkan bahwa keluarga tidak menghormati dan menyia-nyaiakan lansia. Hal ini perlu dicegah sehingga lansia tidak menjadi terlantar.

Peningkatan jumlah lansia yang terus bertambah yang diikuti pula dengan meningkatnya masalah kesehatan maka sudut pandang yang digunakan tidak lagi berfokus pada bagaimana meningkatkan UHH pada lansia, tetapi bagaimana mampu memfasilitasi lansia untuk tetap produktif dan berdaya di usia tua sehingga tidak menganggap lansia sebagai beban. Produktif artinya bahwa lansia memiliki kelebihan yaitu keunggulan pengalaman melalui kearifan dan kematangan emosi, ingin tetap mandiri, tidak membebani, dan menyusahkan orang lain dan berupaya mengembangkan inisiatif dan kreatifitasnya sendiri. Melalui aktivitas yang bersifat produktif lansia dapat berkumpul dan berkomunikasi dengan sesama.

Keluarga sebagai pelaku rawat utama perlu diberdayakan dengan memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui pelatihan. Pelatihan merupakan bagian dari investasi SDM (*human investment*) untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan kerja (Waryana, 2017). Adapun unsur-unsur pelatihan yaitu: adanya tujuan dan sasaran yang dapat diukur, pelatih (*trainer*), materi sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai, adanya peserta pelatihan dan pengembangan (*trainers*) untuk *sustainable* model yaitu kader kesehatan. Pelatihan kader (*trainers*) bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tentang pengabaian lansia di keluarga dan keterampilan diri untuk melaksanakan tugas baik di posyandu maupun melalui kunjungan rumah (terutama bagi keluarga yang sibuk bekerja di luar rumah). Peran tenaga kesehatan adalah sebagai fasilitator membantu pemenuhan pelayanan sarana dan prasarana kesehatan serta bimbingan teknis tenaga kesehatan (Waryana, 2017).

Melalui pelatihan yang diberikan sehingga masyarakat *care* kepada lansia, mampu menyelesaikan masalah melalui mekanisme koping yang konstruktif, dan dapat meningkatkan perilaku sehat yang pada akhirnya mampu merawat lansia secara optimal. Hal ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 25 tahun 2016 tentang Rencana Aksi Nasional

Kesehatan Lanjut Usia tahun 2016-2019 yang lebih mengedepankan usaha promotif dan preventif dalam perawatan lansia (Kemenkes, 2016).

1.2. Rumusan Masalah

Terjadinya peningkatan penduduk lansia berkaitan dengan perubahan yang terjadi akibat proses menua baik secara fisik (proses degeneratif, rentan terhadap penyakit) maupun psikologis (mudah lupa, penurunan interaksi) yang dapat menimbulkan ketidakmampuan untuk berfungsi secara optimal. Adanya penurunan peran sosial dan gangguan dalam mencukupi kebutuhan hidup sehingga meningkatkan ketergantungan dan memerlukan bantuan orang lain yaitu keluarga. Lansia membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan hidup, perawatan kesehatan oleh keluarga, serta keterlibatan dalam kegiatan sosial.

Keluarga merupakan pendukung utama dalam pengasuhan lansia di rumah. Namun adanya perubahan pranata sosial dimana meningkatnya pekerja usia paruh baya yaitu wanita untuk memenuhi kebutuhan ekonomi, kebutuhan pribadi dan terbatasnya bantuan laki-laki sehingga merawat lansia menjadi beban kerja. Merosotnya kualitas pengasuhan dalam menjalankan tanggung jawab kepada lansia menyebabkan lansia kurang mendapat perhatian (terabaikan oleh keluarga). Perlu adanya kesadaran dan pengetahuan yang cukup bagi pengasuh atas tantangan yang dihadapi sehingga membantu keluarga untuk lebih efektif dan kompeten dalam merawat lansia. Salah satu model yang diterapkan adalah melalui pelatihan model *caring elderly*. Berdasarkan uraian dan latar belakang masalah di atas maka dibuat rumusan masalah sebagai berikut:

- 1.2.1 Apakah telah terjadi perilaku pengabaian lansia pada keluarga di Kota Pekanbaru dan faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan perilaku pengabaian lansia?
- 1.2.2 Bagaimanakah cara mengembangkan model dan uji coba model *caring elderly* sebagai upaya pencegahan perilaku pengabaian lansia pada keluarga di Kota Pekanbaru?

1.2.3 Apakah model *caring elderly* efektif sebagai intervensi dalam upaya mencegah terjadinya perilaku pengabaian lansia di keluarga?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian adalah untuk menghasilkan model *caring elderly* sebagai intervensi upaya pencegahan perilaku pengabaian lansia pada keluarga di Kota Pekanbaru

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengidentifikasi kasus perilaku pengabaian lansia pada keluarga dan faktor-faktor yang berhubungan dengan pengabaian lansia pada keluarga di Kota Pekanbaru

1.3.2.2 Untuk mengembangkan model *caring elderly* dan uji coba model sebagai intervensi upaya pencegahan perilaku pengabaian lansia pada keluarga di Kota Pekanbaru.

1.3.2.3 Untuk mengetahui efektivitas model *caring elderly* sebagai intervensi upaya pencegahan perilaku pengabaian lansia pada keluarga di kota Pekanbaru.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah dan landasan bagi penelitian selanjutnya bagi peneliti yang tertarik untuk mengembangkan ilmu

pengetahuan yang berkaitan dengan pencegahan perilaku pengabaian lansia pada keluarga.

1.4.2 Pembuat Kebijakan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi jajaran Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial dalam pengambilan kebijakan untuk melakukan intervensi, khususnya dalam upaya pencegahan perilaku pengabaian lansia pada keluarga melalui penerapan model *caring elderly* serta mengatasi masalah kesehatan lansia baik fisik, mental, dan sosial sehingga secara nasional berdaya guna dalam pembangunan.

1.4.3 Praktisi

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi bagi praktisi/petugas kesehatan dan petugas sosial dalam upaya pemecahan masalah untuk mengatasi pencegahan pengabaian lansia pada keluarga.

1.5 Novelti

Model *caring elderly* merupakan model *caring* yang baru diteliti dalam mencegah perilaku pengabaian lansia dengan melibatkan keluarga sebagai *care giver* melalui pemberian dukungan keluarga dalam perawatan lansia, melibatkan keluarga untuk melaksanakan tugas kesehatan kepada lansia, dan keterlibatan keluarga untuk melakukan hubungan sosial dan aktifitas sosial (*social engagement*) kepada lansia.

1.6 Potensi HAKI

Adanya modul yang dihasilkan untuk keluarga sebagai *care giver* dan modul untuk kader sebagai *sustainable* model.

