

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Populasi lanjut usia (lansia) adalah kemajuan bagi keberhasilan umat manusia dalam meningkatkan kesehatan dan keberhasilan masyarakat untuk perilaku hidup sehat. Hal ini menghasilkan tantangan yang cukup besar dengan meningkatnya populasi tersebut. Populasi lansia adalah populasi yang berusia ≥ 60 tahun (WHO, 2002). Depkes menetapkan pengelompokan lansia yaitu kelompok usia 45-54 tahun yang disebut masa *virilitas*, 55-64 tahun yang disebut masa *praseonium*, ≥ 65 tahun disebut masa *senescens* dan ≥ 70 tahun disebut usia lanjut dengan risiko tinggi (Depkes, 1994).

Pertumbuhan penduduk lansia di seluruh dunia berjalan sangat cepat dibandingkan dengan kelompok usia lain. Pertumbuhan tersebut akan sangat mengejutkan, yang disebut sebagai “Era Lanjut Usia” (Bappenas, BPS, UNFPA, 2005) Diperkirakan pertumbuhan proporsi lansia dari tahun 2000 - 2025 menjadi dua kali lipat di seluruh dunia, dari 606 juta (10% dari total penduduk dunia) menjadi 1,2 milyar. Jumlah ini akan mencapai sekitar 2 miliar, 22 % dari total penduduk dunia pada tahun 2050 (UN, 2003).

Pergeseran distribusi usia seringkali dihubungkan dengan wilayah yang lebih berkembang di dunia. Pertumbuhan lansia di negara yang sedang berkembang lebih cepat dari pada negara yang sudah berkembang. Pada tahun 2000, 62% lansia tinggal di negara yang kurang berkembang dan pada

tahun 2050 akan meningkat menjadi 80%. Mayoritas penduduk lansia tinggal di Asia, dengan jumlah terbanyak di Asia Pasifik dan Cina. Kontribusi penduduk lansia di Asia merupakan yang terbanyak di dunia dan akan terus meningkat (UN dalam WHO, 2002).

Menurut sensus penduduk 1971 di Indonesia, jumlah penduduk lansia sekitar 4,5 % dari total penduduk. Jumlah tersebut meningkat menjadi 6,4 % (11,3 juta) pada tahun 1990 dan 7,6 % (15,9 juta) pada tahun 2000. Berdasarkan proyeksi penduduk Indonesia, penduduk lansia meningkat menjadi 12 % (32 juta) pada tahun 2020 (BPS, 2005).

Estimasi angka harapan hidup di setiap provinsi di Indonesia mengalami kenaikan. Pada periode tahun 2000-2005, 2005-2010 dan 2010-2015, di Jakarta 73 tahun, 74 tahun dan 75,4 tahun. Angka harapan hidup di Jawa Barat 66,6 tahun, 69,0 tahun dan 70,9 tahun. Pulau Kalimantan juga mengalami kenaikan yang terbesar di Kalimantan Timur yaitu 69,6 tahun, 71,6 tahun dan 73,1 tahun (BPS, 2005).

Di Jawa Barat, proyeksi penduduk usia di atas 45 tahun pada tahun 2000 (6.456.400 orang), tahun 2005 (7.845.700 orang) dan tahun 2010 (9.600.300 orang) (BPS,2005). Hal ini merefleksikan kemajuan teknologi dan informasi khususnya tentang kesehatan, yang membuat masyarakat sadar hidup sehat. Bersamaan dengan itu muncul kendala untuk hidup yang lebih lama, mengingat proses penuaan yang tidak dapat dihindari. Banyak faktor yang berpengaruh akibat bertahun-tahun terpapar dengan berbagai faktor risiko.

Perilaku kesehatan merupakan determinan kesehatan pada kelompok lansia. Beberapa faktor perilaku seperti rokok, olahraga dan pemeriksaan berkala merupakan determinan yang dapat menghindari lansia dari penyakit kronis (Handajani, 2005). Lansia yang melakukan olahraga secara teratur akan terlihat lebih produktif dan terhindar dari penyakit kronis dan ketergantungan, sehingga mengurangi biaya kesehatan serta perawatan sosial. Peningkatan aktivitas fisik seperti kegiatan olahraga dan mengurangi merokok akan menurunkan risiko penyakit jantung koroner (WHO, 1999). Semakin besar kemampuan fungsional dapat mencegah banyak efek negatif proses penuaan serta menolong meningkatkan kemandirian (WHO, 1998).

Insiden penyakit kronis dan disabilitas meningkat bersamaan dengan pertambahan usia (WHO, 1998). Disabilitas membuat lansia menjadi sangat tergantung pada orang lain. Semakin berat tingkat disabilitas semakin tergantung lansia pada orang lain. Penurunan fungsi dan struktur tubuh yang dapat mengakibatkan disabilitas, merupakan indikator yang penting untuk menjaga dan meningkatkan kemampuan fungsional serta menolong mereka untuk mandiri. Hal tersebut akan meningkatkan kualitas hidup mereka. Kemampuan fungsional lansia menjadi faktor yang sangat krusial karena berpengaruh pada kemampuan mereka melakukan aktivitas sehari-hari yang sangat berpengaruh pada kualitas hidup. Kesehatan fungsional dapat diukur dengan Aktivitas hidup sehari-hari atau *Activities Daily Living (ADL)* dan *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)*.

Kasus kematian akibat stroke 4 tahun berturut-turut menempati urutan pertama. Penyebab utama stroke pada umumnya adalah hipertensi, Diabetes

Melitus (DM) yang tidak terkontrol serta penyakit jantung, hal ini saling berkaitan dengan urutan tertinggi penyebab kematian di kota Depok. (Dinkes Depok, 2007). Pola penyakit penyebab kematian di dalam profil kesehatan kota Depok 2007 diketahui bahwa penyakit penyebab kematian memperlihatkan fenomena beban ganda (*double burden*). Faktor penyebab infeksi yang disertai faktor risiko gaya hidup (konsumsi makanan berlemak tinggi dan kurang berolahraga) masih merupakan masalah yang penting di kota Depok (Dinkes Depok, 2007). Menurut hasil penelitian Litbangkes Depkes RI (2001) didapat prevalensi hipertensi di kota Depok sebesar 25,6%, DM 12,8%, stress 14%, obesity 48,7%, hyperkolesterol 32,4%. Pola penyakit penderita rawat jalan di puskesmas berusia ≥ 65 tahun, menunjukkan prevalen hipertensi primer 15,8%, diabetes 4,1 % dan rematis 3%.

Peningkatan penduduk lansia tersebut membawa berbagai implikasi yaitu aspek sosial budaya, ekonomi dan kesehatan. Aspek kesehatan menunjukkan perubahan pola penyakit. Aspek sosial budaya, masing-masing suku mempunyai kecenderungan berbeda dalam menangani lansia, khususnya dalam hal bantuan ekonomi. Lansia yang sudah tidak bekerja membutuhkan dukungan dari orang lain dalam hal ekonomi. Keluarga adalah yang paling dekat dalam lingkungan sosial mereka. Modernisasi mengakibatkan anak perempuan sejajar dengan anak laki-laki yaitu sibuk bekerja, sehingga lansia diserahkan ke panti-panti yang mau merawat mereka. Proses perubahan dan bervariasinya kondisi sosial budaya tersebut memperlihatkan indikasi bahwa lansia perlu pendekatan dan intensitas yang beragam.

Pada abad ini beban disabilitas di populasi akan meningkat bersamaan dengan peningkatan jumlah lansia. Peningkatan lansia terlantar dengan proyeksi kejadian disabilitas akan bertambah 3 kali dalam dekade ini. Dapat dibayangkan beban yang akan ditanggung oleh keluarga, masyarakat maupun pemerintah akan sangat besar.

Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut pendekatan konsep lansia sehat dan lansia aktif dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan fisik. Hal tersebut bukan mencegah penuaan tetapi mengurangi beban psikososial, stress dan depresi dan mencegah keparahan penyakit kronis.

Penuaan harus dipandang sebagai hal yang normal, sehingga kualitas hidup lebih berarti banyak daripada hanya sekedar mengobati penyakit. Nakajima dalam laporan WHO (1998) menyatakan bahwa umur panjang atau peningkatan usia tanpa kualitas hidup tidaklah berarti, sehingga kualitas hidup sangat penting dalam kehidupan lansia.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Kualitas hidup adalah hal yang penting untuk lansia. Banyak faktor yang dapat mempengaruhinya, dan yang terbesar adalah disabilitas. Semakin berat disabilitas semakin tergantung lansia pada orang lain. Disabilitas terjadi dalam integrasi dengan banyak faktor. Penyakit kronis (hipertensi, diabetes melitus dan gangguan sendi), perilaku berisiko (merokok dan aktifitas/OR) dan lingkungan (fisik dan sosial) yang tidak mendukung dipandang sebagai determinan menentukan tingkat disabilitas lansia. Penelitian ini ingin mengetahui gambaran penyakit kronis, faktor perilaku

berisiko dan lingkungan pada disabilitas dan kualitas hidup pada lansia yang mengalami disabilitas.

1.3. PERTANYAAN PENELITIAN

- 1.3.1. Bagaimana gambaran penyakit kronis (hipertensi, diabetes melitus dan gangguan sendi) pada lansia yang mengalami disabilitas?
- 1.3.2. Bagaimana gambaran faktor perilaku berisiko (merokok dan tidak beraktifitas/OR) pada lansia yang mengalami disabilitas?
- 1.3.3. Bagaimanan gambaran lingkungan (fisik dan sosial) pada lansia yang mengalami disabilitas?
- 1.3.4. Bagaimana gambaran disabilitas pada lansia?
- 1.3.5. Bagaimanan gambaran tingkat kualitas hidup pada lansia?
- 1.3.6. Bagaimana gambaran tingkat kualitas hidup pada lansia yang mengalami disabilitas?

1.4. TUJUAN PENELITIAN

1.4.1. TUJUAN UMUM

Mengetahui gambaran penyakit kronis, faktor perilaku dan lingkungan pada lansia yang mengalami disabilitas dan kualitas hidup pada lansia peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, kota Depok tahun 2008.

1.4.2. TUJUAN KHUSUS

- 1.4.2.1. Mengetahui gambaran penyakit kronis (hipertensi, diabetes melitus dan gangguan sendi) pada lansia yang mengalami disabilitas.
- 1.4.2.2. Mengetahui gambaran faktor perilaku berisiko (merokok dan aktivitas/OR) pada lansia yang mengalami disabilitas.
- 1.4.2.3. Mengetahui gambaran lingkungan (fisik dan sosial) pada lansia yang mengalami disabilitas.
- 1.4.2.4. Mengetahui gambaran disabilitas pada lansia.
- 1.4.2.5. Mengetahui gambaran tingkat kualitas hidup pada lansia.
- 1.4.2.6. Mengetahui gambaran tingkat kualitas hidup pada lansia yang mengalami disabilitas.

1.5. MANFAAT PENELITIAN

1.5.2. Bagi Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, kota Depok

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran penyakit kronis, faktor perilaku, dan lingkungan pada disabilitas dan gambaran tingkat kualitas hidup pada lansia disabilitas peserta Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, kota Depok tahun 2008. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk pengembangan program posbindu untuk mengurangi disabilitas, meningkatkan kualitas hidup dan kemandirian lansia.

1.5.3. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menambah referensi di fakultas untuk meningkatkan mutu pembelajaran dan sebagai bahan referensi

untuk penelitian lain atau lanjutan mengenai disabilitas dan kualitas hidup lansia.

1.5.4. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini digunakan untuk satu syarat untuk lulus dan mendapatkan gelar SKM, juga untuk menambah keahlian dan ketrampilan untuk mengaplikasikan ilmu kesehatan masyarakat khususnya epidemiologi langsung ke masyarakat, juga sebagai bahan referensi untuk penelitian lebih lanjut.

1.6. **RUANG LINGKUP PENELITIAN**

Latar belakang menjelaskan bahwa estimasi jumlah lansia meningkat bersamaan dengan kemajuan kesehatan dan perkembangan teknologi. Penuaan mengakibatkan penurunan fungsi dan struktur tubuh untuk bertahan dan memperbaiki diri. Penyakit kronis, faktor perilaku dan lingkungan dapat mempengaruhi disabilitas dan kualitas hidup lansia. Gambaran dari faktor-faktor tersebut pada lansia yang mengalami disabilitas serta gambaran tingkat kualitas hidup pada lansia disabilitas ingin diketahui.

Penelitian ini menggunakan design studi deskriptif *cross-sectional* dengan analisis univariat dan bivariat. Kuesioner terstruktur digunakan pada saat wawancara dan pengukuran fisik untuk menjadi data primer. Laporan bulanan posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Kota Depok menjadi data sekunder. Populasi yang masuk dalam penelitian adalah lansia yang terdaftar di Posbindu Puskesmas Pancoran Mas, Kota Depok dan berusia lebih dari 60

tahun. Jumlah sampel minimal yang akan dihitung sesuai dengan tujuan dan design studi. Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober – November 2008.

