



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN
PADA LANSIA DENGAN KELUHAN REMATIK DI KOTA
YOGYAKARTA TAHUN 2009**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**ARIKA DEWI
0706188265**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI, 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Arika Dewi

NPM : 0706188265

Tanda Tangan :



Tanggal : 2 Juli 2009

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda di bawah ini, saya :

Nama : Arika Dewi
NPM : 0706188265
Mahasiswa Program : Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2007/2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

“DETERMINAN PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PADA LANSIA DENGAN KELUHAN REMATIK DI KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2009”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 13 Juli 2009



(Arika Dewi)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Arika Dewi
NPM : 0706188265
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Determinan Perilaku Pencarian Pengobatan pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Drs. Tri Krianto, M.Kes (.....)

Pembimbing : DR. drh. Yvonne .M. Indrawani S.U (.....)

Penguji : DR. Fatmah, SKM, MSc (.....)

Penguji : DR. P.A. Kodrat Pramudho, SKM, M.Kes (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 2 Juli 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas berkat dan anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat.

Penulis menyadari bahwa tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada yang terhormat :

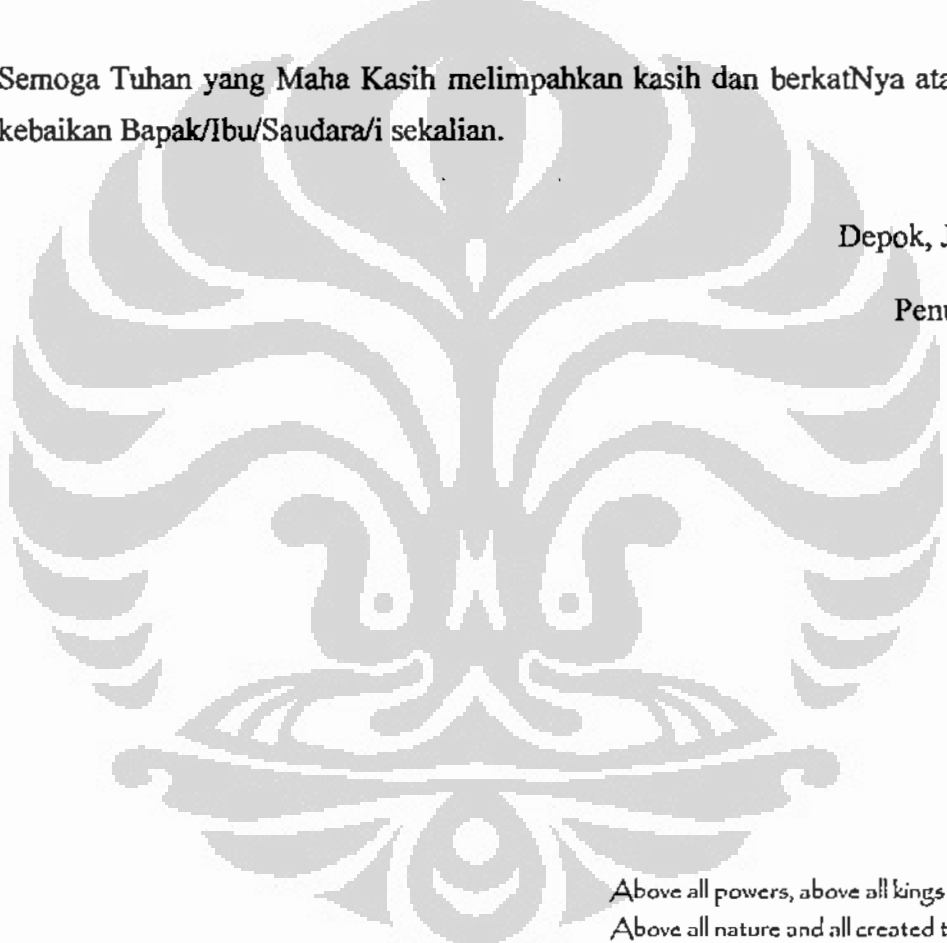
1. Bapak DR. Drs. Tri Krianto, M.Kes dan Ibu DR. drh. Yvonne .M. Indrawani S.U selaku pembimbing dalam penyusunan tesis ini atas kesediaan meluangkan waktu dan memberikan bimbingan kepada penulis sehingga tesis ini selesai.
2. Ibu DR. Fatmah, SKM, MSc dan Bapak DR. P.A. Kodrat Pramudho, SKM, M.Kes atas kesediaan menjadi penguji pada sidang tesis ini.
3. Walikota Yogyakarta, Bapak H. Herry Zudianto, SE., Akt., MM dan seluruh staf Pemerintah Kota Yogyakarta atas izin bagi peneliti untuk melakukan penelitian di Kota Yogyakarta dan akses terhadap data-data kependudukan di Kota Yogyakarta.
4. Bapak DR. R.M. Nugroho Abikusno, M.D, MSc (nut), DrPH selaku anggota Komnas Lansia Republik Indonesia dan Kepala Pusat Studi Kesehatan dan Populasi Masyarakat (InResAge/Indonesia Research on Ageing population network) Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti Jakarta atas kesediaan untuk berbagi ilmu dan materi-materi terkait kesehatan lansia.
5. Ibu Aryanti Radyowijati, MD, MPH, MA (CHD Consultant, Leiden, Belanda) atas dukungan dan semangat untuk tetap bertahan dengan "*less popular topic in Indonesia*" dan untuk inspirasi dalam menekuni bidang kesehatan masyarakat.
6. Teman-teman seperjuangan S2 Promkes 2007 (Teh Tati, Bang Apri, Mbak Emil, Mbak Rika, Mbak Ika, Mbak Inda, Mba Reni, Mbak Tika dan Bang Endang) untuk persahabatan dan kerja samanya selama ini.
7. Sahabat-sahabatku, dr. Ade, dr. Bibit, dr. Kartini dan dr. Tesa karena sudah "menaruh kasih setiap waktu dan menjadi saudara dalam kesukaran"

8. Papa dan Mama (DR.Ir. Jafendy H. Purba Sidadolog dan dr. Widji Lestariati) serta Bapak dan Ibu (Budiyanta, AMK dan Umi Lestari, AMKeb) atas doa dan dukungan selama penulis melanjutkan pendidikan.
9. Sahabat terbaikku, *my childhood sweetheart*, suamiku tercinta (Wifandy R.T Purba Sidadolog, ST) dan anakku tersayang, *the little man after my own heart* (Farrell Arifandi Purba Sidadolog) untuk cinta kasih, doa, pengertian, dukungan yang tidak pernah berhenti sehingga penulis dapat menyelesaikan studi.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga Tuhan yang Maha Kasih melimpahkan kasih dan berkatNya atas semua kebaikan Bapak/Ibu/Saudara/i sekalian.

Depok, Juli 2009

Penulis



Above all powers, above all kings
Above all nature and all created things
Above all wisdom and all the ways of man
You were here before the world began
Above all kingdoms, above all thrones
Above all wonders the world has ever known
Above wealth and treasures of the earth
There's no way to measure what You're worth

Lenny LeBlanc

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

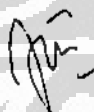
Nama : Arika Dewi
NPM : 0706188265
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Determinan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 2 Juli 2009
Yang menyatakan



(Arika Dewi)

**PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITA INDONESIA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROMOSI KESEHATAN
Tesis, 2 Juli 2009**

ARIKA DEWI

**Determinan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Lansia Dengan Keluhan Rematik
Di Kota Yogyakarta Tahun 2009**

xviii + 118 halaman + 51 tabel + 5 gambar + 3 lampiran

ABSTRAK

Kota Yogyakarta memiliki umur harapan hidup tertinggi di Indonesia (74,9 tahun) dan proporsi lansia yang tinggi yakni sekitar 13% (dibandingkan dengan angka nasional \pm 8%). Secara nasional, prevalensi penyakit sendi adalah 30% untuk semua usia, sedangkan untuk lansia adalah 52,3%. Kelompok penyakit sendi merupakan penyebab utama morbiditas di seluruh dunia, terutama untuk lansia. Menurut survey nasional oleh BPS, lansia cenderung mengobati dirinya sendiri (63,13%).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan informasi deteminan apa saja yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009. Yang menjadi subyek penelitian ini adalah lansia yakni mereka yang sudah berusia 60 tahun ke atas dan tinggal di wilayah kota Yogyakarta. Data merupakan data primer yang diambil dengan alat bantu kuisioner pada bulan Mei 2009. Variabel yang dikaji adalah usia, jenis kelamin, suku/etnis, pendidikan, pekerjaan, pendapatan tetap, pendapatan tambahan, kepesertaan dalam Posyandu Lansia, persepsi kegawatan penyakit, persepsi akibat penyakit, anjuran keluarga/teman, adanya orang yang mengantarkan berobat.

Diketahui bahwa 59,4% berobat ke tenaga kesehatan dan 40,6% berobat ke non tenaga kesehatan. Jika melihat pilihan pengobatan maka 39,4% lansia memilih mengobati sendiri. Hasil analisis bivariat mendapatkan variabel yang secara signifikan berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan adalah persepsi akibat, persepsi kegawatan, kepesertaan dalam posyandu lansia, lamanya sakit dan adanya pengantar ($p < 0,05$). Analisis multivariat mendapatkan variabel yang berhubungan adalah persepsi akibat, persepsi kegawatan, kepesertaan dalam posyandu lansia dan adanya pengantar ($p < 0,05$). Variabel yang mempunyai pengaruh dominan adalah persepsi kegawatan (OR = 96,08)

Dari hasil penelitian disarankan pemberdayaan Posyandu sebagai sarana pendidikan kesehatan lansia, pelatihan kader dan lansia sebagai opinion leader. Bagi LSM dan lembaga pemerhati lansia diharapkan memberi dukungan karena sumber daya pemerintah terbatas. Perlu penelitian lanjutan mengenai posyandu lansia, pemilihan pengobatan pada penyakit tertentu dan pengaruh akulturasi.

Kata kunci : determinan, pencarian pengobatan, rematik, lansia

Kepustakaan : 62 (1977-2009)

ARIKA DEWI

Determinant of Treatment Seeking Behavior Among Older People with Rheumatism Complaints in Yogyakarta in 2009

xviii + 118 pages + 51 tables + 5 pictures + 3 appendices

ABSTRACT

Yogyakarta is a city which has the highest life expectancy in Indonesia (74,9 years old) and a high proportion of older people which is 13% (compare to national proportion $\pm 8\%$). Nationally, the prevalence of joint diseases is 30,0% for all ages, meanwhile prevalence of joint diseases among older people is 52,3%. This group of disease has become the main cause of disability worldwide, especially for older people. Old people tend to have self-medication as stated in national survey (63,13%).

The objective of this research was to investigate what were the determinants of treatment seeking behavior among older people with rheumatism complaint in Yogyakarta in 2009. The subjects of this research were older people (≥ 60 y.o) who lived in Yogyakarta. Primary data were collected using a questionnaire. Variables that have been investigated were age, sex, ethnicity, education level, occupation, fixed income, additional income, participatory in "Posyandu Lansia", perceived of seriousness, perceived of disturbance, suggestion and accompaniment to go to the treatment provider.

This research found out that 59,4% older people go to health practitioners and 40,6% go to non-health practitioners. Based on place choice, 39,4% older people prefer self-treatment to others. Bivariate analysis showed that participatory in "Posyandu Lansia", perceived of seriousness, perceived of disturbance, duration of disease and accompaniment are significant variables relate to treatment seeking behavior ($p < 0,05$). In multivariate analysis, variables which were significant were participatory in "Posyandu Lansia", perceived of seriousness, perceived of disturbance, and accompaniment ($p < 0,05$). The dominant variable was perceived of disturbance (OR = 96,08)

It is suggested to do revitalization on "Posyandu Lansia" as a tool for older people health education, training for "kader" and opinion leader. NGO and institutions that concern on aging issue should participate as the government's sources are limited. It necessary to do further reserach on "Posyandu Lansia", treatment seeking behavior on certain disesases and influence of social aculturation.

Keywords : determinant, treatment seeking, rheumatism, older people

References : 62 (1977-2009)

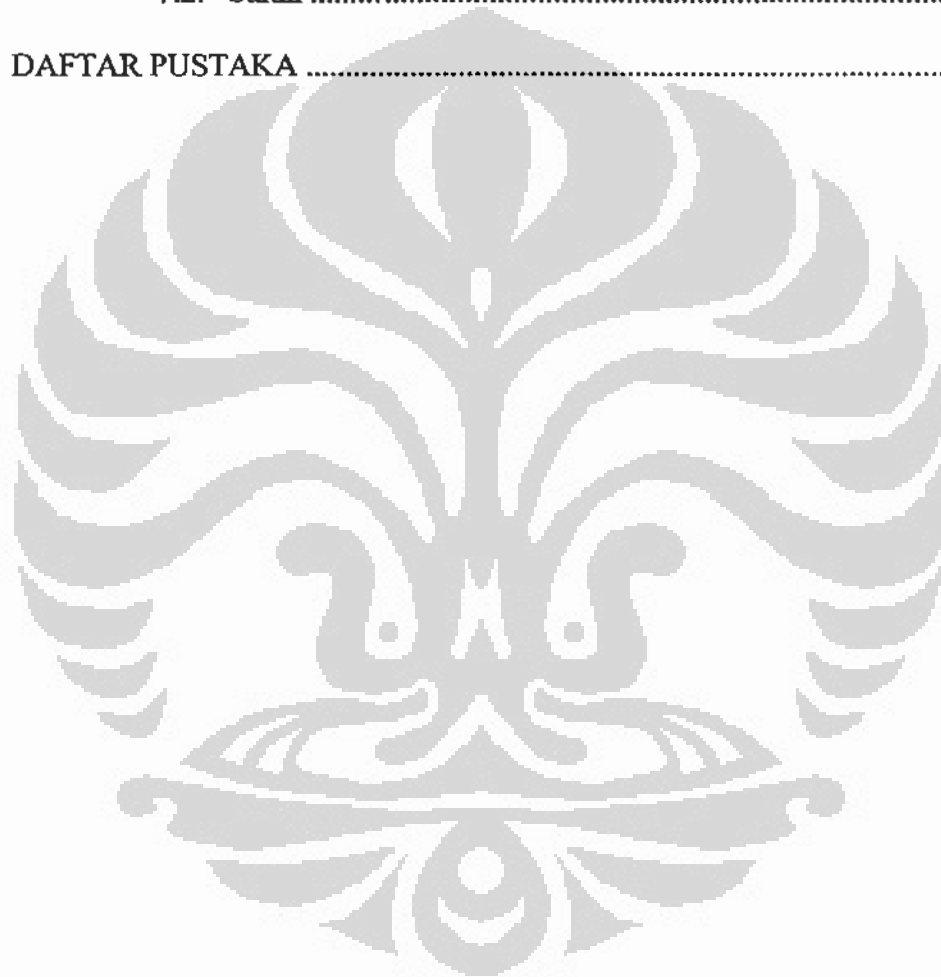
DAFTAR ISI

Judul	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR ISTILAH	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	10
1.3. Pertanyaan Penelitian	11
1.4. Tujuan Penelitian	11
1.5. Manfaat Penelitian	12
1.6. Ruang Lingkup	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Proses Menua	14
2.1.1. Teori-teori Proses Menua	14
2.1.2. Konsep “Menua Sehat”	16
2.1.3. Batasan Lanjut Usia	17
2.2. Aspek Biopsikososial Lansia	18
2.2.1. Aspek Psikososial Lansia	18
2.2.2. Aspek Biologi Lansia	19
2.3. Rematik	20
2.3.1. Pengertian Rematik	20
2.3.2. Macam-macam Penyakit Rematik	21
2.3.3. Pengobatan Rematik	25
2.3.4. Efek Samping OAINS	25
2.4. Perilaku Pencarian Pengobatan	26
2.4.1. Konsep Sakit dan Penyakit	26
2.4.2. Teori-teori Perilaku Pencarian Pengobatan	27

2.5.	Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencarian Pengobatan	33
2.5.1.	Umur	33
2.5.2.	Jenis Kelamin	33
2.5.3.	Suku/etnis	33
2.5.4.	Pendidikan	33
2.5.5.	Pekerjaan dan Tingkat Pendapatan	34
2.5.6.	Persepsi	34
2.5.7.	Komorbid	34
2.5.8.	Asuransi	35
2.5.9.	Anjuran	35
2.5.10	Posyandu Lansia.....	36
BAB 3	KERANGKA KONSEP	
3.1.	Kerangka Konsep	37
3.2.	Definisi Operasional.....	39
3.3.	Hipotesis	41
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN	
4.1.	Desain Penelitian	42
4.2.	Populasi dan Sampel	42
4.2.1	Populasi.....	42
4.2.2	Perhitungan Sampel.....	42
4.2.2	Teknik Pengambilan Sampel	44
4.3.	Metode Pengumpulan Data	47
4.4.	Pengolahan Data.....	47
4.5.	Analisis Data	48
BAB 5	HASIL PENELITIAN	
5.1.	Gambaran Umum Kota Yogyakarta	50
5.5.1	Data Geografi	50
5.5.2	Data Demografi.....	51
5.5.3	Jumlah Sarana Kesehatan	53
5.2.	Analisis Univariat	53
5.2.1	Gambaran Perilaku Pencarian Pengobatan Responden ..	54
5.2.2	Gambaran Karakteristik Sosiodemografis Responden ...	56
5.2.3	Gambaran Lama Sakit dan Penyakit Penyerta	59
5.2.4	Gambaran Kepemilikan Asuransi	60
5.2.5	Gambaran Dorongan Untuk Bertindak	61
5.2.6	Gambaran Persepsi Responden	62
5.2.7	Perbandingan Antar Kecamatan	62
5.3.	Analisis Bivariat	63
5.3.1	Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	63
5.3.2	Hubungan Usia dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	64
5.3.3	Hubungan Suku/Etnis dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	65
5.3.4	Hubungan Pekerjaan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	66

5.3.5	Hubungan Pendidikan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	67
5.3.6	Hubungan Kebersertaan Posyandu Lansia dengan Perilaku Pencarian	68
5.3.7	Hubungan Penghasilan Tetap dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	69
5.3.8	Hubungan Penghasilan Tambahan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan.....	70
5.3.9	Hubungan Lama Sakit dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	71
5.3.10	Hubungan Persepsi Kegawatan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	72
5.3.11	Hubungan Persepsi Akibat dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	74
5.3.12	Hubungan Penyakit Penyerta dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	75
5.3.13	Hubungan Asuransi dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	76
5.3.14	Hubungan Pengantar dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	77
5.3.15	Hubungan Anjuran dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	78
5.4.	Analisis Multivariat	
5.4.1	Pemilihan Kandidat Multivariat	79
5.4.2	Tahap Pemodelan	80
BAB 6	PEMBAHASAN	
6.1.	Keterbatasan Penelitian	95
6.1.1	Metode Pengumpulan Data.....	95
6.1.2	Pengambilan Sampel	95
6.2.	Pembahasan Hasil Penelitian	96
6.2.1	Perilaku Pencarian Pengobatan	96
6.2.2	Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	97
6.2.3	Hubungan Usia dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	98
6.2.4	Hubungan Suku/Etnis dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	99
6.2.5	Hubungan Pekerjaan dan Pendapatan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	100
6.2.6	Hubungan Pendidikan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	101
6.2.7	Hubungan Kebersertaan Posyandu Lansia dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	102
6.2.8	Hubungan Lama Sakit dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	103
6.2.9	Hubungan Persepsi dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	104

6.2.10 Hubungan Penyakit Penyerta dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	105
6.2.11 Hubungan Asuransi dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	106
6.2.12 Hubungan Pengantar dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	107
6.2.13 Hubungan Anjuran dengan Perilaku Pencarian Pengobatan	108
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1. Kesimpulan	109
7.2. Saran	109
DAFTAR PUSTAKA	112



DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
Tabel 2.1.	Kriteria American Rheumatism Association untuk Arthritis Reumatoid Revisi Tahun 1987	24
Tabel 4.1.	Besar Sampel Minimal Dari Variabel Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	43
Tabel 4.2.	Daftar Kecamatan dan Kelurahan Terpilih dan Jumlah Responden yang Diperlukan	46
Tabel 5.1.	Jumlah Dan Persentase Penduduk Usia ≥ 56 Tahun Per Kecamatan Se-Kota Yogyakarta Tahun 2008	52
Tabel 5.2.	Jumlah Penduduk Menurut Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Di Kota Yogyakarta Tahun 2006	53
Tabel 5.3.	Distribusi responden menurut jenis keluhan yang dirasakan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009.....	54
Tabel 5.4.	Perilaku Pencarian Pengobatan pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	55
Tabel 5.5.	Distribusi Responden Menurut Kategori Perilaku Pencarian Pengobatan di Kota Yogyakarta Tahun 2009.....	55
Tabel 5.6.	Distribusi Usia Responden Menurut Klasifikasi WHO pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009.....	56
Tabel 5.7.	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin pada Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009.....	56
Tabel 5.8.	Distribusi Responden Menurut Suku/Etnis pada Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009.....	57
Tabel 5.9.	Distribusi Responden Menurut Jenis Pekerjaan Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009.....	57
Tabel 5.10.	Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009.....	58

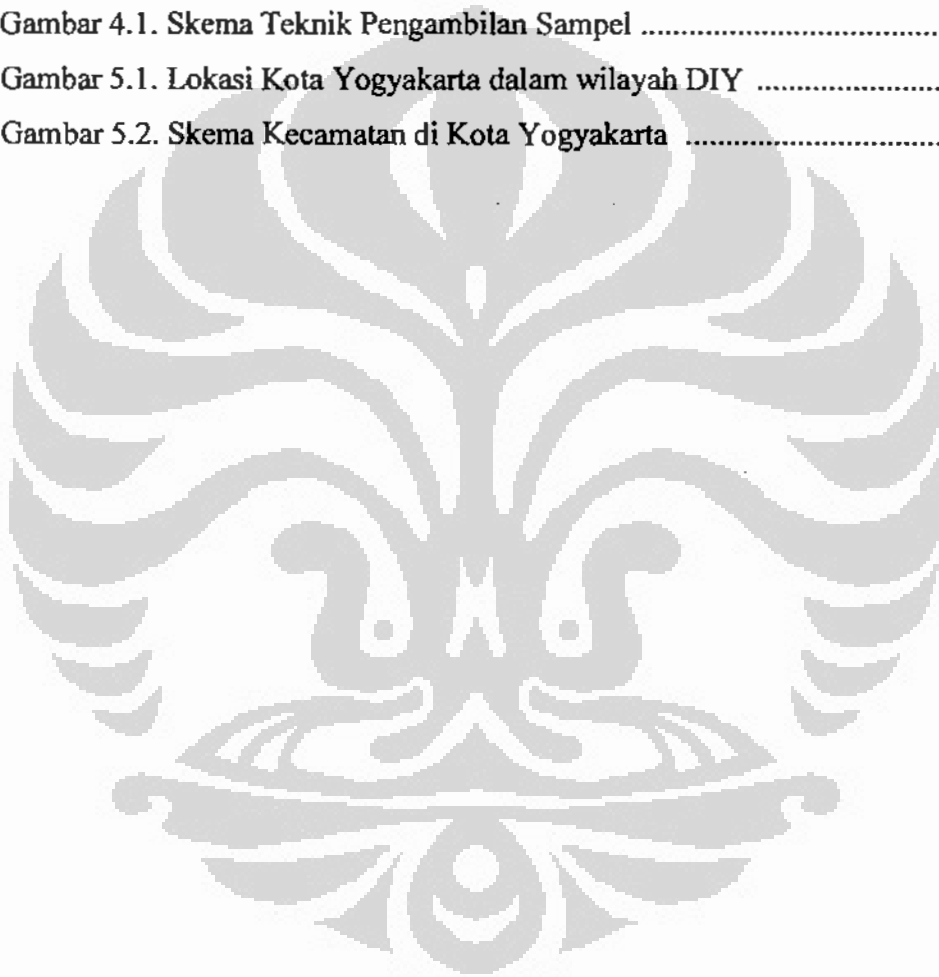
Tabel 5.11	Penghasilan Tetap dan Penghasilan Tambahan Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	58
Tabel 5.12.	Distribusi Responden Menurut Penghasilan Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	59
Tabel 5.13.	Distribusi Responden Menurut Kepesertaan Posyandu pada Lansia Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	59
Tabel 5.14.	Distribusi Responden Menurut Lama Sakit Dirasakan pada Lansia dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009.....	60
Tabel 5.15.	Distribusi Responden Menurut Penyakit Penyerta pada Lansia Dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009.....	60
Tabel 5.16.	Distribusi Responden Menurut Kepemilikan Asuransi pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	61
Tabel 5.17.	Distribusi Responden Menurut Anjuran dan Pengantar pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	61
Tabel 5.18.	Distribusi Responden Menurut Perspsi pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	62
Tabel 5.19.	Hasil Uji Kruskal Wallis	63
Tabel 5.20.	Distribusi responden menurut jenis kelamin dan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	64
Tabel 5.21.	Distribusi Responden Menurut Usia dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	65
Tabel 5.22	Distribusi Responden Menurut Suku dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	66
Tabel 5.23	<i>Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009</i>	<i>67</i>
Tabel 5.24	Distribusi responden menurut pendidikan dan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik	

	di Kota Yogyakarta Tahun 2009	68
Tabel 5.25	Distribusi Responden Menurut Kepesertaan Posyandu Lansia dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	69
Tabel 5.26	Distribusi Responden Menurut Penghasilan Tetap Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	70
Tabel 5.27	Distribusi Responden Menurut Penghasilan Tambahan Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	71
Tabel 5.28	Distribusi Responden Menurut Lama Sakit Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	72
Tabel 5.29	Distribusi Responden Menurut Persepsi Kegawatan Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	73
Tabel 5.30	Distribusi Responden Menurut Persepsi Akibat Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	74
Tabel 5.31	Distribusi Responden Menurut Penyakit Penyerta Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	75
Tabel 5.32	Distribusi Responden Menurut Asuransi Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	76
Tabel 5.33	Distribusi Responden Menurut Pengantar Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	77
Tabel 5.34	Distribusi Responden Menurut Anjuran Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009	78
Tabel 5.35	Hasil seleksi bivariante masing-masing kovariat dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009	79
Tabel 5.36	Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap I	80

Tabel 5.37	Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap II	81
Tabel 5.38	Evaluasi perubahan OR dengan dan tanpa variabel lama sakit.....	82
Tabel 5.39	Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap III	82
Tabel 5.40	Evaluasi Perubahan Nilai OR Dengan Dan Tanpa Variabel Anjuran	83
Tabel 5.41	Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap IV	84
Tabel 5.42	Evaluasi Perubahan Nilai OR Dengan Dan Tanpa Variabel Penghasilan Tetap	84
Tabel 5.43	Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap V	85
Tabel 5.44	Evaluasi Perubahan Nilai OR Dengan Dan Tanpa Variabel Penghasilan Tambahan.....	86
Tabel 5.45	Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap VI	87
Tabel 5.46	Evaluasi Perubahan Nilai OR Dengan Dan Tanpa Variabel Asuransi	87
Tabel 5.47	Hasil pemodelan multivariat regresi logistik tahap terakhir	88
Tabel 5.48	Distribusi Responden Berdasar Persepsi Akibat dan Karakteristik Predisposisi	91
Tabel 5.49	Distribusi Responden Berdasar Kepsertaan Posyandu dan Karakteristik Predisposisi	92
Tabel 5.50	Distribusi Responden Berdasar Persepsi Kegawatan dan Karakteristik Predisposisi	93
Tabel 5.51	Distribusi Responden Berdasar Pengantar dan Karakteristik Predisposisi	94

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
Gambar 2.1. Model Kepercayaan Kesehatan	31
Gambar 2.2. Andersen Generic Health System Model	32
Gambar 4.1. Skema Teknik Pengambilan Sampel	45
Gambar 5.1. Lokasi Kota Yogyakarta dalam wilayah DIY	50
Gambar 5.2. Skema Kecamatan di Kota Yogyakarta	51



DAFTAR ISTILAH

BPS	:	Badan Pusat Statistik
Depkes	:	Departemen Kesehatan
DIY	:	Daerah Istimewa Yogyakarta
DMARD	:	Disease Modifying Arthritis Rheumatoid Drugs
Komnas Lansia	:	Komisi Nasional Lanjut Usia
Lansia	:	Lanjut Usia
OA	:	Osteoarthritis
OAINS	:	Obat Anti Inflamasi Non Steroid
UHH	:	Usia Harapan Hidup
WHO	:	World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Dunia saat ini sedang mengalami fenomena luar biasa dalam bidang demografi berupa peningkatan usia harapan hidup disertai peningkatan jumlah populasi lanjut usia (lansia). Di seluruh dunia dari tahun 1950 sampai awal abad 21, usia harapan hidup meningkat dari 46 tahun menjadi 66 tahun. Bahkan pada tahun 2050, diprediksikan usia harapan hidup penduduk dunia mencapai 76 tahun. Pada tahun 2000 jumlah penduduk dunia yang berusia lebih dari 60 tahun berjumlah sekitar 600 juta orang. Sedangkan pada tahun 2050 jumlah tersebut diperkirakan akan meningkat menjadi hampir 2 milyar orang. Proporsi penduduk lanjut usia dunia akan meningkat dari 10% pada tahun 1998 menjadi 15% pada tahun 2025 (Second World Assembly on Ageing, 2002).

Indonesia sebagai bagian dari masyarakat dunia juga mengalami pertumbuhan populasi lansia yang signifikan. Komisi Nasional Lanjut Usia (Komnas Lansia) mencatat bahwa proporsi penduduk lanjut usia di Indonesia pada tahun 2000 adalah 7,18% (14,4 juta orang) dan diperkirakan akan menjadi 11,34% atau setara dengan 28,8 juta orang pada tahun 2020 (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2008). Sementara itu usia harapan hidup (UHH) orang Indonesia meningkat dari 64,71 tahun 1995 hingga 2000, meningkat menjadi 67,68 tahun pada 2000 hingga 2005 (Departemen Kesehatan RI, 2005). Tahun 2005-2010 UHH kembali mengalami peningkatan menjadi 69,10 tahun (Balitbangkes Depkes, 2008). Peningkatan jumlah lanjut usia selain menggambarkan kemajuan teknologi kesehatan tentu saja akan membawa dampak pada setiap segi kehidupan baik individu, komunitas maupun negara.

Semua makhluk hidup termasuk manusia secara alamiah akan mengalami proses menjadi tua atau menua (*aging*). Hal itu merupakan konsekwensi yang tidak dapat dihindarkan. Constantinides dalam Boedhi-Darmojo R (2000) mendefinisikan menua sebagai suatu proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki atau mengganti diri serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya. Keadaan ini menyebabkan manusia akan kehilangan daya tahan

terhadap lesi¹ (termasuk infeksi) dan akan makin banyak distorsi metabolik dan struktural yang dikenal dengan penyakit degeneratif. Contoh-contoh penyakit degeneratif adalah *diabetes mellitus* (kencing manis), hipertensi (tekanan darah tinggi), jantung koroner, katarak, *arthritis* (radang sendi), *dementia* dan lain-lain.

Pada umumnya setelah orang memasuki lansia maka ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan. Dengan adanya penurunan kedua fungsi tersebut, lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadian lansia. Lansia dengan kepribadian konstruktif akan menyikapi proses menua dengan lebih tenang sehingga tidak mengalami banyak gejala. Sedangkan lansia dengan tipe kepribadian tergantung akan mengalami tekanan emosi yang tinggi bahkan merasa merana jika keluarga atau pasangan tempat ia bergantung meninggal dunia (Koentjoro, 2002).

Pada tahun 1960-an, pada lansia dikenal suatu keadaan yang disebut *disengagement* yaitu penarikan diri dari lingkungan pada saat seseorang mulai memasuki masa tua-nya atau masa pensiun. Hal ini dianggap dapat membantu seseorang memasuki fase baru dalam hidupnya, yakni masa lansia. Namun ternyata hal tersebut justru bersifat kontraproduktif, sehingga mulai dekade 80-an justru dianjurkan bagi lansia untuk tetap aktif terlibat secara sosial (Boedhi-Darmojo, 1999; Koentjoro, 2002). Dimensi psikososial, seperti juga dimensi biologi/fisik, mengalami perubahan saat seseorang memasuki usia lanjut. Dengan demikian tidaklah mengherankan jika lansia juga rentan terhadap berbagai gangguan mental emosional. Di Indonesia, prevalensi gangguan mental menurut laporan responden sendiri (*self-report*) sebesar 11,6% untuk penduduk usia 15

¹ Lesi adalah suatu keadaan di mana jaringan tubuh mengalami keadaan patologis atau trauma (sumber : Dorland's Medical Dictionary, dari <http://www.mercksource.com/dorlans> Dalam Bahasa Indonesia juga disebut dengan istilah jejas (sumber : Kamus Besar Bahasa Indonesia, dari : <http://kbbi.web.id>)

tahun ke atas dan pada usia 65 tahun ke atas menjadi 23,2% (Balitbang Depkes, 2008).

Terkait kesehatan fisik lansia, Isbagio (2005) menyatakan bahwa salah satu masalah gangguan kesehatan yang menonjol pada usia lanjut adalah gangguan muskuloskeletal (otot, tulang dan persendian), terutama *osteoarthritis*² dan *osteoporosis*³. Walaupun penyakit-penyakit yang menyebabkan kematian lebih mendapat perhatian masyarakat, tetapi gangguan muskuloskeletal (yang terdiri kira-kira 150 macam gangguan/jenis penyakit) merupakan penyebab utama morbiditas di seluruh penjuru dunia, terutama pada warga usia lanjut. Diperkirakan bahwa 40% penduduk dunia yang berusia lebih dari 70 tahun akan menderita osteoarthritis lutut yang merupakan salah satu jenis penyakit sendi yang umum terjadi (WHO, 2003).

Penelitian di Norwegia mengungkapkan prevalensi osteoarthritis untuk semua usia pada wanita sebesar 14,7% dan pria sebesar 10,5% (Grotle *et.al*, 2008). Di Cina (Qing, *et.al*, 2008) prevalensi penyakit sendi untuk semua usia berkisar 0,01% - 20,8% tergantung jenis penyakit sendi. Di Vietnam (Hoa, 2003) prevalensi berbagai jenis penyakit sendi untuk semua usia berturut-turut adalah osteoarthritis 4,1%, osteoporosis 0,47%, *rheumatoid arthritis*⁴ 0,28% dan *gout*⁵ 0,14%. Di Amerika Serikat prevalensi radang sendi pada lansia berusia lebih dari 65 tahun adalah sebesar 50% (Arthritis Foundation, 2008). Di India Utara, penyakit radang sendi masuk dalam lima besar penyakit yang ditemukan pada lansia (Joshi *et al*, 2003)

Terkait penyakit sendi, menurut Soenarto (1999) keluhan utama para penderita penyakit sendi adalah nyeri, rasa kaku dan kelemahan, serta adanya tiga tanda utama yaitu pembengkakan sendi, kelemahan otot serta gangguan gerak. Lorig (1986) mengungkapkan hasil penelitian Fakultas Kedokteran Universitas

² Osteoarthritis adalah penyakit sendi degeneratif yang berkaitan dengan kerusakan kartilago (rawan) sendi, biasanya menyerang sendi-sendi besar seperti lutut

³ Osteoporosis adalah penyakit yang ditandai penurunan densitas tulang sehingga tulang menjadi keropos

⁴ Rheumatoid Arthritis adalah penyakit autoimun (terkait kekebalan tubuh) ditandai peradangan cairan sendi, sering juga melibatkan organ tubuh lain

⁵ Gout adalah sekelompok penyakit yang terjadi akibat penumpukan kristal monosodium urat dalam jaringan, dikenal masyarakat dengan penyakit asam urat. Sumber : Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid II. Editor : Sudoyo, A., *et.al* (2006)

Stanford Amerika Serikat yang mendapatkan bahwa masyarakat menghubungkan artritis dengan rasa nyeri (*pain*), ketidakmampuan (*disability*), rasa takut (*fear*), depresi dan kecacatan (*deformity*). Penyakit sendi dihubungkan dengan rasa nyeri, stress emosional bahkan depresi, penggunaan pelayanan kesehatan yang sering, pembatasan aktivitas sehari-hari dan pekerjaan (Hoa, 2003; Joshi et al 2003; Woolf & Pfleger, 2004; WHO, 2003; Gerdle, 2004, Veerapen et.al, 2007; Grotle, 2008) .

Hampir semua penelitian-penelitian tentang artritis/radang sendi menyebutkan nyeri sendi sebagai keluhan utama para penderita arthritis/radang sendi. Di Swedia (Gerdle, 2004) ditemukan prevalensi nyeri sendi kronis sebesar 53,7% pada populasi berusia 18-74 tahun. Di Vietnam (Hoa, 2003) ditemukan prevalensi nyeri sendi sebesar 14,9% pada populasi berusia ≥ 16 tahun. Di Malaysia ditemukan prevalensi nyeri sendi sebesar 21,1% pada populasi berusia ≥ 15 tahun, prevalensi ini akan meningkat menjadi 53,4% pada populasi berusia > 65 tahun (Veerapen et.al, 2007).

Pemerintah Indonesia sebenarnya sudah mulai menaruh perhatian terhadap permasalahan lansia sejak lama. Ada Undang-undang Nomor 4 Tahun 1965 yang mengatur tentang Pemberian Bantuan Penghidupan Orang Jompo. Seiring dengan kesadaran bahwa permasalahan lansia bukan hanya mengenai dimensi ekonomi, peraturan disempurnakan menjadi Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. Ada pula Peraturan Pemerintah Nomor 43 tahun 2004 yang mengatur tentang pelaksanaan upaya peningkatan kesejahteraan lanjut usia. Selain itu melalui Keputusan Presiden No 52 tahun 2004 telah dibentuk Komisi Nasional Lanjut Usia yang memberikan saran dan pertimbangan kepada Presiden dalam penyusunan kebijakan upaya peningkatan kesejahteraan lanjut usia (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2008)

Sebagai wujud nyata pelayanan sosial dan kesehatan pada kelompok usia lanjut ini, pemerintah telah mencanangkan pelayanan pada lansia melalui beberapa jenjang. Pelayanan kesehatan di tingkat masyarakat adalah Posyandu lansia, pelayanan kesehatan lansia tingkat dasar adalah Puskesmas dan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan adalah Rumah Sakit. Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang

sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka dapat mendapatkan pelayanan kesehatan (Prohealth, 2008).

Meskipun ada banyak peraturan yang dibuat untuk kesejahteraan lansia, namun kenyataannya lansia belum menjadi fokus perhatian pemerintah, masyarakat bahkan kalangan akademisi. Sangat sedikit fasilitas umum yang ditujukan untuk lansia, misalnya potongan harga transportasi, potongan harga obat, dll. Sementara itu, lebih sedikit lagi jumlah lansia yang mendapat informasi mengenai berbagai fasilitas khusus tersebut dan bagaimana mendapatkannya (Abikusno, 2002). Aspek kesehatan lansia pun belum mendapat prioritas. Sampai dengan tahun 2007, jumlah dokter ahli geriatri di Indonesia hanya sekitar 20 orang, dengan lebih dari setengahnya ada di Pulau Jawa. Sementara itu rumah sakit pemerintah yang sudah mempunyai unit pelayanan geriatri terpadu (poliklinik geriatri dan bangsal rawat inap geriatri) hanya ada di RS Cipto Mangunkusumo (Jakarta), RS Dr. Sardjito (Yogyakarta), RS Karyadi (Semarang), RS Hasan Sadikin (Bandung), RS Dr.Sutomo (Surabaya) dan RS Sanglah (Denpasar). Sarana kesehatan khusus lansia tersebut tentu saja tidak sebanding dengan jumlah lansia yang harus dilayani yakni sekitar 20 juta orang lansia (Trihandini, 2007; Soejono, 2009).

Dengan demikian tidaklah terlalu mengherankan jika status kesehatan lansia di Indonesia masih rendah. Berdasarkan Susenas tahun 2003 persentase lansia yang memiliki keluhan kesehatan sebulan terakhir sebelum survey dilakukan adalah sebesar 46,95%. Tahun 2005 angka ini naik menjadi 48,94%. Tahun 2007 persentase lansia yang memiliki keluhan kesehatan semakin meningkat lagi yakni 54,25% (BPS, 2007).

Dalam studi lansia tahun 2007, yang dilakukan dalam rangka menjawab fenomena hasil Susenas 2007 terkait lansia, diperoleh data kualitatif bahwa jenis keluhan yang banyak dialami lansia adalah rematik⁶, asam urat, darah tinggi, sesak nafas/asina, darah rendah, diabetes, kencing batu dan ambein (BPS, 2007).

⁶ Rematik adalah istilah awam untuk berbagai penyakit sendi/tulang. Dalam bidang medis, dikenal sebagai rheumatism. Para ahli rheumatologi bersepakat bahwa istilah ini sebenarnya tidak merujuk pada satu penyakit tertentu, tapi merupakan suatu sindrom (kumpulan gejala dan tanda pada sendi, otot, tulang). Ada berbagai macam jenis penyakit yang menampilkan perwujudan sindrom rematik. *Buku Ajar Geriatri* edisi ke-2, Ed. R. Boedhi-Darmojo, H. Martono, Balai Penerbit FK Universitas Indonesia, Jakarta

Dari hasil studi tentang kondisi sosial ekonomi dan kesehatan lanjut usia (Lansia) yang dilaksanakan Komnas Lansia di 10 propinsi tahun 2006, diketahui bahwa penyakit terbanyak yang diderita Lansia adalah penyakit sendi (52,3%) dibandingkan penyakit-penyakit lain seperti hipertensi, anemia, dan katarak (Komnas Lansia, 2008). Menurut hasil Riskesdas 2007, prevalensi penyakit sendi secara nasional pada segala usia adalah 30,0% berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala (Balitbang Depkes, 2008). Jika dibandingkan dengan hasil temuan Komnas Lansia (52,3%) maka hal ini menunjukkan bahwa lansia lebih beresiko mengalami penyakit sendi daripada pada golongan usia lain.

Terkait dengan masalah sendi, Departemen Kesehatan sudah menetapkan tahun 2000 – 2010 sebagai dekade tulang dan sendi sejak 7 Oktober 2000. Hal ini sejalan dengan program WHO tentang penetapan tahun 2000 – 2010 sebagai Bone and Joint Decade. Penetapan ini muncul dari suatu kesadaran bahwa penyakit otot, sendi dan tulang (muskuloskeletal) merupakan penyakit yang mendatangkan disabilitas dan beban biaya tinggi bagi masyarakat (WHO, 2003).

Menurut Sudoyo, et. al (2006) penyakit rematik pada awalnya menimbulkan ketidakmampuan fisik lalu berkembang menjadi ketidakmampuan sosial. Ketidakmampuan fisik mengakibatkan gangguan pada fungsi muskuloskeletal dasar seperti: membungkuk, mengangkat, berjalan dan menggenggam. Ketidakmampuan sosial menunjuk pada aktivitas sosial yang lebih tinggi seperti makan, memakai baju, pergi ke pasar, dan interaksi dengan orang lain. Lebih dari 85% pasien osteoarthritis terganggu aktivitasnya terutama untuk kegiatan jongkok, naik tangga dan berjalan. Arti dari gangguan jongkok dan menekuk lutut sangat penting bagi pasien osteoarthritis di Indonesia oleh karena banyak kegiatan sehari-hari yang tergantung kegiatan ini khususnya Sholat dan buang air besar.

Untuk itu, supaya penyakit sendi tidak menimbulkan beban sosial dan ekonomi yang lebih banyak, mereka yang menderita penyakit sendi seharusnya mendapat pengobatan yang tepat. Pengobatan yang tepat, meskipun tidak dapat menyembuhkan sendi yang terlanjur rusak, namun dapat mengurangi gejala dan progresivitas penyakit. Sehingga penderita tetap dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan terjaga kualitas hidupnya.

Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat sangat menarik untuk diamati. Di tengah era globalisasi dan modernisasi ini, ternyata masyarakat tidak begitu saja percaya 100% pada sistem pengobatan modern. Baru-baru ini ada fenomena "Dukun Cilik Ponari", anak SD yang dikenal mampu menyembuhkan penyakit dengan batu yang didapat setelah tersambar petir. Masyarakat rela antri berjam-jam dan berdesak-desakan untuk dapat mendapatkan kesembuhan di tempat praktek Ponari (www.kompas.com, 2009). Ada yang menganalisa fenomena ini dari sisi kepercayaan dan tradisi masyarakat, terutama masyarakat Jawa, yaitu fenomena "dukun tiban". Istilah ini untuk menggambarkan kemampuan menyembuhkan yang dimiliki seseorang secara tiba-tiba, biasanya melalui peristiwa gaib. Ada pula yang memandang secara lebih luas dengan mengaitkan fenomena ini dengan paham mesianisme. Paham ini dilatarbelakangi kondisi masyarakat yang mengalami banyak tekanan dan kesulitan, wabah penyakit, dll, sehingga muncullah impian dan harapan mereka akan datangnya seorang yang diharapkan mampu berperan sebagai penolong, penyelamat, atau pembebas dari penderitaan masyarakat, termasuk dalam hal penyembuhan sakit dan penyakitnya. Ada pula kalangan yang memandang fenomena kesembuhan ini hanya sekedar peranan faktor sugesti masyarakat terhadap pengobatan (Djarir, 2007; Toha, 2009; Thohir, 2009)

Penelitian Gotzadse, et.al (2005) di Tbilisi, Georgia menyatakan bahwa pola pencarian pengobatan dipengaruhi faktor sosiodemografis yakni jumlah anggota keluarga, jenis kelamin, usia, pendidikan, pendapatan dan keseriusan penyakit yang dirasakan. Penelitian di 10 negara bagian di Amerika Serikat (Goskin dan Hoffman, 2000) mendapatkan bahwa hal yang berpengaruh pada penggunaan pelayanan kesehatan adalah jenis kelamin, usia, ras dan *coverage* (penjaminan) asuransi. Di Oregon, Amerika Serikat pengguna pelayanan kesehatan yang lebih sering (*high user*) adalah lansia dengan karakteristik memiliki usia lebih tua, memiliki penyakit kronis (arthritis, darah tinggi, penyakit jantung, dll), merasa bahwa kondisi kesehatan buruk dan mengalami stress psikologis (Freeborn, 1990).

Penelitian terhadap lansia yang mengalami masalah kesehatan jiwa lansia di Amerika Serikat (Husaini, 2002) mendapati bahwa ras/etnis dan jenis kelamin

lansia berpengaruh terhadap penggunaan pelayanan kesehatan. Di Indonesia, pasien yang tidak berobat atau mengobati sendiri jika mengalami gangguan jiwa adalah mereka dengan sosial ekonomi rendah, tidak menganggap sebagai gangguan, tidak menganggap sebagai suatu hal yang gawat, tidak menganggap jiwa mengganggu/serius, tidak mendapat anjuran dan tidak bekerja (Rahajeng, 1996).

Vali dan Walkup (1998) menemukan bahwa adanya tingkat keparahan penyakit, disabilitas dan depresi akan mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan pada pasien arthritis di Amerika Serikat. Neame dan Hammond (2005) melakukan penelitian di Inggris mengenai kepatuhan berobat pasien dengan rheumatoid arthritis. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat adalah persepsi mengenai kebutuhan pengobatan, persepsi mengenai efek samping pengobatan, rasa putus asa karena penyakit dan ketidakmampuan yang diakibatkan penyakit.

Sementara penelitian kualitatif di Belanda (Uden-Kraan, 2008) terhadap pasien kanker, pasien dengan nyeri pada otot dan pasien arthritis mendapatkan bahwa kelompok dukungan *online* (melalui internet) berpengaruh positif terhadap rasa percaya diri saat berhubungan dengan dokter, proses pengobatan, penerimaan terhadap penyakit, peningkatan rasa optimis, peningkatan harga diri dan kesejahteraan sosial. Penelitian kualitatif terhadap lansia di Hong Kong (Holroyd, 2002) mendapati bahwa lansia di Hong Kong baru pergi ke pelayanan kesehatan modern (*western medicine practitioner*) jika mereka menganggap bahwa kondisi penyakit mereka serius (misalnya infeksi atau nyeri hebat). Jika mereka menganggap bahwa penyakit mereka tidak serius, mereka cenderung menggunakan obat-obatan tradisional China atau pergi ke praktisi pengobatan China.

Dari uraian di atas, nampak bahwa perilaku pencarian pengobatan dapat bervariasi tergantung siapa yang berobat, jenis penyakit dan lokasi penelitian. Golongan lansia diperkirakan juga mempunyai pola tersendiri dalam pencarian pengobatan. Menurut Susenas 2007, 63,13% lansia mengobati dirinya sendiri. Masih menurut Susenas 2007, proporsi lansia yang menggunakan obat tradisional lebih banyak daripada proporsi pada penduduk semua umur yakni 12,32%

dibandingkan 8,26%. Sedangkan proporsi lansia yang menggunakan obat modern lebih kecil dibanding proporsi pada penduduk semua umur yakni sebesar 55,08% dibanding 67,84% (BPS, 2007). Bahkan menurut Abikusno (2002), lansia pada suku bangsa/etnis tertentu akan memiliki pola pengobatan tertentu. Misalnya lansia suku Batak cenderung pergi pada penyedia layanan kesehatan setempat, sedangkan lansia Jawa dan Bali cenderung mengandalkan obat-obat yang dijual secara bebas. Sementara lansia Suku Bugis akan lebih mengandalkan perawatan keluarga jika mereka sakit.

Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan propinsi dengan proporsi lansia terbesar yakni 14,04% dibandingkan dengan proporsi nasional yakni 8,42% (BPS, 2007; Balitbang Depkes, 2008; BPS-DIY, 2008). Kota Yogyakarta memiliki UHH tertinggi (72,9 tahun) dibandingkan kabupaten-kabupaten lain di Propinsi DIY, yakni Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunung Kidul, Kabupaten Kulon Progo dan Kabupaten Sleman. Propinsi yang luasnya sekitar 3.186 Km² (atau sekitar 5 kali luas propinsi DKI Jakarta) ini memiliki banyak alternatif sarana kesehatan seperti 24 rumah sakit umum dan 18 rumah sakit khusus, 560 Puskesmas dan Puskesmas Pembantu, 333 praktek dokter swasta, 587 praktek bidan, 91 klinik/balai pengobatan, 289 apotek, 53 toko obat berijin, 29 industri obat tradisional dan 30 industri kecil obat tradisional (BPS-DIY, 2008). Sementara itu, jumlah obat dan pengobat tradisional yang terdaftar di Dinas Kesehatan Propinsi DIY ada sebanyak 60 obat dan pengobat tradisional yang terdaftar. Sedangkan obat dan pengobat tradisional yang tidak terdaftar jumlahnya jauh lebih banyak daripada yang sudah terdaftar (Bapeda DIY, 2008). Meskipun jumlah sarana kesehatan banyak, namun sebagian besar sarana kesehatan ini ada di Kota Yogyakarta yang luas wilayahnya hanya 32,5 km² atau 1,02% dari keseluruhan luas propinsi DIY (BPS-DIY, 2008).

Seiring dengan peningkatan jumlah populasi lansia, Kota Yogyakarta harus menghadapi beban akibat penyakit degeneratif termasuk penyakit sendi/rematik. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa lansia cenderung untuk mengobati sendiri penyakitnya dan menggunakan obat tradisional (Abikusno, 2008; BPS 2007). Yang patut dicemaskan adalah bahwa obat-obat untuk rematik biasanya merupakan obat anti radang dan anti nyeri yang dapat menimbulkan efek

samping pada lambung. Dampak langsung jenis obat tersebut adalah merusak dinding dalam lambung dan faktor pelindung lambung. Gejala klinisnya dapat ringan sampai berat. Kadang pasien tidak merasakan apa-apa meskipun sebenarnya obat tersebut telah menyebabkan kerusakan di lambungnya. Gejala yang kerap timbul sebagai efek samping, antara lain gangguan maag berupa rasa sakit atau tidak nyaman di ulu hati, mual, muntah, perlukaan di lambung dan usus dua belas jari, hingga terbentuknya tukak/borok pada kedua organ tersebut. Tukak ini dapat menimbulkan perdarahan saluran cerna bagian atas dan jika berlanjut dapat menimbulkan kematian (Sudoyo, 2006)

Penggunaan obat tradisional juga belum tentu 100% mengandung bahan alami dan aman dari efek samping . Buktinya selama tahun 2008, Balai Besar Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) di Yogyakarta menemukan 335 jenis obat tradisional yang ternyata mengandung bahan-bahan kimia (www.yogyakartaonline.com, 2009). Bahan-bahan ini dapat menimbulkan keracunan dan bahaya bagi organ-organ tubuh seperti saluran cerna, hati, ginjal, dll.

Dari uraian dia atas, terlihat bahwa penyakit sendi dapat menimbulkan disabilitas pada lansia sehingga seharusnya lansia yang memiliki keluhan rematik pergi ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan yang adekuat. Di lain pihak, penggunaan obat-obat rematik secara irrasional dapat menimbulkan efek samping yang merugikan kesehatan lansia. Untuk itu peneliti ingin mengetahui perilaku pengobatan seperti apa yang dilakukan lansia yang mengalami keluhan rematik di Kota Yogyakarta dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi hal tersebut.

1.2. Rumusan Masalah

Agar berbagai jenis penyakit sendi tidak menimbulkan beban sosial dan ekonomi yang lebih banyak, mereka yang menderita penyakit ini seharusnya mendapat pengobatan yang adekuat. Berbagai penelitian perilaku pencarian pengobatan mendapatkan hasil yang bervariasi. Golongan lansia juga mempunyai pola tersendiri dalam pencarian pengobatan. Menurut Susenas 2007, 63,13% lansia mengobati dirinya sendiri. Selain itu lansia lebih banyak menggunakan obat

tradisional dibandingkan populasi umum yakni 12,32% dibandingkan 8,26%. Sedangkan proporsi lansia yang menggunakan obat modern lebih kecil dibanding proporsi umum yakni sebesar 55,08% dibanding 67,84% (BPS, 2007). Abikusno (2002) menyatakan lansia Suku Jawa dan Suku Bali cenderung mengandalkan obat-obat yang dijual secara bebas di toko-toko atau warung obat.

Obat-obat reumatik dapat menimbulkan efek samping bagi lambung berupa gangguan maag, perlukaan di lambung dan usus dua belas jari, hingga terbentuknya tukak/borok pada kedua organ tersebut dan akhirnya menjadi perdarahan saluran cerna. Sementara penggunaan obat tradisional yang mengandung bahan-bahan kimia justru akan menimbulkan keracunan dan membahayakan organ-organ tubuh seperti saluran cerna, hati, ginjal, dll.

Terkait dengan karakteristik demografi Kota Yogyakarta dan berbagai resiko yang dapat terjadi karena penggunaan obat bebas untuk reumatik secara irrasional, maka perlu diteliti determinan apa saja yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan reumatik di Kota Yogyakarta .

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah: Apa saja determinan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan reumatik di Kota Yogyakarta Tahun 2009?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketuinya determinan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan reumatik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuinya gambaran perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan reumatik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

2. Diketuinya determinan apa saja yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009
3. Diketuinya determinan yang paling dominan mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

1.5. Manfaat penelitian

Diharapkan penelitian ini akan menghasilkan beberapa manfaat sehubungan dengan kesehatan lansia :

1. Bagi Perencana Program Kesehatan Lansia

Memberikan informasi dan data mengenai perilaku pencarian pengobatan pada lansia di Kota Yogyakarta dan variabel-variabel apa saja yang mempengaruhi sehingga dapat mejadi masukan dalam pembuatan program terkait kesehatan lansia

2. Bagi FKM UI

Hasil penelitian ini dapat memperkaya informasi mengenai penggunaan teori-teori dalam ilmu perilaku dan promosi kesehatan khususnya tentang perilaku pencarian pengobatan dan ilmu kesehatan lansia

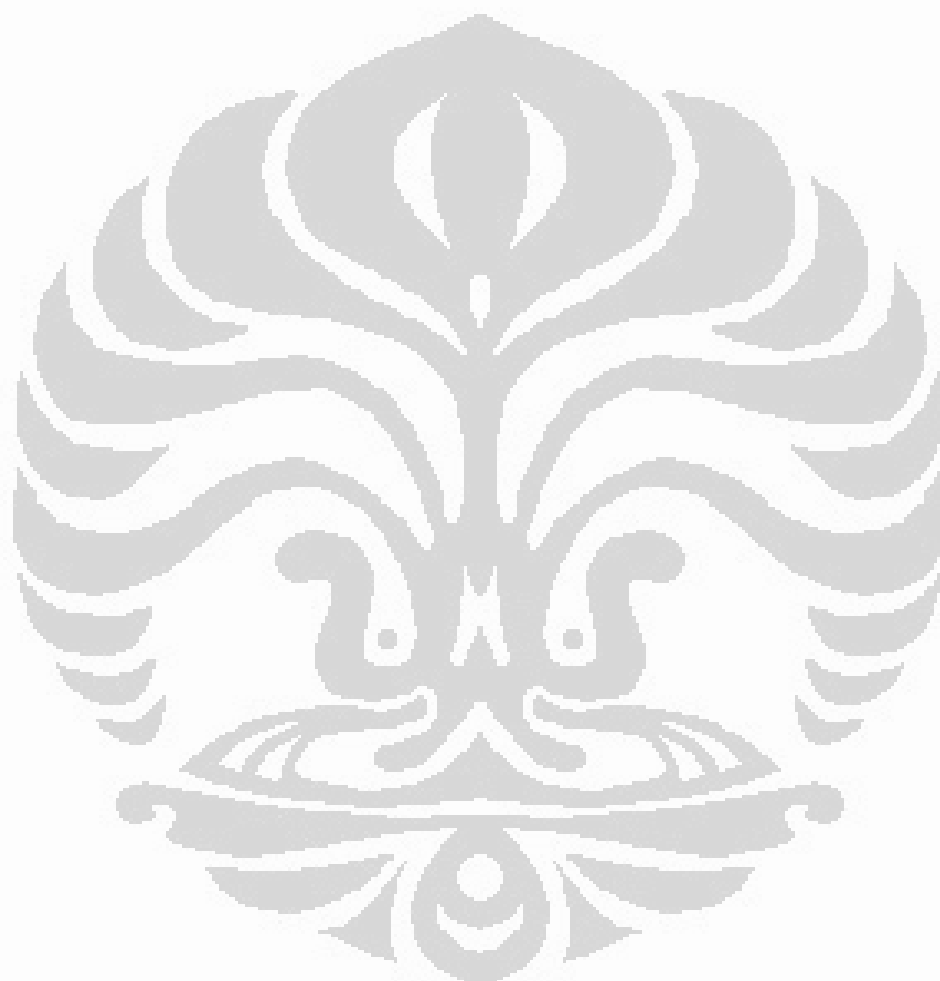
3. Bagi Peneliti Lain

Memberikan informasi dan fakta yang dapat digunakan untuk pengembangan penelitian mengenai lansia daerah yang lain atau dengan jenis penyakit yang berbeda.

1.6. Ruang Lingkup

Penelitian ini bertujuan mengetahui untuk mendapatkan informasi deteminan apa saja yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009. Yang menjadi subyek penelitian ini adalah lansia yakni mereka yang sudah berusia 60 tahun ke atas dan tinggal di wilayah kota Yogyakarta. Data merupakan data primer yang diambil dengan alat bantu kuisisioner pada Bulan Mei 2009. Variabel yang dikaji adalah usia, jenis kelamin, suku/etnis, pendidikan, pekerjaan, pendapatan tetap,

pendapatan tambahan, kepesertaan dalam Posyandu Lansia, persepsi kegawatan penyakit, persepsi akibat penyakit, anjuran keluarga/teman, adanya orang yang mengantar berobat, lama sakit dan adanya asuransi kesehatan terhadap perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan nyeri sendi.



BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Proses Menua

2.1.1. Teori-teori Proses Menua

Setiap makhluk hidup, termasuk manusia secara alamiah, proses menua atau menjadi tua (*aging*) akan dialami oleh setiap manusia. Proses menua bukan merupakan suatu penyakit, melainkan suatu masa atau tahap hidup manusia, yaitu; bayi, kanak-kanak, dewasa, tua, dan lanjut usia. Constantides dalam Boedhi-Darmojo R (2000) mendefinisikan "Menua sebagai suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan kemampuan jaringan untuk memperbaiki/ mengganti diri serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas/trauma dan infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita". Perkembangan ilmu pengetahuan dan berbagai penemuan baru dalam bidang genetika dan biomolekular mempengaruhi banyaknya teori yang mencoba menerangkan mengenai terjadinya proses penuaan. Berikut ini adalah beberapa teori menua.

Teori *Genetic Clock* jam genetik menjelaskan bahwa menua telah diprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Tiap spesies mempunyai jam genetik di dalam *nuclei* (inti selnya) yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis (pembelahan sel) dan menghentikan replikasi sel bila tidak berputar. Jadi menurut konsep ini, bila "jam" kita berhenti maka kita akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir yang katastروفal. Konsep *genetik clock* ini merupakan cara menerangkan mengapa pada beberapa spesies terlihat adanya perbedaan harapan hidup yang nyata. Misalnya manusia dapat mencapai 116 tahun, sedangkan beruang mencapai 47 tahun, kucing mencapai usia 40 tahun dan anjing mencapai usia 27 tahun (Kendig & Hutton 1979 dalam R. Boedi-Darmojo, 2000). Secara teoritis dapat dimungkinkan memutar jam ini lagi meski hanya untuk beberapa waktu dengan pengaruh-pengaruh dari luar, berupa peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit atau tindakan-tindakan tertentu.

Menurut teori *Error Catastrophe*, menua disebabkan oleh kesalahan-kesalahan yang secara beruntun terjadi selama pembelahan sel dalam sepanjang kehidupan manusia. Kesalahan dapat terjadi dalam proses transkripsi (penyalinan kode DNA¹ menjadi RNA²) maupun proses translasi (penerjemahan RNA menjadi protein/enzim). Kesalahan tersebut menyebabkan pembentukan enzim menjadi salah. Pada suatu titik hal ini mengakibatkan proses metabolisme menjadi salah sehingga fungsional sel menjadi terganggu (R. Boedi-Darmojo, 2000).

Sementara teori penuaan yang terkait sistem kekebalan tubuh menjelaskan bahwa mutasi (perubahan yang terjadi pada bahan genetik) dalam proses pembelahan sel dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (*self recognition*). Jika mutasi menyebabkan adanya kelainan pada sel, maka sistem imun tubuh akan mengenal sel ini sebagai sel asing dan menghancurkannya. Peristiwa ini menjadi dasar terjadinya berbagai kelainan autoimun (Goldstein 1989 dalam R. Boedi-Darmojo, 2000).

Metabolisme juga dipandang sebagai salah satu penyebab proses menua. Proses metabolisme akan menghasilkan zat-zat sisa yang bersifat toksis. Zat-zat ini banyak yang tertumpuk pada membran sel sehingga proses regulasi keluar masuknya natrium dan kalium yang sangat penting bagi kehidupan sel akan terganggu. Pada jangka panjang, hal ini akan mempengaruhi fungsi fisiologis tubuh.

Teori yang sangat populer dalam masyarakat adalah teori menua yang berkaitan dengan radikal bebas. Teori ini dikembangkan oleh Denham Harman, seorang dokter di Universitas Nebraska tahun 1956. Radikal bebas adalah molekul yang mempunyai elektron bebas sehingga sangat reaktif terhadap molekul-molekul yang sehat. Yang menjadi masalah reaksi antara molekul radikal bebas dengan molekul sehat justru akan merusak molekul sehat tersebut. Radikal bebas dapat dihasilkan oleh gaya hidup yang kurang sehat misalnya diet, rokok, alkohol

¹ Asam deoksiribonukleat (*deoxyribonucleic acid=DNA*), adalah sejenis asam nukleat yang umumnya terletak di dalam inti sel. Peran DNA di dalam sebuah sel adalah sebagai materi genetik; artinya, DNA menyimpan cetak biru bagi segala aktivitas sel.

² Asam ribonukleat (*ribonucleic acid=RNA*) senyawa yang merupakan bahan genetik dan memainkan peran utama dalam ekspresi genetik. Dalam dogma pokok (central dogma) genetika molekular, RNA menjadi perantara antara informasi yang dibawa DNA dan ekspresi fenotipik yang diwujudkan dalam bentuk protein. Perbedaan RNA dengan DNA terletak pada satu gugus hidroksil tambahan pada cincin gula ribosa (sehingga dinamakan ribosa).

Sumber : <http://id.wikipedia.org/wiki/> [3 April 2009]

dan juga proses radiasi. Tanpa ada pemicu dari gaya hidup tidak sehat pun, sebetulnya secara alami tubuh juga memproduksi radikal bebas. Radikal bebas ini merupakan hasil sampingan dari proses pembentukan energi dalam tubuh yang berasal dari aktivitas makan, minum dan bernafas (R. Boedi-Darmojo, 2000; <http://www.antiaging-systems.com/agetheory.htm>, 2009)

Teori sintesis protein menekankan pada proses pembentukan kolagen dan elastin. Jaringan seperti kulit dan kartilago/tulang rawan kehilangan elastisitasnya pada lansia. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tersebut. Pada lansia beberapa protein dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur yang berbeda dari protein yang lebih muda. Contohnya banyak kolagen³ pada kartilago dan elastin⁴ pada kulit yang kehilangan fleksibilitasnya serta menjadi lebih tebal, seiring dengan bertambahnya usia. Hal ini dapat menjelaskan mengapa pada lansia terjadi perubahan permukaan kulit yang kehilangan elastisitasnya dan cenderung berkerut, juga terjadinya penurunan mobilitas dan kecepatan pada sistem muskuloskeletal (Perdanakusuma, 2008).

2.1.2. Konsep "Menua Sehat" / *Healthy Aging*

Meskipun secara alami manusia akan menjadi tua, namun yang patut diusahakan adalah bagaimana menjadi tua dalam keadaan sehat (*healthy aging*). Inilah yang mendasari timbulnya ilmu gerontologi. Takemi (1977) dalam R. Boedhidarmojo (2000) menyatakan bahwa "*gerontology is concerned primarily with problem of healthy aging rather than the prevention of aging.*"

Di negara-negara maju, peningkatan jumlah populasi lanjut usia diikuti dengan peningkatan berbagai fasilitas pelayanan publik bagi lanjut usia, misalnya penyediaan asuransi dan pelayanan kesehatan khusus lansia, prioritas dalam sistem transportasi bahkan desain bangunan yang memudahkan lansia

³ Kolagen adalah salah satu protein yang menyusun tubuh manusia yang merupakan struktur organik pembangun tulang, gigi, sendi, otot, dan kulit. Serat kolagen memiliki daya tahan yang kuat terhadap tekanan

⁴ Elastin adalah salah satu protein yang bertanggung jawab terhadap elastisitas organ seperti kulit, pembuluh darah, jantung, paru-paru, usus, dll. Elastin dan kolagen bersama-sama membentuk jaringan tubuh dengan fungsi yang berbeda

Sumber : Webster's New World : Medical Dictionary. Dari : <http://www.medicinenet.com/> [3 April 2009]

beraktivitas. Selain itu, untuk mengantisipasi permasalahan kesehatan lansia, negara-negara maju melakukan intervensi kesehatan pada semua kelompok umur, termasuk kelompok umur dewasa muda. Dengan demikian pada saat kelompok ini menjadi lansia, mereka menjadi lansia dengan derajat kesehatan yang baik sehingga mengurangi berbagai resiko penyakit. Dengan demikian di negara-negara tersebut sudah diterapkan konsep menua sehat.

Hal yang berbeda terjadi di negara-negara berkembang. Di negara-negara berkembang, peningkatan umur harapan hidup terutama terjadi karena turunnya angka kematian bayi melalui berbagai program kesehatan dan keluarga berencana. Namun demikian, intervensi pada kelompok umur dewasa muda jarang atau bahkan tidak dilakukan sehingga menghasilkan lansia yang rentan terhadap berbagai penyakit degeneratif dan kecacatan (Trihandini, 2005).

2.1.3. Batasan Lanjut Usia

Masih belum ada kesepakatan mengenai batas usia lanjut di Indonesia, meskipun sudah ditetapkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. Dalam peraturan ini sudah ditetapkan bahwa lansia adalah yang masyarakat yang berusia 60 tahun ke atas. Ini adalah batasan yang dipakai oleh Departemen Sosial. Perserikatan Bangsa-bangsa juga belum menetapkan batasan untuk ini, meskipun batas yang sering dipakai adalah 60 atau 65 tahun ke atas. Batas 60 tahun ke atas dipakai di *World Assembly on Ageing* (www.komnaslansia.or.id, 2008).

Sedangkan batasan usia menurut WHO (Kurniawan dan Lembar, 2004) dan adalah sebagai berikut:

- i. usia pertengahan (*middle age*) yaitu kelompok usia 45 sampai 59 tahun
- ii. lanjut usia (*elderly*) adalah kelompok antara 60 sampai 74 tahun
- iii. lanjut usia tua (*old*) adalah kelompok usia antara 75 sampai 90 tahun
- iv. usia sangat tua (*very old*), diatas 90 tahun.

Meskipun menganut batasan WHO, negara-negara maju di Eropa dan Amerika lebih sering memakai batas lansia pada usia lebih atau sama dengan dari 65 tahun. (Boedhi-Darmojo, 1999)

Departemen Kesehatan Republik Indonesia membuat pengelompokan lansia menjadi :

- i. Kelompok pertengahan umur : ialah kelompok usia dalam masa virilitas, yaitu masa persiapan usia lanjut, yang menampakkan keperkasaan fisik dan kematangan jiwa (45-54 tahun).
- ii. Kelompok usia lanjut dini : ialah kelompok dalam masa prasenium, yaitu kelompok yang mulai memasuki usia lanjut (55-64 tahun).
- iii. Kelompok usia lanjut : ialah kelompok dalam masa senium (65 tahun ke atas).
- iv. Kelompok usia lanjut dengan risiko tinggi : yaitu kelompok yang berusia lebih dari 70 tahun, atau kelompok usia lanjut yang hidup sendiri, terpencil, tinggal di panti, menderita penyakit berat, atau cacat (Depkes 1991 dalam Nursasi & Fitriyani 2002)

2.2. Aspek Biopsikososial Lansia

2.2.1. Aspek Psikososial Lansia

Selain berbagai masalah terkait aspek biologi, lansia juga mengalami masalah-masalah terkait aspek sosiopsikologik. Masalah psikologik pada awalnya timbul karena sikap mereka sendiri terhadap proses menua yang mereka alami. Banyak lansia yang merasa kebingungan dengan berbagai kemunduran yang mereka hadapi. Keadaan ini pada sekitar tahun 1960-an melahirkan disengagement theory, yaitu penarikan diri seseorang dari masyarakat saat memasuki masa tua/masa pensiun. Hal ini dianggap dapat membantu seseorang memasuki fase lansia karena dapat memberikan waktu dan ruang bagi lansia untuk merenung dan mencari jawaban terhadap berbagai pertanyaan terkait proses menua. Pada dekade 80-an, lahir suatu pendapat bertentangan yang justru banyak didukung oleh kalangan ilmiah. Pendapat ini menganjurkan lansia untuk tetap aktif terlibat secara sosial/ *social involvement* (Koentjoro, 2002; Boedhi-Darmojo, 1999).

Salah satu contoh yang sering disebutkan terkait keterlibatan sosial ini adalah pendirian University of The Third Age (U3A). Ini adalah suatu komunitas pembelajaran di negara Inggris bagi para lansia yang sudah memasuki usia

pensiun. Komunitas ini dikerjakan secara sukarela untuk memberikan kesempatan bagi lansia untuk saling berbagi pengalaman dan keahlian. Ada 300 bidang yang dapat dipelajari lansia mulai dari melukis, musik, bahasa, sejarah, ilmu alam, computer, fotografi sampai kegiatan olah raga. U3A mempunyai banyak perwakilan di seluruh Inggris dan membentuk kelompok-kelompok mulai dari 12 orang, 250 orang sampai dengan 2000 orang (<http://www.u3a.org.uk/>, 2007). Contoh ini menunjukkan bahwa meskipun sudah memasuki usia tua, lansia tetap saja membutuhkan lingkungan sosial untuk bergaul.

Di Hongkong, lansia yang merasa tidak dapat mengandalkan keluarga untuk menemani mereka memilih berkumpul dengan teman-teman sebaya. Kebiasaan ini dilakukan sambil minum teh di pagi hari di kedai-kedai teh setempat (Holroyd, 2002). Tetap optimis dan produktif di masa tua sudah menjadi kebutuhan bagi lansia karena kedua hal ini dipercaya dapat menjaga mereka tetap sehat dan mencegah stres, depresi bahkan kepikunan (Abikusno, 2002). Masih dalam penelitian yang sama, Abikusno menemukan bahwa lansia Suku Batak, Jawa, Bali menganggap bahwa berkomunikasi dan menjaga hubungan dengan sesama lansia merupakan bagian penting dalam kehidupan mereka.

2.2.2 Aspek Biologi Lansia

Sebagaimana dijelaskan dalam teori-teori proses menua, sel-sel tubuh lansia mengalami perubahan yang signifikan. Hal ini akan berpengaruh terhadap kondisi organ-organ tubuh lansia. Pada sistem persarafan, di mana jika terjadi kerusakan, sel-selnya tidak dapat pulih 100% seperti semula, akan terjadi penurunan berat otak 5 – 20%, ukuran otak mengecil, hubungan persarafan menurun sehingga lambat dalam merespon dan membutuhkan waktu untuk bereaksi. Saraf-saraf panca indera akan mengecil dan lansia menjadi kurang sensitif terhadap sentuhan. Pada sistem pendengaran dapat terjadi gendang telinga yang makin mengecil dan mengeras sehingga tidak peka terhadap getaran suara dan mengakibatkan berkurangnya pendengaran. Sistem penglihatan ditandai dengan penurunan daya akomodasi mata, lensa mata menjadi lebih keruh (katarak), daya adaptasi terhadap gelap dan terang menjadi lebih lambat.

Elastisitas dinding serambi jantung menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun. Kehilangan elastisitas pembuluh darah dapat menyebabkan lansia rentan menderita tekanan darah tinggi. Otot-otot pernafasan lansia akan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas dari silia⁵. Paru-paru kehilangan elastisitas sehingga menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun. Pada sistem pencernaan, lansia mengalami hilangnya gigi, penurunan sensitivitas indera pengecap, waktu pengosongan lambung sehingga jarang merasa lapar. Gerakan peristaltik usus melemah sehingga lansia sering mengalami sulit buang air besar. Otot-otot daerah panggul dan kandung kemih melemah, sehingga sulit menahan buang air kecil dan frekuensi buang air kecil meningkat. Hal ini sering dikenal dengan kondisi *incontinensia urine*. Lansia akan mengalami penurunan hormon-hormon tubuh termasuk hormon-hormon yang mempengaruhi fungsi reproduksi seperti progesterone, estrogen dan testosteon (Nugroho, 2000)

Kulit lansia akan menjadi keriput karena kehilangan elastin, berkurangnya cairan dan jaringan lemak berkurang. Permukaan kulit kasar dan bersisik, kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu, rambut dalam hidung dan telinga menebal, kuku jari menjadi keras, kelenjar ringat berkurang jumlahnya dan fungsinya. Tulang akan kehilangan kepadatannya dan makin rapuh (osteoporosis). Persendian membesar dan menjadi kaku, serabut otot mengecil sehingga gerak seseorang menjadi lambat, otot-otot kram dan menjadi tremor/gemetar (Boedhidarmojo, 2000; Nugroho, 2000)

2.3. Rematik

2.3.1. Pengertian Rematik

Perubahan-perubahan akan terjadi pada tubuh manusia sejalan dengan makin meningkatnya usia. Salah satu perubahan yang terjadi adalah perubahan pada sistem muskuloskeletal dan jaringan lain yang ada kaitannya dengan

⁵ Silia/ *cilia* adalah rambut-rambut getar halus yang terdapat di saluran pernafasan. Rambut-rambut ini mempunyai fungsi perlindungan bagi saluran pernafasan karena gerakan bergetarnya dapat menyapu partikel/benda asing dan cairan/lendir yang ada dalam saluran nafas. Sumber : Webster's New World : Medical Dictionary. Dari : <http://www.medicinenet.com/> [3 April 2009]

timbulnya rematik. Meskipun masyarakat awam menganggap rematik adalah suatu penyakit, namun menurut kesepakatan ahli rheumatologi, rematik bukan merupakan suatu penyakit. Rematik lebih tepat jika disebut sebagai sindrom (kumpulan gejala). Golongan penyakit yang menampilkan gejala rematik cukup banyak, namun semuanya menunjukkan kesamaan ciri. Dari kesepakatan para ahli, ada tiga keluhan utama yang berhubungan dengan rematik yakni rasa nyeri, kekakuan sendi (terutama di pagi hari saat bangun tidur) dan kelemahan. Sedangkan tiga tanda yang menyertai adalah pembengkakan sendi, kelemahan otot dan gangguan gerak (Soenarto, 1999).

2.3.2. Macam-macam Penyakit Rematik

Pada abad 21 ini sudah dikenal lebih dari 100 jenis rematik. Jenis, berat dan penyebaran penyakit rematik dipengaruhi beberapa faktor seperti umur, jenis kelamin, genetik dan faktor lingkungan. Dari sekian banyak penyakit rematik, yang paling banyak terjadi pada lansia adalah dijumpai adalah osteoarthritis, artritis rheumatoid, artritis gout dan osteoporosis (Soenarto, 1999; Sudoyo, 2006).

2.3.2.1. Osteoarthritis

Osteoarthritis adalah sekelompok penyakit yang overlap dengan etiologi (penyebab) penyakit yang berbeda-beda, namun mengakibatkan kelainan biologis, morfologis dan gambaran klinis yang sama. Proses penyakitnya tidak hanya mengenai rawan sendi namun juga mengenai seluruh sendi, termasuk tulang subkondral, ligamentum, kapsul dan jaringan sinovial dan jaringan ikat periartikular. Osteoarthritis banyak dijumpai dan prevalensinya meningkat pada lanjut usia.

Gejala yang sering dikeluhkan pasien dengan osteoarthritis adalah nyeri, hambatan gerakan sendi, kaku pada pagi hari, krepitasi (rasa gemeretak), pembesaran sendi. Pemeriksaan fisik dapat mendapatkan hal-hal di bawah ini :

- Hambatan pergerakan sendi
- Krepitasi pada saat sendi digerakkan atau dilakukan manipulasi pasif
- Pembengkakan sendi yang seringkali asimetris. Pembengkakan ini biasanya timbul karena adanya efusi (penumpukan cairan) pada sendi

yang tidak banyak (< 100 cc). Sebab lain karena adanya osteofit yang dapat mengubah permukaan sendi.

- Tanda-tanda peradangan pada sendi (nyeri tekan, gangguan gerak, rasa hangat yang merata dan warna kemerahan) mungkin dijumpai karena adanya sinovitis. Biasanya tanda-tanda ini tidak menonjol dan timbul belakangan, seringkali ditemukan di lutut, pergelangan kaki, sendi-sendi kecil tangan dan kaki.
- Perubahan bentuk (deformitas) sendi yang permanen. Perubahan ini dapat timbul karena adanya kontraktur sendi yang lama, perubahan permukaan sendi, berbagai kecacatan dan gaya berdiri dan perubahan pada tulang dan permukaan sendi.
- Perubahan gaya berjalan. Keadaan ini hampir selalu berhubungan dengan nyeri karena menjadi tumpuan berat badan. Terutama dijumpai pada Osteoarthritis lutut, sendi paha dan Osteoarthritis tulang belakang dengan stenosis spinal. Pada sendi-sendi lain seperti tangan dan bahu, siku dan pergelangan tangan, osteoarthritis juga menimbulkan gangguan fungsi.

Gambaran radiografi sendi yang mendukung diagnosis osteoarthritis adalah:

- Penyempitan celah sendi yang seringkali asimetris (lebih berat pada bagian yang menanggung beban tubuh)
- Peningkatan densitas (sclerosis) tulang subkondral
- Kista Tulang
- Osteofit pada pinggir sendi
- Perubahan struktur anatomi sendi

2.3.2.2. Osteoporosis

Osteoporosis adalah penyakit tulang sistemik yang ditandai dengan penurunan densitas massa tulang dan perburukan mikro struktur tulang sehingga tulang menjadi rapuh dan mudah patah. Pada tahun 2001, National Health Institute mengajukan definisi baru osteoporosis sebagai *compromised bone strength* sehingga tulang mudah patah. Pada studi epidemiologi di Bandung, Jawa Tengah, diketahui bahwa jumlah pasien osteoporosis meningkat bermakna setelah usia 45 tahun terutama pada wanita (Sudoyo, 2006).

2.3.2.3. Gout

Jenis penyakit rematik lain yang sering terjadi adalah gout, yaitu sekelompok penyakit yang terjadi akibat penimbunan kristal monosodium urat di jaringan. Deposit ini berasal dari cairan ekstra seluler yang sudah mengalami perubahan dari hasil akhir metabolisme purin yakni asam urat. Lebih dari 90% gout primer terjadi pada laki-laki sedangkan pada wanita jarang sebelum menopause. Manifestasi klinis gout meliputi artritis gout (gout pada sendi), tofus, batu asam urat saluran kencing dan nefropati gout (gout pada ginjal). Artritis gout dikenal masyarakat awam sebagai penyakit asam urat. Selama ini banyak kesalahan mispersepsi yaitu hampir semua keluhan rematik (nyeri, kaku, bengkak sendi) dianggap sebagai kelainan akibat asam urat. Bahkan sejumlah kalangan medis juga masih memiliki pemahaman yang serupa.

Artritis gout biasanya bersifat akut dan timbul dalam waktu yang sangat cepat. Pasien tidur tanpa gejala apa-apa. Pada saat bangun pagi terasa sakit hebat dan tidak dapat berjalan. Nyeri biasanya hanya pada satu sendi, terutama sendi ibu jari kaki dan terasa hangat, bengkak dan warna kemerahan. Kadang disertai demam seluruh tubuh, menggigil dan merasa lelah. Apabila proses penyakit berlanjut dapat meyerang sendi lain seperti pergelangan tangan/kaki, lutut dan siku. Serangan akut digambarkan sebagai berikut : sembuh dalam beberapa hari sampai beberapa minggu jika tidak diobati, dapat kambuh lagi dan interval serangan singkat dan dapat mengenai beberapa sendi. Faktor pencetus serangan akut antara lain trauma lokal, diet tinggi purin, kelelahan fisik, stress, dll. Kadar asam urat belum tentu menjadi pertanda adanya artritis gout. Hasil penelitian Logan dkk (1997) menunjukkan 40% pasien artritis gout mempunyai kadar asam urat normal. Penelitian Tehupeiroy (1992) menunjukkan bahwa 21% artritis gout tidak disertai peninggian asam urat (Sudoyo, 2006).

2.3.2.4. Artritis Rheumatoid

Artritis rheumatoid adalah penyakit autoimun yang ditandai dengan adanya sinovitis erosif yang simetris dan pada beberapa kasus disertai keterlibatan jaringan ekstra artikuler. Dampak penting dari penyakit ini adalah kerusakan sendi dan kecacatan. Kerusakan sendi terjadi terutama pada dua tahun

pertama perjalanan penyakit. Selain pada lansia, artritis reumatoid juga dapat menjerang masyarakat usia produktif sehingga memberi dampak sosial ekonomi yang besar.

Tabel 2.1. Kriteria American Rheumatism Association untuk Artritis Rheumatoid Revisi Tahun 1987

No	Kriteria	Definisi
1.	Kaku pagi hari	Kekakuan pada pagi hari pada persendian dan sekitarnya, sekurangnya selama 1 jam sebelum perbaikan minimal
2.	Artritis pada 3 daerah persendian atau lebih	Pembengkakan jaringan lunak atau persendian atau efusi (bukan pertumbuhan tulang) pada sekurang-kurangnya 3 sendi secara bersamaan yang diobservasi oleh seorang dokter. Dalam kriteria ini terdapat 14 persendian yang memenuhi kriteria yakni PIP, MCP, pergelangan tangan, siku, pergelangan kaki dan MTP kiri dan kanan
3.	Artritis pada persendian tangan	Sekurang-kurangnya terdapat pembengkakan satu persendian tangan seperti pada No (2)
4.	Artritis simetris	Keterlibatan sendi yang sama seperti tertera pada No (2) pada kedua belah sisi (keterlibatan PIP, MCP atau MTP bilateral dapat diterima meskipun tidak mutlak bersifat simetris)
5.	Nodul rematoid	Nodul sub kutan pada penonjolan tulang atau permukaan ekstensor atau daerah juksta artikuler yang diobservasi oleh seorang dokter
6.	Faktor rheumatoid serum positif	Terdapatnya titer abnormal faktor rheumatoid serum yang diperiksa dengan cara yang memberi hasil positif kurang dari 5% kelompok kontrol yang diperiksa
7.	Perubahan gambaran radiologis	Perubahan gambaran radiologist yang khas pada tangan pemeriksaan sinar-X posterior atau pergelangan tangan yang harus menunjukkan adanya erosi atau dekalsifikasi tulang yang berlokasi pada sendi atau daerah yang berdekatan dengan sendi (perubahan akibat osteoarthritis saja tidak memenuhi persyaratan)

Keterangan : PIP : Proximal Interphalangeal (Sendi pada jari-jari tangan), MCP : Metacarpophalangeal (sendi pada telapak tangan), MTP : Metatarsophalangeal (sendi pada telapak kaki) .

Sumber : Sudoyo (2006)

Seseorang dikatakan menderita arthritis rheumatoid jika sekurang-kurangnya memenuhi 4 dari 7 kriteria. Kriteria 1 sampai 4 harus ada (dikeluhkan) minimal selama 6 minggu (Sudoyo, 2006).

2.3.3. Pengobatan Rematik

Penatalaksanaan penyakit rematik merupakan upaya jangka panjang yang memerlukan pengertian dan kerja sama yang baik antara dokter, pasien dan keluarganya. Banyak pasien dan juga dokter yang kurang memahami hal ini sehingga mengakibatkan rendahnya kepuasan pasien dalam pengobatan rematik. Selain itu dokter juga tidak memberikan penjelasan yang cukup kepada pasien. Keadaan tersebut mungkin menjadi faktor penting yang berkaitan dengan banyaknya pasien yang mengobati sendiri penyakit rematiknya dengan menggunakan obat yang kurang tepat atau dicampur jamu.

Obat yang paling sering digunakan dalam terapi rematik adalah obat anti inflamasi non steroid (OAINS) yang mempunyai efek anti nyeri dan anti radang (inflamasi). Obat ini paling banyak dipakai karena relatif aman jika dipakai dalam dosis yang tepat. Obat lain yang dipakai adalah jenis kortikosteroid yang mempunyai efek anti radang. Namun efek samping lokal dan sistemik yang mungkin terjadi mengakibatkan para dokter berhati-hati dalam meresepkan obat ini. Obat lain yang dipakai tergantung jenis rematik. Misalnya pada artiritis gout dengan peninggian kadar asam urat dapat diberikan obat penurun asam urat seperti allopurinol (Sudoyo, 2006). Trend terakhir pengobatan arthritis rheumatoid adalah DMARD atau *Disease Modifying Arthritis Rheumatoid Drugs*. Pengobatan ini selain menghilangkan gejala juga dapat menekan progresivitas penyakit. Beberapa contoh golongan obat yang termasuk dalam DMARD adalah golongan klorokuin, Sulfazalazine, D-penicilamine, garam emas/Auro Sodium Thiomolate, Methotrexate, Cyclosporin A, dll. Selain terapi obat, pada kasus-kasus yang parah dapat dilakukan terapi bedah baik perbaikan sendi maupun penggantian sendi secara total (*joint replacement*) (Neame dan Hammond, 2005; Sudoyo, 2006)

2.3.4. Efek Samping OAINS

Dampak langsung obat anti inflamasi non steroid (OAINS) adalah merusak dinding dalam lambung dan faktor pelindung lambung. Gejala klinisnya dapat ringan sampai berat. Kadang pasien tidak merasakan apa-apa meskipun sebenarnya obat tersebut telah menyebabkan kerusakan di lambungnya. Gejala yang kerap timbul sebagai efek samping, antara lain gangguan maag berupa rasa sakit atau tidak nyaman di ulu hati, mual, muntah, perlukaan di lambung dan usus dua belas jari, hingga terbentuknya tukak/borok pada kedua organ tersebut. Tukak ini dapat menimbulkan perdarahan saluran cerna bagian atas dan jika berlanjut dapat menimbulkan kematian. Resiko perdarahan saluran cerna tersebut akan semakin besar dengan semakin tingginya dosis, pemakaian campuran dan tingginya usia pasien. Tidak jarang dijumpai pasien rematik lansia masuk rumah sakit bukan karena rematiknya melainkan karena efek samping obat atau jamu anti rematik yang diminumnya. Resiko tertinggi kematian akibat perdarahan saluran cerna adalah pada orang tua, pasien yang memakai banyak obat dan pasien dengan penyakit lain (misal ginjal dan hati) (Sudoyo, 2006).

2. 4. Perilaku Pencarian Pengobatan

2.4.1. Konsep Sakit dan Penyakit

Dalam ilmu kesehatan masyarakat dikenal perbedaan konsep antara penyakit (*disease*) dan sakit (*sickness*). Penyakit adalah suatu fenomena obyektif yang ditandai dengan perubahan-perubahan fungsi tubuh sebagai organisme biologis. Perubahan-perubahan ini terjadi sebagai reaksi biologis terhadap organisme, benda asing maupun luka. Sedangkan sakit adalah penilaian seseorang terhadap penyakit yang dialaminya. Dengan demikian sakit lebih merupakan fenomena subyektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak (*feeling unwell*). Perbedaan konsep ini akan menimbulkan permasalahan konsep sehat-sakit dalam masyarakat. Ada sebagian masyarakat yang sebenarnya mempunyai penyakit dan merasakannya sehingga. Ada sebagian masyarakat yang mempunyai penyakit namun tidak merasakannya. Hal ini dapat karena penyakit tidak memberikan gejala pada stadium awal atau orang tersebut mengacuhkan gejala yang memang terjadi atau *denier of illness*. Hal yang demikian ini sering mengakibatkan

keterlambatan dalam mendapatkan pertolongan medis yang adekuat. Sedangkan yang disebut sehat, setidaknya dari kaca mata petugas kesehatan, adalah mereka yang memang tidak ada penyakit dan tidak merasakannya. Kemungkinan lain adalah tidak ada penyakit namun merasakan sakit. Dari sini dikenal istilah kelainan *malingering*⁶ dan *hypochondriac*⁷ (Wollinsky, 1980, Notoatmodjo, 2007).

Parsson (1951) dalam Wolinsky (1980) menyatakan bahwa orang sakit juga mempunyai peran yang dikenal dengan *sick role concept*/peran sakit. Orang sakit dikatakan berhak untuk dibebaskan dari segala tanggung jawab normal pada saat sakit. Selain itu berhak untuk mendapatkan bantuan atau perawatan dari orang lain. Namun di sisi lain, orang sakit wajib berusaha supaya segera sembuh dan juga wajib mencari pertolongan dan bekerja sama dengan petugas kesehatan tersebut supaya segera sembuh.

Notoatmodjo (2007) menjelaskan beberapa kemungkinan perilaku pencarian pengobatan pada seseorang yang merasakan sakit. Kemungkinannya adalah (1) tidak melakukan apa-apa; (2) tindakan mengobati sendiri; (3) ke fasilitas pengobatan tradisional terutama untuk masyarakat pedesaan; (4) membeli obat yang dijual bebas baik di warung obat maupun di tukang jamu; (5) ke fasilitas pengobatan modern baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta dalam bentuk Puskesmas, Balai Pengobatan dan Rumah Sakit dan kemungkinan selanjutnya (6) mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*).

2.4.2. Teori-teori Perilaku Pencarian Pengobatan

Ada banyak sekali model dan kerangka teori untuk menjelaskan mengenai perilaku pencarian pengobatan individu dan masyarakat. Selama tiga dekade sejak tahun 1960-an berkembang model-model penggunaan pelayanan kesehatan. Andersen dan Anderson (1979) dalam Wollinsky (1980) mengategorikan

⁶ Malingering adalah berpura-pura sakit secara sengaja untuk mendapatkan imbalan keuangan/hal lain atau untuk menghindari suatu tugas dan tanggung jawab. Sumber : <http://www.minddisorders.com/Kau-Nu/Malingering.html> [15 April 2009]

⁷ Hypochondriac adalah suatu kelainan mental yang ditandai dengan perhatian dan interpretasi berlebihan terhadap fungsi tubuh. Fungsi normal (misal berkeringat) dan abnormalitas ringan (luka dan nyeri ringan) dianggap sebagai tanda-tanda penyakit yang gawat. Sumber : <http://www.medterms.com/script/main> [15 April 2009]

berbagai model penggunaan pelayanan kesehatan ini menjadi tujuh kategori berdasarkan variabel/determinan yang digunakan.

(1) *Demographic Model*

Tipe-tipe variabel yang dipakai dalam model ini adalah umur, jenis kelamin, status perkawinan dan besarnya keluarga. Penggunaan model ini berdasar asumsi bahwa perbedaaan derajat kesehatan, derajat kesakitan dan penggunaan pelayanan kesehatan berhubungan dengan variabel-variabel di atas.

(2) *Social Structural Model*

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan kebangsaan. Variabel-variabel ini mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat. Pendekatan struktur sosial mengasumsikan bahwa orang-orang dengan latar belakang struktural yang berbeda akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara yang berbeda.

(3) *Social Psychological Model*

Dalam model ini tipe variabel yang dipakai adalah ukuran dari sikap dan keyakinan individu. Variabel-variabel psikologis umumnya terdiri dari empat kategori yakni kerentanan terhadap penyakit yang dirasakan, keseriusan penyakit yang dirasakan, keuntungan yang diharapkan dari suatu pengambilan tindakan dalam mengatasi penyakit dan isyarat yang mendorong individu untuk bertindak.

(4) *Family Resources Model*

Tipe-tipe variabel yang digunakan dalam model ini adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga dan adanya pelayanan kesehatan yang regular, misalnya dokter atau dokter gigi keluarga/pribadi. Sebagai intinya, model ini menekankan kemampuan keluarga untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi anggota keluarga. Asumsi yang digunakan adalah semakin mampu suatu keluarga menyediakan sarana kesehatan maka semakin banyak pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau anggota keluarga. Pada dasarnya ini adalah model ekonomi.

(5) *Community Resources model*

Dalam model ini variabel yang digunakan adalah penyediaan sarana kesehatan dan sumber daya dalam masyarakat, karakter masyarakat (rural versus sub-urban versus urban) dan ketercapaian pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Pada dasarnya ini merupakan model ekonomi yang berfokus pada penyediaan sarana kesehatan di wilayah geografis tertentu. Mirip dengan *family resources model* namun menggeser fokus analisis dari tingkat individu atau keluarga ke tingkat masyarakat.

(6) *Organizational Model*

Dalam model organisasi ini variabel yang dipakai merupakan pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Biasanya variabel yang digunakan adalah (a) gaya praktik pengobatan (sendiri, rekanan atau kelompok); (b) sifat pelayanan kesehatan (membayar langsung atau tidak); (c) letak pelayanan kesehatan (tempat pribadi, rumah sakit atau klinik); (d) petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, asisten dokter).

(7) *Health System Model*

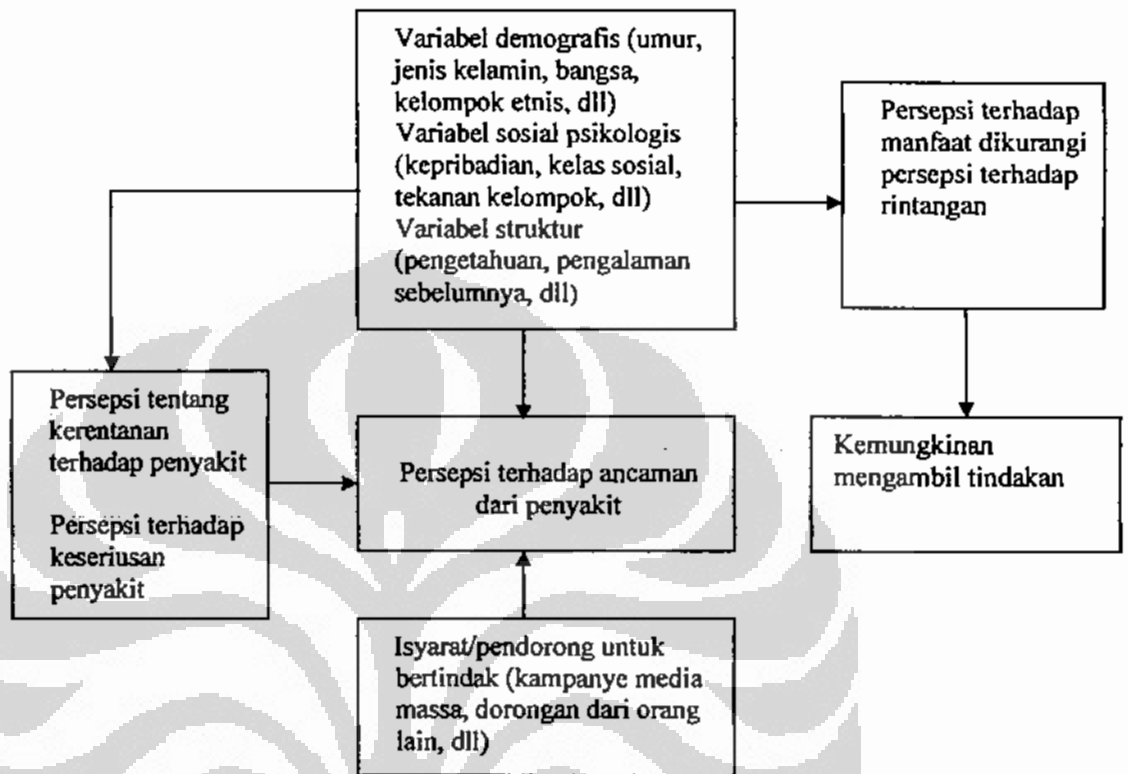
Meskipun ada perbedaan sifat, keenam kategori model kesehatan di atas sebenarnya tidak terpisah secara tegas satu dengan yang lain. Model sistem kesehatan mengintegrasikan keenam model terdahulu ke dalam model yang lebih sempurna. Untuk itu, demografi, ciri-ciri struktur sosial, sikap dan keyakinan individu atau keluarga, sumber-sumber dalam masyarakat dan organisasi pelayanan yang ada, digunakan bersama dengan faktor-faktor yang berhubungan seperti kebijakan dan struktur ekonomi dalam masyarakat yang lebih luas (negara) (Wolinsky, 1980; Notoatmodjo, 2007).

Salah satu kerangka konsep yang paling sering digunakan adalah *Health Belief Models* (HBM). HBM merupakan suatu model proses kognisi yang dikemukakan oleh Becker dan Rosenstock (1974) dan dikembangkan dari teori lapangan Lewin (1954) yang digunakan untuk meramalkan dan menjelaskan tentang perilaku pencegahan penyakit (*preventive health behavior*). Model ini memiliki tujuh konsep kunci yakni: *perceived susceptibility* (kerawanan yang

dirasakan), *perceived severity* (keseriusan yang dirasakan), *perceived benefits* (manfaat yang dirasakan), *perceived barriers* (rintangan yang dirasakan), *cues to action* (dorongan bertindak), faktor sosio-psiko-demografik dan faktor struktural, *self efficacy* yang merupakan komponen tambahan dari teori Social Cognitive dari Albet Bandura (Becker, 1974; Wollinsky, 1980; Janz 2002).

Variabel kunci yang menyebabkan individu melakukan tindakan pencegahan ataupun pengobatan penyakitnya yaitu :

- 1) Kerentanan atau ancaman yang dirasakan (*perceived susceptibility*) terhadap suatu penyakit, dimana suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit atau masalah kesehatan akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut atau disebabkan karena adanya persepsi terhadap kemungkinan terserang penyakit tersebut.
- 2) Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*), akibat suatu penyakit dapat mendorong orang melakukan tindakan pencegahan atau pengobatan suatu penyakit dengan kata lain, tindakan pencegahan akan lebih banyak dilakukan apabila penyakit tersebut dianggap lebih serius dan membahayakan kesehatannya.
- 3) Manfaat dan rintangan yang dialami dalam tindakan pencegahan atau melawan suatu penyakit (*perceived benefits and barriers*), apabila individu merasa rentan terhadap suatu penyakit atau masalah kesehatan yang dianggapnya serius dan membahayakan, maka ia akan melakukan tindakan tertentu untuk mencegah penyakit tersebut. Namun tindakan pencegahan yang akan diambil tersebut juga sangat tergantung kepada manfaat yang didapat serta rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut.
- 4) Isyarat atau tanda-tanda (*cues*), yaitu faktor-faktor eksternal yang berperan dan memotivasi tindakan pencegahan sehingga individu mendapatkan pengetahuan dan pemahaman yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan diambilnya tindakan seperti, pesan-pesan pada media massa, nasehat atau anjuran teman, keluarga, petugas kesehatan, guru, dan sebagainya (Becker, 1974; Wollinsky, 1980; Janz 2002).



Gambar 2.1. Model Kepercayaan Kesehatan (The Health Belief Model)
(Sumber : Becker,1974)

Selain Health Belief Model, model lain yang sering dipakai adalah *Generic Health System Model* (Andersen 1975 dalam Wollinsky 1980). Dalam model ini terdapat tiga karakteristik utama dalam pelayanan kesehatan yakni karakteristik predisposisi (*predisposing characteristic*), karakteristik pendukung (*enabling characteristic*) dan karakteristik kebutuhan (*need characteristic*).

(1) Karakteristik predisposisi

Karakteristik ini menggambarkan bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara berbeda. Ciri-ciri individu tersebut digolongkan dalam tiga kelompok. Ciri-ciri

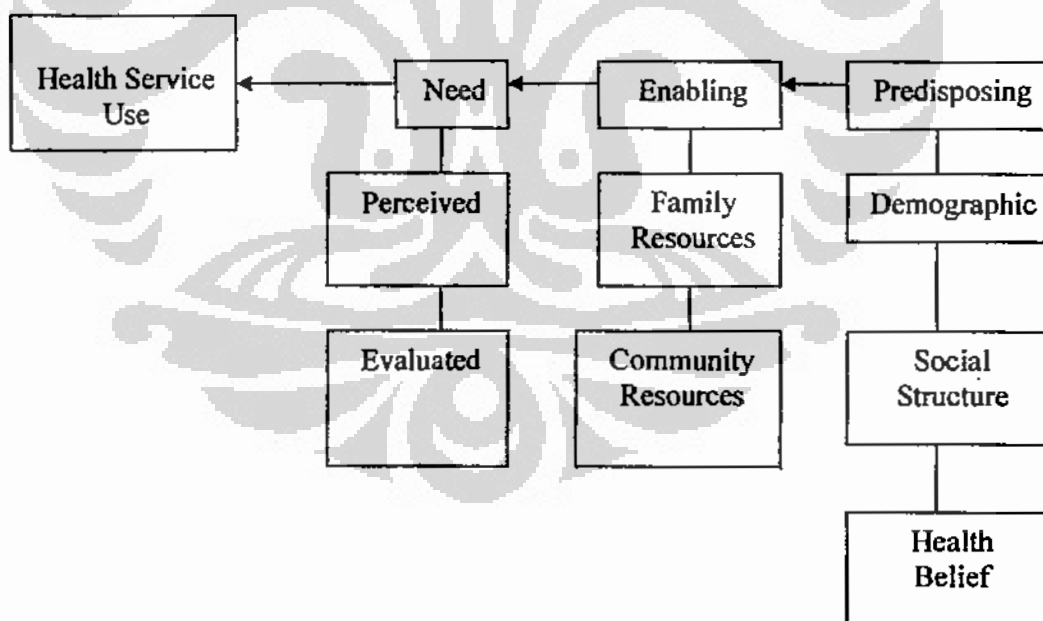
demografi seperti umur dan jenis kelamin; struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, ras/suku; dan keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit atau dengan kata lain kemanjuran dari pelayanan kesehatan tersebut.

(2) Karakteristik pendukung

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, seseorang tidak akan menggunakannya jika ia tidak mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar.

(3) Karakteristik kebutuhan

Untuk dapat terwujudnya penggunaan pelayanan kesehatan faktor predisposisi dan pendukung tidak cukup tanpa dirasakan suatu kebutuhan. Kebutuhan dibagi menjadi dua kategori yakni kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) dan *evaluated (clinical diagnosed)* (Wollinsky 1980; Notoadmodjo, 2007)



Gambar 2.2. Andersen's Generic Health System Model

Sumber : Wolinsky (1980)

2.5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencarian Pengobatan

2.5.1. Umur

Sebelum dekade 80-an, semakin tua individu maka semakin besar pula penggunaan pelayanan kesehatan. Namun semenjak dekade itu, berbagai penelitian mengungkapkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan didominasi dua kelompok usia yakni anak-anak dan lanjut usia. Hal ini menggambarkan dua faktor (1) peningkatan akses lansia terhadap pelayanan kesehatan dan (2) efek perlawanan terhadap tingginya angka kematian bayi dengan meningkatkan penggunaan pelayanan kesehatan bagi bayi (Wolinsky 1980).

2.5.2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian Goskin dan Hoffman (2000), Husaini (2002) dan Gotzadse, et. al. (2005) mengenai perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa jenis kelamin mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Wolinsky (1980) menjelaskan bahwa wanita memang lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan daripada pria. Perbedaan ini salah satunya karena perbedaan biologis yakni wanita mendapatkan pelayanan obstetri sehubungan dengan fungsi reproduksi. Dari sisi sosial, pada proses sosialisasi pria dibentuk dan diharapkan jauh lebih tahan terhadap rasa nyeri dan sakit.

2.5.3. Suku/etnis

Kresno (2005) menyatakan bahwa faktor-faktor sosial budaya berkaitan dengan pola penggunaan pelayanan kesehatan. Dengan demikian pola penggunaan pelayanan kesehatan akan berbeda antara satu budaya dengan budaya lainnya. Hasil penelitian Abikusno (2002), Husaini (2002), Goskin dan Hoffman (2000) menyatakan bahwa perilaku pencarian kesehatan dipengaruhi oleh suku/etnis.

2.5.4. Pendidikan

Hasil penelitian Gotzadse, et. al (2005) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan

tinggi memiliki angka kunjungan yang lebih ke pelayanan kesehatan. Meskipun demikian Wolinsky (1980) mengungkapkan bahwa adanya berbagai asuransi/jaminan sosial bagi masyarakat kelas bawah mengakibatkan penggunaan pelayanan kesehatan tidak lagi didominasi oleh masyarakat dengan pendidikan tinggi.

2.5.5. Pekerjaan dan Tingkat pendapatan

Seseorang dengan tingkat pendapatan tinggi cenderung akan mempunyai akses lebih besar terhadap pelayanan kesehatan sehingga lebih menggunakan pelayanan kesehatan dibanding dengan orang dengan tingkat pendapatan rendah. Rahajeng (1996), Gotzadse, et.al (2005) dalam penelitiannya menemukan hubungan antara pekerjaan/tingkat pendapatan dengan penggunaan pelayanan kesehatan.

2.5.6. Persepsi

Menurut hasil penelitian Anderson dan Sheatsley (1968), 79% dari responden yang mengeluh sakit menjadi terlambat mencari pelayanan kesehatan karena mereka menganggap gejala sakit yang mereka rasakan tidak parah atau penyakitnya akan hilang dengan sendirinya (Kresno 2005, p. 130-131). Dengan demikian jelas terlihat bahwa persepsi sangat erat hubungannya dengan penggunaan pelayanan kesehatan. Persepsi ini dapat berupa persepsi keseriusan penyakit, persepsi terhadap akibat penyakit, persepsi kerentanan penyakit, dll. Beberapa penelitian yang mengungkapkan pengaruh persepsi terhadap perilaku pencarian pengobatan adalah Rahajeng (1996), Freeborn (1990), Vali dan Walkup (1998), Holroyd (2002), Neame dan Hammond (2005) serta Gotzadse, et.al (2005).

2.5.7. Komorbid

Pada lansia, dapat ditemukan tidak hanya satu penyakit namun beberapa penyakit. Penelitian Joshi et al (2003) di India Utara menunjukkan bahwa 177 dari 300 responden lansia (88,9%) mengeluhkan bahwa mereka menderita penyakit tertentu. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter, ternyata yang terdiagnosis

sakit sebanyak 99,5% responden. Jumlah penyakit yang dimiliki masing-masing lansia berkisar antara 1 – 13 penyakit. Oleh sebab itu, adanya komorbid (penyakit penyerta) dapat merupakan faktor penting dalam pencarian pengobatan (Freeborn, 1990)

2.5.8. Asuransi

Dengan sistem kesehatan yang semakin modern, maka pembayaran biaya kesehatan tidak hanya secara cash (out of pocket) tapi juga dengan metode asuransi. Goskin dan Hoffman (2000) menemukan bahwa cakupan asuransi merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan. Wolinsky (1980) mengungkapkan bahwa asuransi/jaminan sosial yang disediakan pemerintah dapat membuka akses pelayanan kesehatan kepada golongan masyarakat yang dengan sumber dayanya sendiri tidak akan mampu menjangkau pelayanan kesehatan. Adanya jaminan sosial dari pemerintah akan memungkinkan masyarakat miskin mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak mampu mereka bayar, misalnya rawat inap, cuci darah bahkan operasi. Masyarakat tidak perlu membayar pada penyedia jasa layanan (selama masih dalam *coverage*) karena pemerintah yang menyediakan dananya.

2.5.9. Anjuran

Seringkali pengambilan keputusan untuk pencarian pengobatan tidak hanya oleh si penderita. Pada kondisi atau golongan tertentu, pengambilan keputusan dilakukan oleh orang lain. Atau setidaknya ada anjuran dari keluarga, teman, tokoh masyarakat maupun tenaga kesehatan (Rahajeng, 1996). Kadang kala anjuran juga dapat didapatkan dari perkumpulan *support group* penyakit tertentu (Uden-Kraan, 2008).

Pada lansia, anjuran dapat juga datang dari sesama lansia. Tidak hanya kalangan remaja yang mempunyai keterikatan dengan teman sebaya / *peer group*. Lansia juga mempunyai kebutuhan khusus untuk bersosialisasi dengan sesama lansia. Abikusno (2002) dalam penelitian pada lansia Suku Batak, Jawa, Bali menganggap bahwa berkomunikasi dan menjaga hubungan dengan sesama lansia merupakan bagian penting dalam kehidupan mereka.

2.5.10. Posyandu Lansia

Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka dapat mendapatkan pelayanan kesehatan Posyandu lansia merupakan pengembangan dari kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan bagi lansia yang penyelenggaraannya melalui program Puskesmas dengan melibatkan peran serta para lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam penyelenggaraannya. Tujuan pembentukan posyandu lansia secara garis besar antara lain :

- Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, sehingga terbentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lansia
- Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat usia lanjut (Prohealth, 2008).

Sejauh ini belum ada yang meneliti pengaruh posyandu pada perilaku pencarian pengobatan. Namun karena posyandu adalah suatu sarana pertemuan lansia dengan petugas kesehatan, lansia dengan kader kesehatan dan lansia dengan lansia, di mana dapat terjadi pertukaran informasi kesehatan, maka diduga kepesertaan dalam Posyandu Lansia dapat memberikan pengaruh pada perilaku pencarian pengobatan.

BAB 3

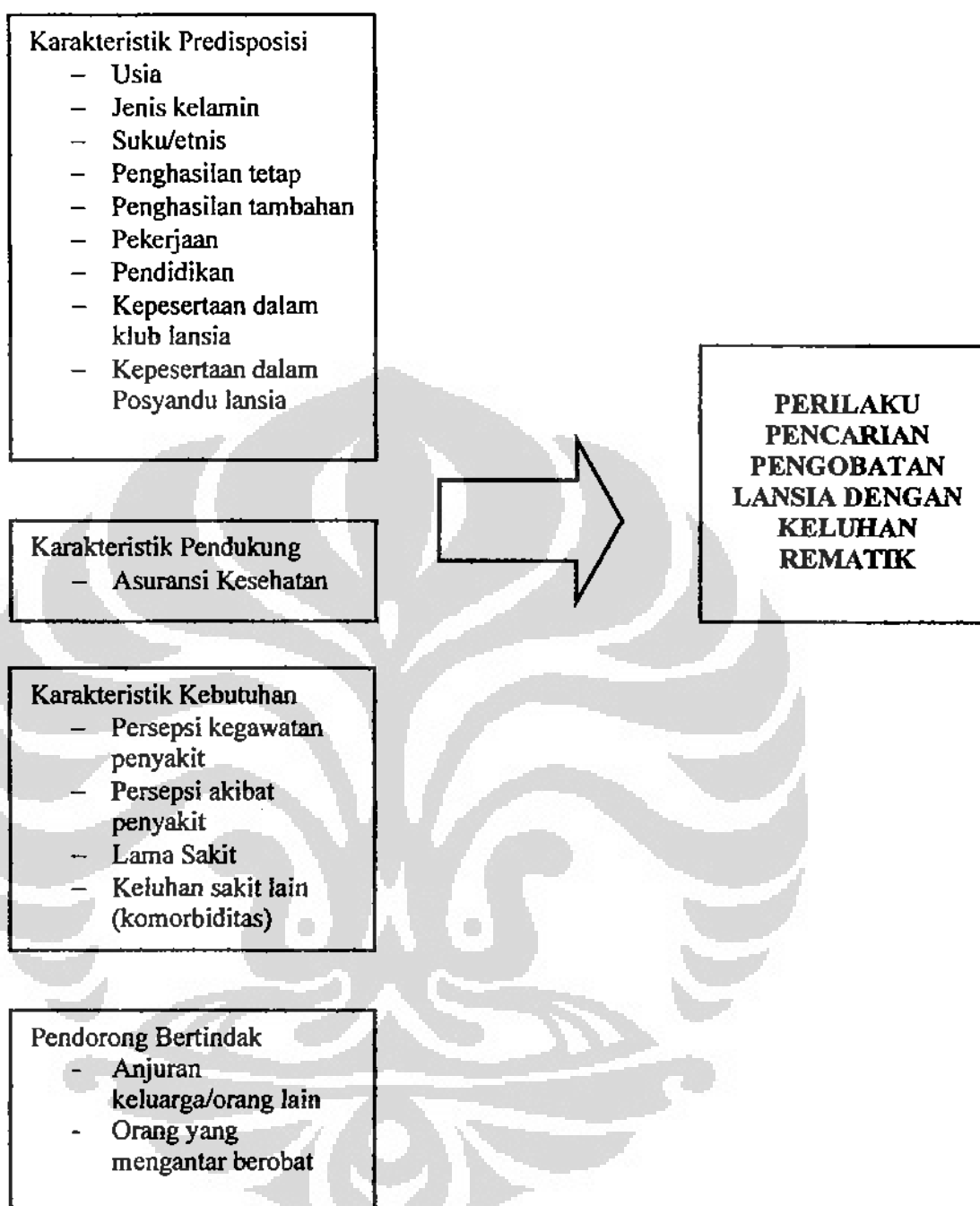
KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka beserta kerangka teori yang sudah tertulis sebelumnya, maka kerangka konsepnya adalah didasarkan pada dua teori perilaku pencarian pengobatan. Teori penggunaan pelayanan kesehatan yang digunakan sebagai dasar adalah model sistem kesehatan Andersen (Wolinsky, 1980) dan Health Belief Model (Rosenstock, Strecher & Becker dalam Becker, 1974).

Model sistem kesehatan Andersen menjelaskan tentang tiga karakteristik dalam perilaku pencarian pengobatan. Ketiga karakteristik tersebut adalah karakteristik predisposing (demografi, struktur sosial, kepercayaan akan pengobatan), karakteristik pendukung (sumber daya/kemampuan keluarga dan masyarakat), karakteristik kebutuhan (persepsi dan hasil evaluasi/diagnosis klinis). Health Belief Model mempunyai beberapa variabel yang bisa berpengaruh terhadap perilaku pencarian pengobatan yakni persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat dan rintangan, cues to action/pendorong bertindak.

Berdasarkan dua model tersebut di atas, maka kerangka konsep untuk penelitian ini adalah sebagai berikut :

Variabel Bebas**Variabel Terikat**

3.2. Definisi Operasional

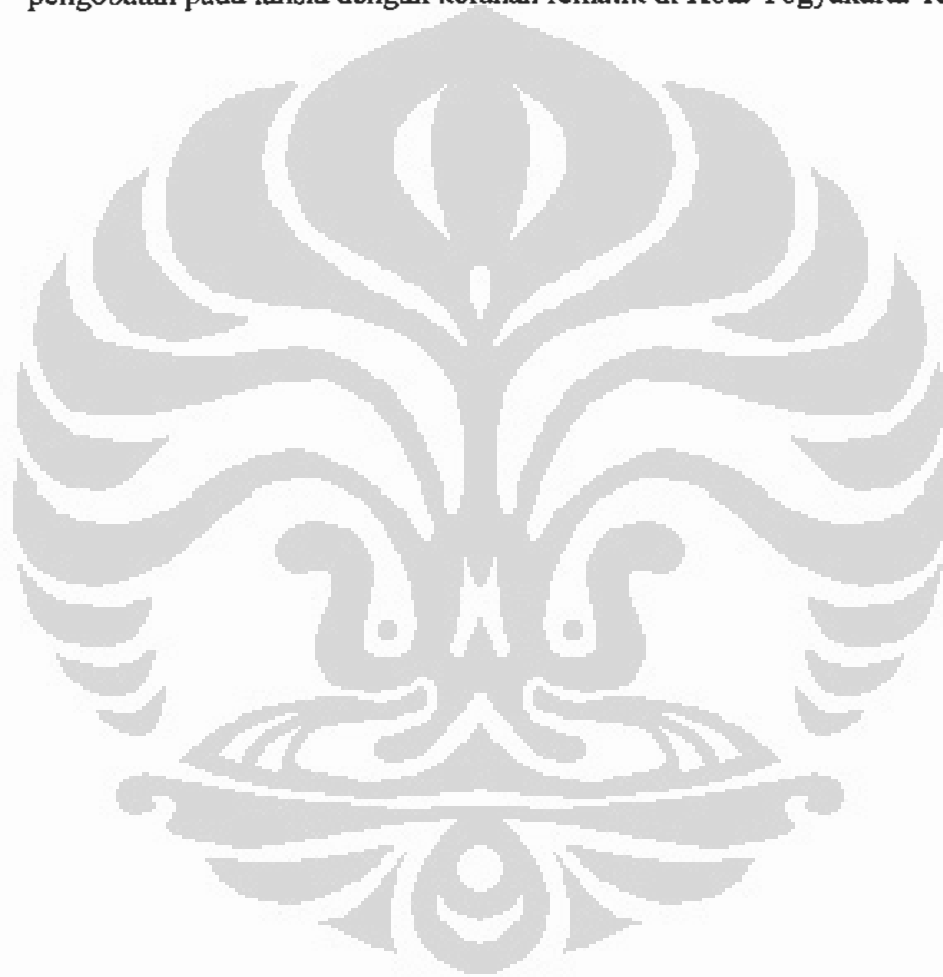
No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	5	6	7
Variabel Terikat						
1	Perilaku pencarian pengobatan	Pernyataan lansia mengenai tindakan terakhir yang dilakukan untuk mengatasi keluhan rematik, yakni keluhan nyeri sendi, kaku sendi, kelemahan otot, sendi bengkak dan gangguan gerak yang bukan diakibatkan oleh trauma/jatuh	Kuisisioner	Wawancara	1 = Pengobatan pada tenaga kesehatan (Puskesmas, RS, Dokter, nakes kesehatan lain) 2 = Pengobatan pada non tenaga kesehatan (pengobat tradisional, dukun, shinese), mengobati sendiri, tidak berobat	Nominal
Variabel Bebas						
2	Umur*	Pernyataan lansia mengenai lama hidup dari lahir sampai penelitian dilakukan	Kuisisioner	Wawancara	1 = 75 - 90 tahun 2 = 60 - 74 tahun	Ordinal
3	Jenis Kelamin	Keadaan tubuh responden dibedakan secara fisik menurut status seksual	Kuisisioner	Observasi	1 = perempuan 2 = laki-laki	Nominal
4	Pekerjaan	Pernyataan lansia mengenai kegiatan yang dilakukan lansia untuk mendapatkan penghasilan	Kuisisioner	Wawancara	1 = bekerja 2 = tidak bekerja	Nominal
5	Pendidikan **	Jenjang sekolah formal terakhir yang berhasil ditamatkan oleh lansia	Kuisisioner	Wawancara	1 = tinggi (> SMP) 0 = rendah (\leq SMP)	Ordinal
6	Suku/etnis	Pernyataan lansia terhadap asal keturunan atau daerah asal orang tua	Kuisisioner	Wawancara	1 = Suku non Jawa 2 = Suku Jawa	Nominal
7	Penghasilan tetap	Pernyataan lansia mengenai jumlah uang yang diterima perbulan dari aktivitas pekerjaan yang dilakukan lansia sendiri, termasuk pensiun	Kuisisioner	Wawancara	1 = tinggi (> UMR daerah) 2 = rendah (< UMR daerah)	Ordinal

8	Penghasilan tambahan	Pernyataan lansia mengenai jumlah yang diterima per bulan di luar pendapatan tetap. Dapat dari pensiun pasangan, bantuan dari anak/saudara	Kuisisioner	Wawancara	1 = tinggi (> UMR daerah) 2 = rendah (< UMR daerah)	Ordinal
10	Kepestaan Posyandu Lansia	Pernyataan lansia mengenai ikut tidaknya dalam kegiatan Posyandu Lansia	Kuisisioner	Wawancara	1. Ya 2. Tidak	Nominal
11	Asuransi Kesehatan	Pernyataan lansia mengenai ada tidaknya asuransi kesehatan yang dimiliki baik askes PNS/Pensiunan/ veteran maupun swasta	Kuisisioner	Wawancara	1 = Ada 2 = Tidak Ada	Nominal
12	Persepsi keagawatan	Penilaian lansia mengenai keseriusan penyakit sendi yang dirasakan	Kuisisioner	Wawancara	1 = gawat (\geq median skor) 2 = tidak gawat ($<$ median skor)	Ordinal
13	Persepsi akibat penyakit	Penilaian lansia mengenai akibat penyakit sendi yang dirasakan terhadap aktivitas sehari-hari dan pekerjaan lansia	Kuisisioner	Wawancara	1 = Mengganggu (\geq median skor) 2 = Tidak Mengganggu ($<$ median skor)	Ordinal
14	Keluhan sakit lain (komorbiditas)	Pernyataan lansia mengenai keluhan/gangguan penyakit lain yang dialami lansia	Kuisisioner	Wawancara	1 = Ada 2 = Tidak	Nominal
15	Anjuran keluarga/teman	Pernyataan lansia mengenai ada tidaknya dorongan/motivasi dari keluarga/ orang lain supaya mencari pengobatan untuk keluhan rematik	Kuisisioner	Wawancara	1 = Ada Anjuran 2 = Tidak Ada Anjuran	Nominal
16	Orang yang mengantar berobat	Pernyataan lansia mengenai ada tidaknya keluarga/orang lain yang mengantar ke pelayanan kesehatan/membeli obat	Kuisisioner	Wawancara	1 = Ada yang mengantar 2 = Tidak ada yang mengantar	Nominal
17	Lama sakit	Pernyataan lamanya lansia merasakan keluhan rematik (dalam bulan)	Kuisisioner	Wawancara	1 = kronis ($>$ 6 bulan) 2 = tidak kronis (\leq 6 bulan)	Ordinal

* : Rata-rata lama pendidikan untuk penduduk Kota Yogyakarta adalah 10, 8 tahun (BPS-DIY, 2008)

3.3. Hipotesis

1. Ada hubungan antara faktor-faktor predisposisi dengan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009
2. Ada hubungan antara faktor-faktor pendukung dengan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009
3. Ada hubungan antara karakteristik kebutuhan dengan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009
4. Ada hubungan antara pendorong untuk bertindak dengan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah *non experimental* (observasional) dengan pengambilan sampel dilakukan secara potong lintang (*Cross Sectional*), dimana pengambilan data dilakukan pada waktu sesaat dan bersamaan untuk variabel bebas maupun variabel terikat. Metode yang digunakan adalah survey. Pengumpulan data penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif yang bersifat analitik. Data yang terkumpul kemudian dianalisis untuk menguji hipotesis-hipotesis dalam rangka mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat.

Untuk lebih memahami permasalahan di lokasi penelitian dan membantu perancangan alat ukur, peneliti terlebih dahulu melakukan studi pendahuluan dengan pendekatan kualitatif terhadap lansia di Kota Yogyakarta pada Bulan April 2009. Dilakukan wawancara terhadap beberapa informan yakni 2 kader lansia dan 5 orang lansia yang tinggal di Kota Yogyakarta mengenai semua variabel yang dikaji dalam penelitian ini.

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang berdomisili di Kota Yogyakarta yang berjumlah 40.315 jiwa (BPS-Kota Yogyakarta, 2007).

4.2.2. Penghitungan Sampel

Untuk memenuhi syarat jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus besar sampel uji hipotesis beda dua proporsi sebagai berikut : (Lemeshow, et.al, 1997)

$$n = \frac{[-z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} - z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{[P_1 - P_2]^2} \cdot deff$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel minimal

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kemaknaan α pada dua sisi sebesar 5% = 1.96

$Z_{1-\beta}$ = Nilai Z pada kekuatan uji 80% = (0,84)

P = Nilai rata-rata dari kedua proporsi $[(P1 + P2)/2]$

$P1$ = Estimasi proporsi kelompok pertama yang melakukan pencarian pengobatan ke tenaga kesehatan

$P2$ = Estimasi proporsi kelompok kedua yang melakukan pencarian pengobatan ke tenaga kesehatan

Deff. = *Design effect*

Dalam rangka mendapatkan jumlah sampel minimal, maka perhitungannya didasarkan pada setiap variabel bebas pada penelitian ini. Proporsi variabel tersebut didapat dari penelitian-penelitian terdahulu terkait lansia, seperti tercantum dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1. Besar Sampel Minimal Dari Variabel Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Variabel	P1 (%)	P2 (%)	Design Effect	Jumlah Sampel	Referensi*
Usia	10,6	89,4	2	18	Rahajeng, 1996
Jenis Kelamin	64,9	35,1	2	86	Freeborn, 1990
Pekerjaan	75,0	25,0	2	30	Rivai, 1999
Pendidikan	60,5	39,5	2	160	Rivai, 1999
Persepsi kegawatan	38,1	61,9	2	138	Rahajeng, 1996
Persepsi akibat penyakit	86,4	13,6	2	14	Rahajeng, 1996
Anjuran keluarga/ teman	35,2	64,8	2	88	Rahajeng, 1996
Asuransi Kesehatan	63,9	36,1	2	100	Rahajeng, 1996

* Keterangan : referensi penelitian terdahulu yang diambil adalah penelitian-penelitian tentang lansia

Berdasarkan perhitungan di atas, didapatkan jumlah sampel yang terbesar yaitu sebanyak 160 responden. Penghitungan ini sudah dikalikan dengan design effect (2) sebagai konsekuensi karena salah satu sistem pengambilan sampel dilakukan dengan pengambilan sampel kluster.

Adapun kriteria inklusi sampel adalah :

1. Berusia \geq 60 tahun
2. Pernah atau sedang mengalami keluhan rematik (keluhan nyeri sendi, kaku sendi, kelemahan otot, sendi bengkak dan gangguan gerak yang bukan diakibatkan oleh trauma/jatuh)
3. Mampu untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian
4. Bersedia menjadi responden

Penentuan adanya keluhan rematik berdasarkan self-report (laporan dari responden) sehingga tidak dilakukan pemeriksaan fisik oleh tenaga medis untuk memastikan ada tidaknya tanda-tanda penyakit rematik. Untuk memastikan kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan atau tidak mengalami pikun/dementia dilakukan pengkajian neurologi (saraf) sederhana untuk memeriksa orientasi responden terhadap orang, waktu, tempat dan situasi serta status ingatan menggunakan form khusus (Komite Medik RSUP Dr. Sardjito, 1999).

4.2.3. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode multi stage proporsional cluster sampling. Tahap multistage proporsional dilakukan dari tataran kota sampai kelurahan. Lalu untuk tingkat RW dilakukan dengan metode cluster sampling. Skema teknik pengambilan sampel secara sederhana digambarkan dalam gambar 4.1. dibawah ini.



Keterangan :

I : Multistage proporsional sampling

II : Cluster sampling

Gambar 4.1. Skema Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel penelitian melalui tahap-tahap sebagai berikut:

- 1) Pemilihan sampel kecamatan dilakukan untuk mewakili kecamatan yang ada di daerah utara, timur, selatan dan barat Kota Yogyakarta. Kecamatan yang terpilih adalah Kecamatan Gondokusuman, Kecamatan Kotagede, Kecamatan Mantrijeron dan Kecamatan Tegalrejo.
- 2) Pada kecamatan terpilih, diambil kelurahan secara acak melalui pengundian. Kelurahan yang terpilih untuk mewakili tiap kecamatan adalah Kelurahan Klitren (Kecamatan Gondokusuman), Kelurahan Preggan (Kecamatan Kotagede), Kelurahan Gedongkiwo (Kecamatan Mantrijeron) dan Kelurahan Tegalrejo (Kecamatan Tegalrejo).
- 3) Dari setiap kelurahan terpilih, dipilih RW tertentu secara acak. Dari data kader Lansia (rekapitulasi dari kegiatan Posyandu Lansia), dibuat daftar

lansia yang memenuhi kriteria inklusi. Jika jumlahnya lebih dari kebutuhan sampel per-kelurahan, maka diundi secara acak. Jika kurang dari yang dibutuhkan, maka dilakukan pemilihan RW kedua dengan undian. Proses dilakukan dengan tahapan yang sama sampai satu kelurahan terpenuhi jumlah sampel yang diperlukan.

- 4) Dari 160 jumlah sampel yang sudah dihitung (tabel 4.1), maka untuk perhitungan sampel per kecamatan dilakukan secara purposif tergantung jumlah/kepadatan lansia tiap kecamatan. Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{lk}{lt} \times N$$

Keterangan :

n : jumlah sampel kecamatan

lk : jumlah lansia dalam kecamatan

lt : jumlah lansia total 4 kecamatan (20208)

N : jumlah sampel total yang dibutuhkan (160)

Tabel 4.2. Daftar Kecamatan dan Kelurahan Terpilih dan Jumlah Responden yang Diperlukan

Kecamatan	Kelurahan	Jumlah lansia *	Jumlah Responden**
Gondokusuman	Klitren	12456	99
Kotagede	Prenggan	4241	34
Tegalrejo	Tegalrejo	1428	10
Mantriaron	Gedongkiwo	2083	17
	Total	20208	160

* Keterangan : Karena di tingkat kecamatan dan kota hanya ada kategori penduduk > 56 tahun, maka untuk menggambarkan kepadatan lansia tiap kecamatan, memakai jumlah penduduk usia > 56 tahun.

Sumber : Pemerintah Kota Yogyakarta, 2008

4.3. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara terhadap responden dengan alat bantu kuisisioner. Kuisisioner yang digunakan dilakukan uji coba terlebih dahulu pada 30 lansia yang tidak termasuk sebagai sampel penelitian. Uji coba dilakukan untuk melihat apakah kuisisioner yang dibuat sudah valid atau reliabel untuk digunakan sehingga hasil yang didapatkan nantinya lebih akurat dan dapat dipercaya.

Proses pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu oleh 2 orang mahasiswa Akademi Perawat "Bethesda" Yogyakarta yang sebelumnya sudah diberi pelatihan. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Mei 2009 di Kota Yogyakarta.

4.4. Pengolahan Data

Sebelum dilakukan analisis, data yang sudah terkumpul secara keseluruhan diolah terlebih dahulu agar dapat menghasilkan informasi yang benar. Ada empat tahapan dalam pengolahan data (Hastono, 2007) yaitu:

1. *Editing*, yaitu melakukan pemeriksaan terhadap kuisisioner yang telah terkumpul, melalui beberapa kegiatan yakni :
 - a) Memeriksa kelengkapan data, yaitu melakukan pemeriksaan kelengkapan kuisisioner, apakah sudah semua pertanyaan yang diajukan telah dijawab dengan lengkap dan benar.
 - b) Memeriksa kesinambungan data, yaitu melakukan pemeriksaan apakah semua data berkesinambungan atau tidak, dalam arti tidak ditemukan data atau keterangan yang bertentangan antara satu dengan yang lainnya.
 - c) Memeriksa keseragaman data, yaitu memeriksa apakah ukuran yang dipergunakan dalam pengumpulan data telah seragam atau tidak.
2. *Coding*, yaitu kegiatan pemberian kode untuk data yang telah dikumpulkan dalam bentuk angka "1" atau "2" untuk setiap jawaban. Ada beberapa jawaban yang harus dikelompokkan menjadi kategori tertentu sebelum proses *coding*. Kegunaan *coding* ini adalah untuk mempermudah dalam analisis data

3. *Entry*, dilakukan setelah kuesioner diisi lengkap dan benar dan telah dilakukan *coding*, maka selanjutnya data dimasukkan atau di-*entry* ke dalam komputer dengan menggunakan program statistik komputer.
4. *Cleaning/Pembersihan*. Setelah data dimasukkan ke dalam komputer, maka dilakukan pengecekan kembali apakah ada kesalahan atau tidak.

4.5. Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk secara bertahap, yakni (Hastono, 2007):

1. Univariat

Yaitu untuk menjelaskan/mendeskriftikan karakteristik masing-masing variabel bebas yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, persepsi keseriusan/ kegawatan penyakit, persepsi akibat penyakit, persepsi kebutuhan pengobatan, kepercayaan akan pengobatan, anjuran keluarga/teman, lama sakit dan biaya pengobatan. Sedangkan variabel terikat adalah perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan nyeri sendi.

2. Bivariat

Yaitu untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Uji yang digunakan adalah uji Chi-Square dengan batas kemaknaan $p = 0,05$. Hasil uji statistik dikatakan mempunyai hubungan bermakna jika nilai p lebih kecil dari alpha ($p \text{ value} < 0,05$). Sebaliknya hubungan dinyatakan tidak bermakna jika hasil uji statistik menunjukkan nilai p lebih besar dari alpha ($p \text{ value} > 0,05$).

3. Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan semua variabel independen dengan variabel dependen secara bersama-sama serta untuk mengetahui variabel independen mana yang paling dominan hubungannya dengan variabel dependen. Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi logistik ganda. (Hastono, 2007).

Sebelum melakukan analisis multivariat, dilakukan seleksi bivariat terlebih dahulu, yaitu dengan melihat nilai p dari setiap hubungan bivariat antara variabel

independen dengan variabel dependen. Apabila nilai $p \leq 0,25$ maka variabel independen tersebut dapat dimasukkan kedalam pemodelan. Variabel independent dengan nilai $p > 0,25$ namun dianggap penting secara substansi dapat juga dimasukkan dalam pemodelan. Setelah dilakukan seleksi, maka semua variabel yang lolos dalam seleksi, diuji secara bersamaan dengan variabel dependen. Untuk variabel yang mempunyai nilai $p > 0,05$ dikeluarkan dari pemodelan satu per satu mulai dari nilai p yang terbesar. Namun apabila dengan dikeluarkannya variabel tersebut, terjadi perubahan nilai eksponen β (OR) $> 10\%$, maka variabel tersebut harus dimasukkan kembali kedalam pemodelan.

Setelah semua nilai p tidak ada lagi yang $> 0,05$, maka akan didapatkan model yang terakhir yang memperlihatkan variabel independen mana saja yang memiliki hubungan dengan variabel dependen serta variabel independen yang paling dominan berhubungan yang dilihat dari nilai OR terbesar.



BAB 5

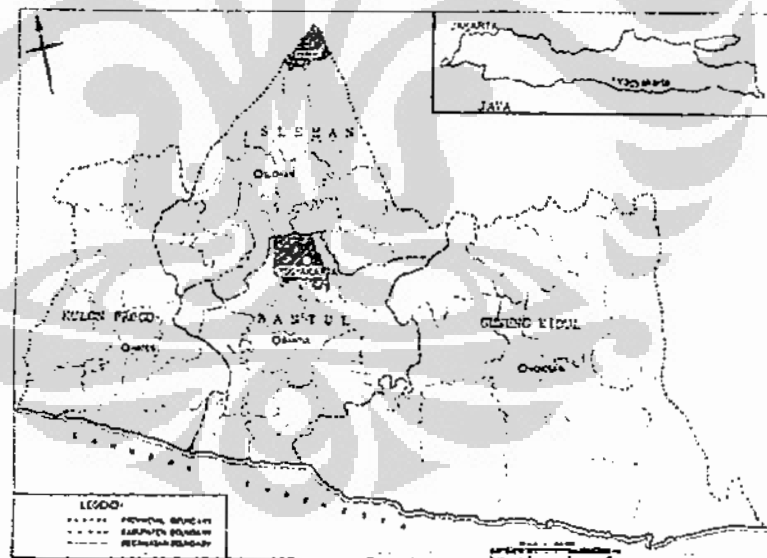
HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Kota Yogyakarta

5.1.1. Data Geografi

Yogyakarta sebagai ibukota Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan satu-satunya daerah tingkat II yang berstatus kota di samping 4 daerah tingkat II lainnya yang berstatus Kabupaten yakni Kabupaten Sleman, Bantul, Kulon Progo dan Gunung Kidul. Kota Yogyakarta memiliki batas-batas wilayah:

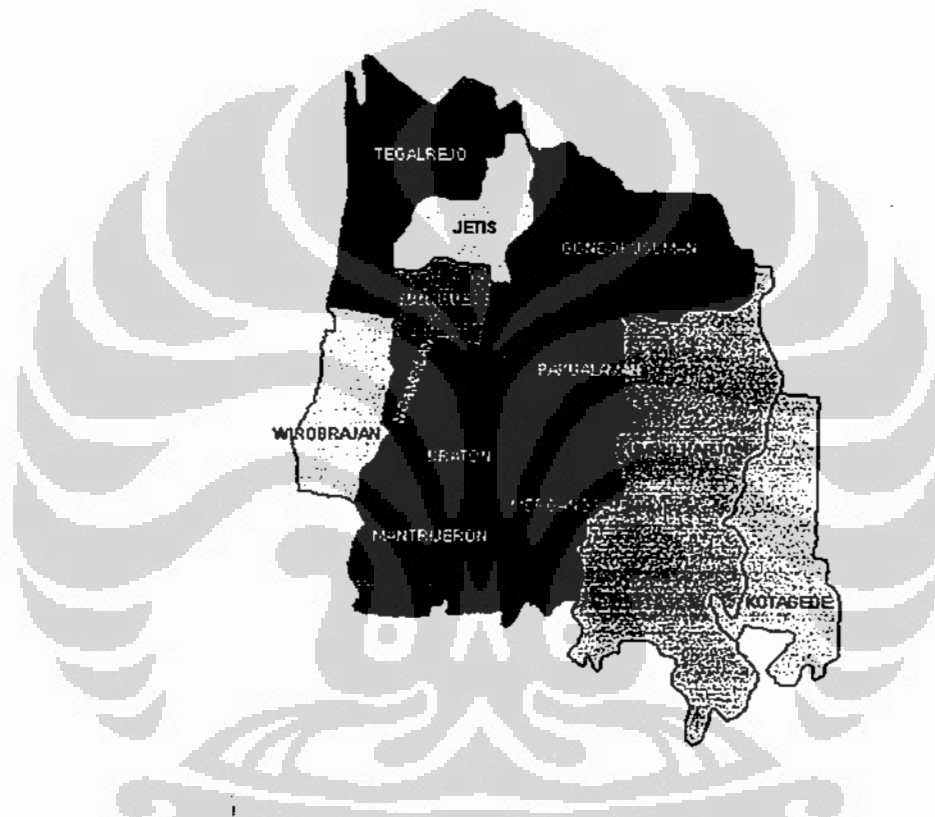
- a) Sebelah utara : Kabupaten Sleman
- b) Sebelah timur : Kabupaten Bantul dan Sleman
- c) Sebelah selatan : Kabupaten Bantul
- d) Sebelah barat : Kabupaten Bantul dan Sleman



Gambar 5.1. Lokasi Kota Yogyakarta Dalam Wilayah Propinsi DIY

Sumber : <http://epress.anu.edu.au>

Wilayah Kota Yogyakarta terbentang antara $110^{\circ} 24' 19''$ sampai $110^{\circ} 28' 53''$ Bujur Timur dan $7^{\circ} 15' 24''$ sampai $7^{\circ} 49' 26''$ Lintang Selatan dengan ketinggian rata-rata 114 m di atas permukaan laut. Kota Yogyakarta memiliki luas wilayah tersempit dibandingkan dengan daerah tingkat II lainnya, yaitu 32,5 Km² yang berarti 1,025% dari luas wilayah Propinsi DIY. Dengan luas 3.250 hektar tersebut terbagi menjadi 14 Kecamatan, 45 Kelurahan, 614 RW dan 2.523 RT (www.jogjakota.go.id, 2009).



Gambar 5.2. Skema kecamatan di wilayah Kota Yogyakarta

Sumber : <http://dishutbun.pemda-diy.go.id/map/>

5.1.2. Data Sosiodemografi

Data BPS Kota Yogyakarta pada tahun 2006 mencatat bahwa jumlah penduduk Kota Yogyakarta adalah 443.112 dengan komposisi laki-laki 216.484 (48,85%) dan perempuan 226.628 (51,15%). Tingkat kepadatan penduduk kota

rata-rata 15.197/km². Yogyakarta merupakan salah satu kota di Indonesia dengan persentase lansia yang cukup tinggi yakni sekitar 13%. Tabel 5.1. akan menjelaskan lebih rinci mengenai jumlah penduduk berusia ≥ 56 tahun per kecamatan se-Kota Yogyakarta.

Tabel 5.1. Jumlah Dan Persentase Penduduk Usia ≥ 56 Tahun Per Kecamatan Se-Kota Yogyakarta Tahun 2008

Kecamatan	Jumlah Penduduk	Penduduk usia 56-79 tahun	Penduduk usia ≥ 80 tahun	Penduduk usia ≥ 56 tahun	Persentase penduduk ≥ 56
Tegalrejo	44235	1292	136	1428	3,22
Jetis	38557	4936	483	5419	14,05
Gedongtengen	22828	3286	125	3411	14,94
Ngampilan	20948	2438	20	2458	11,73
Pakualaman	15152	1715	184	1899	12,53
Danurejan	32375	3931	825	4756	14,69
Gondokusuman	77584	10814	1642	12456	16,05
Wirobrajan	37529	3993	4281	8274	22,04
Mantrijeron	42229	1367	716	2083	4,93
Kraton	29932	5181	156	5337	17,83
Gondomanan	16844	2173	233	2406	14,28
Mergangsan	37479	4311	549	4860	12,96
Umbulharjo	64724	7251	449	7700	11,89
Kotagede	32685	2656	1585	4241	12,97
TOTAL	513101	55344	11384	66728	13,00

Sumber : Pemkot Yogyakarta, 2008

Dari tabel di atas nampak bahwa penduduk yang berusia ≥ 56 tahun bervariasi antar kecamatan. Persentase terbesar dijumpai di Kecamatan Wirobrajan (22,04%) dan terkecil di Kecamatan Tegalrejo (3,22%).

Tabel 5.2. Jumlah Penduduk Menurut Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Di Kota Yogyakarta Tahun 2006

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
Tidak/belum tamat SD	65425	15,77
SD	75386	18,17
SLTP	68015	16,39
SLTA	155903	37,58
DI/DII	3701	0,892
DIII/Akademi	16074	3,87
PT/D IV	30295	7,30

Sumber : BPS Kota Yogyakarta, 2007

5.1.3. Jumlah Sarana Kesehatan

Dengan luas wilayah yang terbatas, Kota Yogyakarta memiliki banyak sarana kesehatan. Kota ini memiliki 2 rumah sakit pemerintah, 16 rumah sakit swasta, 853 dokter umum, 319 dokter gigi, 658 dokter spesialis, 18 puskesmas, 115 apotek dan pedagang farmasi besar (BPS Kota Yogyakarta, 2007). Selain sarana kesehatan tersebut, Kota Yogyakarta memiliki lebih dari 400 kelompok lansia berbasis RW yang mempunyai kegiatan utama berupa Posyandu Lansia. Kegiatan Posyandu Lansia di Kota Yogyakarta berlangsung rata-rata 1 bulan satu kali. Selain posyandu lansia, kelompok-kelompok lansia ini juga mengadakan senam lansia dan kegiatan yang bersifat seni budaya, seperti paduan suara, karawitan, dll.

5.2. Analisis Univariat

Pada analisis univariat, penyajian akan dimulai dengan variabel terikat yakni perilaku pencarian pengobatan, dilanjutkan dengan penyajian variabel-variabel bebas.

5.2.1. Gambaran Perilaku Pencarian Pengobatan pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Dalam penelitian ini yang menjadi responden adalah lansia yang memiliki keluhan rematik. Yang dimaksud dengan keluhan rematik adalah rasa nyeri sendi, rasa kaku, kelemahan, atau tanda berupa pembengkakan sendi, kelemahan otot serta gangguan gerak. Berikut ini adalah karakteristik keluhan rematik yang dialami oleh para responden.

Tabel 5.3. Distribusi responden menurut jenis keluhan yang dirasakan pada lansia di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Keluhan	Jumlah	Persentase
Nyeri sendi saja	82	51,25
Kaku Sendi saja	17	10,625
Bengkak sendi saja	1	0,625
Nyeri dan kaku	56	35,0
Kaku sendi dan bengkak	2	1,25
Kaku sendi dan kelemahan otot	2	1,25
Total	160	100

Dari jenis keluhan yang dialami responden lansia (tabel 5.3), nampak bahwa responden yang mengalami satu jenis keluhan sebanyak 100 responden (62,5%) dan responden yang mengalami dua jenis keluhan sebanyak 60 responden (37,5%). Keluhan yang dominan dimiliki adalah nyeri sendi.

Perilaku pencarian pengobatan dinilai dari ke mana responden lansia terakhir mencari pertolongan pengobatan saat mengalami keluhan rematik. Gambaran perilaku pencarian pengobatan dapat dilihat dari tabel di bawah ini.

Tabel 5.4. Perilaku Pencarian Pengobatan pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Perilaku Pencarian Pengobatan	Jumlah	Persentase
Mengobati sendiri	63	39,3
Pengobat tradisional	2	1,3
Puskesmas saja	21	13,1
RS saja	34	21,3
Puskesmas lalu RS	12	7,5
Praktek swasta tenaga kesehatan	10	6,3
Posyandu Lansia	18	11,3
Total	160	100,0

Dari tabel di atas, nampak bahwa mengobati sendiri merupakan cara yang paling banyak dipilih lansia untuk mengatasi keluhan rematik. Mengobati sendiri dilakukan oleh 63 lansia (39,4%), sedangkan pengobatan tradisional dilakukan oleh 2 lansia (1,3%). Pilihan fasilitas pengobatan modern yang paling banyak dipilih lansia adalah rumah sakit yaitu sebanyak 34 lansia (21,3%). Jika perilaku pencarian pengobatan dikategorikan menjadi perilaku pencarian pengobatan ke tenaga kesehatan (Puskesmas, RS, Puskesmas lalu ke RS, praktek swasta, Posyandu Lansia) dan perilaku pencarian pengobatan non tenaga kesehatan, maka akan responden akan terdistribusi sebagaimana tabel berikut ini.

Tabel 5.5. Distribusi Responden Menurut Kategori Perilaku Pencarian Pengobatan di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Pencarian Pengobatan	Jumlah	Persentase
Berobat Nakes	95	59,4
Berobat non nakes	65	40,6
Total	160	100,0

Jika dikategorikan menurut tipe pencarian pengobatan, 95 lansia (59,4%) berobat ke tenaga kesehatan dan 65 lansia (40,6%) berobat ke non tenaga kesehatan.

5.2.2. Gambaran Karakteristik Sociodemografis Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Umur responden berkisar antara 60 – 85 tahun (mean = 69,28 tahun, SD = 6,641 tahun). Dengan kategori dari WHO, maka umur responden dibagi menjadi : lanjut usia (60 -74 tahun), lanjut usia tua (75-90 tahun) dan lanjut usia sangat tua (> 90 tahun). Namun dalam penelitian ini tidak didapatkan responden yang berusia > 90 tahun. Berikut ini adalah tabel distribusi usia responden menurut klasifikasi WHO.

Tabel 5.6. Distribusi Usia Responden Menurut Klasifikasi WHO pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Kategori usia	Jumlah	Persentase
lansia tua	41	25,6
lansia	119	74,4
Total	160	100,0

Dari tabel nampak bahwa sebagian besar responden yakni 119 orang (74,4%) masuk dalam golongan usia lanjut usia (60-74 tahun) sedangkan lansia yang masuk dalam golongan usia lanjut tua (75-90 tahun) berjumlah 41 orang (25,6%).

Tabel 5.7. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Kategori Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Perempuan	89	55,6
Laki-laki	71	44,4
Total	160	100,0

Tabel 5.7. memperlihatkan bahwa responden perempuan berjumlah 89 orang (55,6%) dan responden laki-laki berjumlah 71 orang (44,6%).

Tabel 5.8. Distribusi Responden Menurut Suku/Etnis pada Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Nama suku/etnis	Jumlah	Persentase
Ambon	2	1,3
Batak	5	3,1
Chinese	8	5,0
Jawa	134	83,7
Minang	8	5,0
Nias	1	0,6
Sunda	2	1,3
Total	160	100,0

Jika nama suku dikategorikan menjadi suku Jawa dan bukan Jawa, maka akan didapatkan Suku Jawa 134 lansia (83,7%) dan suku non Jawa 26 orang (16,3%).

Tabel 5.9. Distribusi Responden Menurut Jenis Pekerjaan Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
Pensiunan	38	23,8
Pensiunan dengan sampingan	9	5,6
Ibu Rumah Tangga	53	33,1
Wiraswasta	46	28,8
Tidak Bekerja	14	8,8
Total	160	100,0

Berdasarkan aktivitas pekerjaan, maka lansia yang masih aktif bekerja (pensiunan dengan sampingan, wiraswasta) sebanyak 55 lansia (34,4%) dan yang tidak aktif

bekerja (pensiunan, ibu rumah tangga dan tidak bekerja) sebanyak 105 lansia (65,6%).

Tabel 5.10. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Nama suku/etnis	Jumlah	Persentase
Tidak Sekolah	30	18,8
SD	62	38,8
SMP	28	17,5
SMA	25	15,6
Akademi/PT	15	9,4

Berdasarkan rata-rata pendidikan di Kota Yogyakarta yaitu 10,8 tahun (BPS DIY, 2008), maka mayoritas pendidikan lansia adalah pendidikan rendah 120 orang (75%) dan lansia yang berpendidikan tinggi sebanyak 40 orang (25%).

Tabel 5.11. Penghasilan Tetap dan Penghasilan Tambahan Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Nama Variabel	Range	Mean	SD
Penghasilan Tetap	0 – 3.000.000	540.937,5	45984,325
Penghasilan Tambahan	0 – 1.500.000	286.062,50	27277,415

Keterangan : dalam rupiah

Memakai standar Upah Minimum Regional (UMR) Kota Yogyakarta Tahun 2008 sebesar Rp 586.000, maka variabel penghasilan tetap dan penghasilan tambahan dikategorikan menjadi dua yakni penghasilan rendah dan tinggi. Data terkait dua variabel tersebut disajikan dalam tabel 5.12 di bawah ini.

Tabel 5.12. Distribusi Responden Menurut Penghasilan Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

No	Variabel	Jumlah	Persentase
1.	Penghasilan Tetap		
	• Tinggi	83	51,9
	• Rendah	77	48,1
2.	Penghasilan Tambahan		
	• Tinggi	46	28,8
	• Rendah	114	71,3

Dari tabel nampak bahwa 83 lansia (51,9%) memiliki penghasilan tetap tergolong tinggi dan 77 lansia (48,1%) memiliki penghasilan tergolong rendah. Sedangkan 46 lansia (28,8%) memiliki penghasilan tambahan tergolong tinggi sedangkan 114 lansia (71,3%) memiliki penghasilan tergolong rendah.

Tabel 5.13. Distribusi Responden Menurut Kepesertaan Posyandu Lansia

Kepesertaan Posyandu	Jumlah	Persentase
Ya	117	73,1
Tidak	43	26,9
Total	160	100,0

Tabel di atas mengungkapkan bahwa sebagian besar responden yakni 117 responden (73,1%) ikut dalam Posyandu Lansia dan 43 responden (26,9%) tidak ikut.

5.2.3. Gambaran Lama Sakit dan Penyakit Penyerta Lansia Terkait Keluhan Rematik

Lamanya keluhan dirasakan responden bervariasi antara 1 – 72 bulan (mean = 19,91 bulan, SD = 18,168 bulan). Dengan standar penyakit kronis 6 bulan, maka lamanya sakit dapat dikategorikan dalam tabel 5.14 di bawah ini.

Tabel 5.14. Distribusi Responden Menurut Lama Sakit Dirasakan pada Lansia dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Kategori lama sakit	Jumlah	Persentase
Kronis	120	75
Tidak Kronis	40	25
Total	160	100

Secara alamiah, lansia akan mengalami berbagai kemunduran fisik. Oleh karena itu seringkali lansia tidak hanya mempunyai satu keluhan penyakit, namun beberapa keluhan penyakit penyerta (komorbid). Di bawah ini disajikan tabel 5.15 mengenai ada tidaknya penyakit penyerta pada responden.

Tabel 5.15. Distribusi Responden Menurut Penyakit Penyerta pada Lansia Dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Penyakit Penyerta	Jumlah	Persentase
Ya	125	78,1
Tidak	35	21,9
Total	160	100,0

Dalam penelitian ini terungkap bahwa penyakit penyerta yang banyak dikeluhkan oleh para lansia adalah darah tinggi, darah rendah, sesak nafas saat beraktivitas, sakit kepala dan wasir.

5.2.4. Gambaran kepemilikan asuransi

Berdasarkan kepemilikan asuransi, responden sebagian besar tidak memiliki asuransi yakni sebanyak 139 lansia (86,9%) dan 21 lansia memiliki asuransi (13,1%). Selengkapnya disajikan dalam tabel 5.17 di bawah ini.

Tabel 5.16. Distribusi Responden Menurut Kepemilikan Asuransi pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Kepemilikan Asuransi	Jumlah	Persentase
Ya	21	13,1
Tidak	139	86,9
Total	160	100,0

Dari tabel di atas nampak bahwa lansia yang memiliki asuransi kesehatan sebanyak 21 lansia (13,1%) dan yang tidak sebanyak 139 lansia (86,9%). Asuransi yang dimiliki adalah asuransi pensiunan PNS/veteran.

5.2.5. Gambaran Dorongan Untuk Bertindak

Ada dua variabel yang masuk dalam pendorong untuk bertindak yakni variabel anjuran dan variabel pengantar. Berikut ini disajikan tabel untuk masing-masing variabel anjuran dan variabel pengantar.

Tabel 5.17. Distribusi Responden Menurut Anjuran dan Pengantar pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

No	Variabel	Jumlah	Persentase
1.	Anjuran		
	• Ada Anjuran	75	46,9
	• Tidak Ada Anjuran	85	53,1
2.	Pengantar		
	• Ada Pengantar	42	26,3
	• Tidak Ada Pengantar	118	73,3

Untuk variabel anjuran, sebagian besar berobat dengan inisiatif sendiri/tanpa anjuran yakni sebanyak 85 lansia (53,1%). Bagi lansia yang

mendapatkan anjuran, sebagian besar anjuran didapat dari teman sebaya (40 lansia, 25%), keluarga yang berprofesi sebagai tenaga kesehatan (23 lansia, 14,4%), keluarga yang bukan tenaga kesehatan (8 lansia, 5%) dan tenaga kesehatan yang bukan keluarga (4 lansia, 2,5%)

Adapun untuk variabel pengantar, mayoritas lansia pergi berobat tanpa pengantar/sendiri yakni sebanyak 118 lansia (73,3%). Lansia yang diantar untuk berobat biasanya diantar oleh keluarga (27 lansia, 16,9%), oleh penganjur non keluarga (8 lansia, 5%) dan oleh pasangan (7 lansia, 4,4%).

5.2.6. Gambaran Persepsi Lansia Terkait Rematik

Gambaran tentang persepsi responden terhadap rematik dikelompokkan menjadi 2 (dua) yakni persepsi kegawatan rematik dan persepsi akibat rematik terhadap aktivitas sehari-hari dan sosial. Jumlah skor persepsi kegawatan responden berkisar antara 9–45 (mean = 30,66; SD= 9,850). Sedangkan skor persepsi akibat berkisar 2–8 (mean = 5,28; SD= 1,910). Adapun gambaran karakteristik untuk masing-masing persepsi setelah dikategorikan dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.18. Distribusi responden menurut persepsi pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

No	Variabel	Jumlah (N)	Persentase
1.	Persepsi tentang kegawatan rematik		
	• Gawat	83	51,9
	• Tidak Gawat	77	48,1
2.	Persepsi tentang akibat rematik		
	• Mengganggu	80	50
	• Tidak mengganggu	80	50

5.2.7. Perbandingan Karakteristik Responden antar Kecamatan

Dalam penelitian ini diambil responden dari 4 kecamatan di Kota Yogyakarta yaitu Kecamatan Gondokusuman, Kecamatan Kotagede, Kecamatan

Mantrijeron dan Kecamatan Tegalrejo. Untuk mengetahui bagaimana variasi data antar kecamatan dilakukan uji statistik. Data penelitian ini tidak memenuhi syarat uji Anova yaitu distribusi normal, sehingga dipakai uji non parametrik Kruskal-Wallis (Murti, 1996). Hasil uji Kruskal Wallis untuk beberapa variabel dijabarkan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 5.19. Hasil Uji Kruskal Wallis Pada Variabel Persepsi Kegawatan, Persepsi Akibat, Usia, Penghasilan Tetap Dan Penghasilan Tambahan Berdasar Kecamatan

	Persepsi Kegawatan	Persepsi Akibat	Usia	Penghasilan Tetap	Penghasilan Tambahan
Mean Rank GK	81,49	84,23	80,49	76,69	79,42
Mean Rank KG	82,01	77,07	83,0	76,74	87,99
Mean Rank MJ	78,09	71,18	76,76	96,50	73,35
Mean Rank TR	69,65	71,05	78,40	74,10	77,85
Chi-Square	0,683	1,979	0,231	2,731	1,609
df	3	3	3	3	3
p	0,877	0,577	0,972	0,435	0,657

Keterangan : GK : Gondokusuman, KG : Kotagede, MJ : Mantrijeron, TR : Tegalrejo

Untuk semua variabel (persepsi kegawatan, persepsi akibat, usia, penghasilan tetap dan penghasilan tambahan) nampak bahwa nilai $p > 0,05$. Berarti distribusi karakteristik populasi untuk variabel persepsi kegawatan, persepsi akibat, usia, penghasilan tetap dan penghasilan tambahan pada empat kecamatan yang dipilih tidak ada perbedaan yang signifikan (sama/identik).

5.3. Analisis Bivariat

5.3.1. Hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di

Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.20. Distribusi responden menurut jenis kelamin dan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Jenis Kelamin	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes		N	%		
	N	%	n	%				
Perempuan	52	58,4	37	41,6	89	100	0,911	0,915
Laki-laki	43	60,6	28	39,4	71	100		(0,485 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		1,728)

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia perempuan yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 52 orang (58,4%) sedangkan lansia laki-laki yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 43 orang (60,6%). Hasil uji beda proporsi *Chi Square* antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki mendapati bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki terkait perilaku pencarian kesehatan rematik (nilai $p = 0,911$).

5.3.2. Hubungan antara usia dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara usia dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.21. Distribusi Responden Menurut Usia dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Usia	Pencarian Pengobatan						P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Lansia Tua	22	53,7	19	46,3	41	100	0,497	0,730
Lansia	73	61,3	46	38,7	119	100		(0,357 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		1,493)

Hasil analisis hubungan antara usia dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia tua yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 22 orang (53,7%) sedangkan lansia yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 73 orang (61,3%). Hasil uji beda proporsi *Chi Square* antara kelompok umur lansia tua dengan lansia mendapati bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara kelompok umur lansia tua dan kelompok umur lansia terkait perilaku pencarian kesehatan rematik (nilai $p = 0,497$).

5.3.3. Hubungan antara suku/etnis dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara suku/etnis dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.22. Distribusi Responden Menurut Suku dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Suku	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	n	%	n	%	n	%		
Non Jawa	17	65,4	9	34,6	26	100	0,643	1,356
Jawa	78	58,2	56	41,8	134	100		(0,564 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		3,263)

Hasil analisis hubungan antara suku dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia Suku non Jawa yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 17 orang (65,4%) sedangkan lansia Suku Jawa yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 78 orang (58,2%). Hasil uji beda proporsi *Chi Square* antara kelompok suku Jawa dengan non Jawa mendapati bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara kelompok suku Jawa dan kelompok suku Non Jawa terkait perilaku pencarian kesehatan rematik (nilai $p = 0,643$).

5.3.4. Hubungan antara pekerjaan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara pekerjaan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.23. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Pekerjaan	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	n	%	n	%	n	%		
Aktif Bekerja	29	55,8	23	44,2	52	100	0,637	0,802
Tidak Bekerja	66	61,6	42	39,8	42	100		(0,411 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		1,586)

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia yang aktif bekerja yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 29 orang (55,8%) sedangkan lansia tidak bekerja yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 66 orang (61,6%). Hasil uji beda proporsi *Chi Square* antara kelompok lansia aktif bekerja dengan tidak bekerja mendapati bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara kelompok lansia yang aktif bekerja dengan yang tidak bekerja terkait perilaku pencarian kesehatan rematik (nilai $p = 0,637$).

5.3.5. Hubungan antara pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.24. Distribusi responden menurut pendidikan dan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Pendidikan	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	n	%	n	%	n	%		
Tinggi	22	55,0	18	45,0	40	100	0,642	0,787
Rendah	73	60,8	47	39,2	120	100		(0,382 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		1,621)

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia dengan pendidikan tinggi yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 22 orang (55,0%) sedangkan lansia dengan pendidikan rendah yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 73 orang (60,8%). Hasil uji beda proporsi *Chi Square* antara kelompok pendidikan tinggi dengan pendidikan rendah mendapati bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara kelompok pendidikan tinggi dan kelompok pendidikan rendah terkait perilaku pencarian kesehatan rematik (nilai $p = 0,642$).

5.3.6. Hubungan antara kepesertaan Posyandu Lansia dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara kepesertaan Posyandu Lansia dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.25. Distribusi Responden Menurut Kepesertaan Posyandu Lansia dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Posyandu Lansia	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	n	%	n	%	n	%		
Ya	83	70,9	34	29,1	117	100	0,0001	6,306
Tidak	12	27,9	31	72,1	43	100		(2,9 – 13,7)
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		

Hasil analisis hubungan antara kepesertaan Posyandu Lansia dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia yang ikut Posyandu Lansia yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 83 orang (70,9%) sedangkan lansia yang tidak ikut Posyandu Lansia yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 12 orang (27,9%).

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,0001$, yang artinya bahwa ada perbedaan proporsi antara lansia yang ikut posyandu dan yang tidak ikut posyandu terkait perilaku pencarian pengobatan. Dari tabel 5.25. didapatkan OR sebesar 6,306 (95% CI = 2,9 – 13,7), yang artinya lansia yang ikut Posyandu berpeluang 6,3 kali untuk mencari pengobatan ke tenaga kesehatan dibanding lansia yang tidak ikut Posyandu.

5.3.7. Hubungan antara penghasilan tetap dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara penghasilan tetap dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.26. Distribusi Responden Menurut Penghasilan Tetap Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Penghasilan Tetap	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	N	%	n	%	N	%		
Tinggi	48	57,8	35	42,2	83	100	0,801	0,875
Rendah	47	61,0	30	39,0	77	100		(6,465 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		1,674)

Hasil analisis hubungan antara penghasilan tetap dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia dengan penghasilan tetap tinggi yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 48 orang (57,8%) sedangkan lansia dengan penghasilan tetap rendah yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 47 orang (61,0%).

Hasil uji beda proporsi *Chi Square* antara kelompok penghasilan tetap tinggi dan penghasilan tetap rendah mendapati bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara kelompok penghasilan tetap tinggi dan penghasilan tetap rendah terkait perilaku pencarian kesehatan rematik (nilai $p = 0,801$).

5.3.8. Hubungan antara penghasilan tambahan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara penghasilan tambahan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.27. Distribusi Responden Menurut Penghasilan Tambahan Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Pendapatan Tambahan	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	N	%	n	%	N	%		
Tinggi	33	72,7	13	28,3	46	100	0,065	2,129
Rendah	62	54,4	52	45,6	114	100		(1,016 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		4,463)

Hasil analisis hubungan antara penghasilan tambahan dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia dengan penghasilan tambahan tinggi yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 33 orang (72,7%) sedangkan lansia dengan penghasilan tambahan rendah yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 62 orang (54,4%). Hasil uji beda proporsi *Chi Square* antara kelompok penghasilan tambahan tinggi dan penghasilan tambahan rendah mendapati bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara kelompok penghasilan tetap tinggi dan penghasilan tetap rendah terkait perilaku pencarian kesehatan rematik (nilai $p = 0,065$).

5.3.9. Hubungan antara lama sakit dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara lama sakit dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.28. Distribusi Responden Menurut Lama Sakit Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Lama Sakit	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	N	%	n	%	N	%		
Kronis	80	66,7	40	33,3	120	100	0,002	3,333
Tidak Kronis	15	37,5	25	62,5	40	100		(1,584 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		7,016)

Hasil analisis hubungan antara lama sakit dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia sakitnya kronis yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 80 orang (66,7%) sedangkan lansia yang sakitnya tidak kronis yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 15 orang (37,5%).

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,002$, yang artinya bahwa ada perbedaan proporsi antara lansia yang sakitnya kronis dan lansia yang sakitnya tidak kronis terkait perilaku pencarian pengobatan. Nilai OR yang didapatkan sebesar 3,333 (95% CI = 1,584 – 7,016), yang artinya peluang lansia yang sakitnya kronis untuk mencari pengobatan ke tenaga kesehatan 3,3 kali lebih besar dibanding lansia yang sakitnya tidak kronis.

5.3.10. Hubungan antara persepsi kegawatan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang persepsi kegawatan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.29. Distribusi Responden Menurut Persepsi Kegawatan Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Persepsi Kegawatan	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	n	%	n	%	N	%		
Gawat	77	92,8	6	7,20	83	100	0,0001	42,065
Tidak Gawat	18	23,4	59	76,6	77	100		(15,72 – 112,55)
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		

Hasil analisis hubungan antara persepsi kegawatan dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia yang mempunyai persepsi gawat yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 77 orang (92,8%) sedangkan lansia yang mempunyai persepsi tidak gawat yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 18 orang (23,4%).

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,0001$, yang artinya bahwa ada perbedaan proporsi antara lansia yang mempunyai persepsi gawat dan yang mempunyai persepsi tidak gawat terkait perilaku pencarian pengobatan. Nilai OR yang didapatkan sebesar 42,065 (95% CI = 15,72 – 112,55), yang artinya lansia yang mempunyai persepsi gawat berpeluang 42,065 kali untuk mencari pengobatan ke tenaga kesehatan dibanding lansia yang mempunyai persepsi tidak gawat.

5.3.11. Hubungan antara persepsi akibat dengan perilaku pencarian

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang persepsi akibat dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.30. Distribusi Responden Menurut Persepsi Akibat Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Persepsi Akibat	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes		N	%		
	N	%	n	%				
Mengganggu	75	93,8	50	6,3	80	100	0,0001	45,0
Tidak Mengganggu	20	25,0	60	60,0	80	100		(15,95 – 126,95)
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		

Hasil analisis hubungan antara persepsi kegawatan dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia yang mempunyai persepsi mengganggu yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 75 orang (93,8%) sedangkan lansia yang mempunyai persepsi tidak mengganggu yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 20 orang (25,0%).

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,0001$, yang artinya bahwa ada perbedaan proporsi antara lansia yang mempunyai persepsi mengganggu dan yang mempunyai persepsi tidak mengganggu terkait perilaku pencarian pengobatan. Nilai OR yang didapatkan sebesar 45,0 (95% CI = 15,95 – 126,95), yang artinya lansia yang mempunyai persepsi mengganggu berpeluang 45 kali untuk mencari pengobatan ke tenaga kesehatan dibanding lansia yang mempunyai persepsi tidak mengganggu.

5.3.12. Hubungan antara penyakit penyerta dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara penyakit penyerta dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.31. Distribusi Responden Menurut Penyakit Penyerta Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Penyakit Penyerta/ Komorbid	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	n	%	n	%	n	%		
Ya	77	61,6	48	38,4	117	100	0,279	1,515
Tidak	18	51,4	17	48,6	43	100		(0,712 – 3,22)
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		

Hasil analisis hubungan antara penyakit penyerta dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia dengan penyakit penyerta yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 77 orang (61,6%) sedangkan lansia tanpa penyakit penyerta yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 18 orang (51,4%). Hasil uji beda proporsi *Chi Square* antara kelompok yang mempunyai penyakit penyerta dan kelompok yang tidak mempunyai penyakit penyerta mendapati bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara kelompok yang mempunyai penyakit penyerta dan kelompok yang tidak mempunyai penyakit penyerta terkait perilaku pencarian kesehatan rematik (nilai $p = 0,279$).

5.3.13. Hubungan antara asuransi dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara asuransi dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.32. Distribusi Responden Menurut Asuransi Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Asuransi	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	n	%	n	%	n	%		
Ya	10	47,6	11	52,4	21	100	0,348	0,578
Tidak	85	61,2	54	38,8	139	100		(0,230 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		1,452)

Hasil analisis hubungan antara asuransi dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia yang memiliki asuransi yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 10 orang (47,6%) sedangkan lansia yang tidak memiliki asuransi yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 85 orang (61,2%). Hasil uji beda proporsi *Chi Square* antara kelompok yang mempunyai asuransi dan kelompok yang tidak mempunyai asuransi mendapati bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara kelompok yang mempunyai asuransi dan kelompok yang tidak mempunyai asuransi terkait perilaku pencarian kesehatan rematik (nilai $p = 0,348$).

5.3.14. Hubungan antara pengantar dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang pengantar dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.33. Distribusi Responden Menurut Pengantar Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Pengantar	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	n	%	n	%	N	%		
Ada	41	97,6	1	2,40	42	100	0,0001	48,593
Tidak	54	45,8	64	54,6	118	100		(6,469 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		365,031)

Hasil analisis hubungan antara pengantar dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia yang mempunyai pengantar yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 41 orang (97,6%) sedangkan lansia yang tidak mempunyai pengantar yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 54 orang (45,8%).

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,0001$, yang artinya bahwa ada perbedaan proporsi antara lansia yang mempunyai pengantar dan yang tidak mempunyai pengantar terkait perilaku pencarian pengobatan. Nilai OR yang didapatkan sebesar 48,593 (95% CI = 6,469–365,031), yang artinya lansia yang mempunyai pengantar berpeluang 48,5 kali untuk mencari pengobatan ke tenaga kesehatan dibanding lansia tidak mempunyai pengantar.

5.3.15. Hubungan antara anjuran dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam rangka mendapatkan gambaran tentang hubungan antara asuransi dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009, maka dilakukan analisis dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.34. Distribusi Responden Menurut Anjuran Dan Perilaku Pencarian Pengobatan Lansia Dengan Keluhan Rematik Di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Anjuran	Pencarian Pengobatan				Total		P value	OR (95% CI)
	Nakes		Non Nakes					
	n	%	n	%	n	%		
Ya	38	50,7	37	49,3	75	100	0,052	0,505
Tidak	57	67,1	28	32,9	85	100		(0,266 –
Jumlah	95	59,4	65	40,6	160	100		0,975)

Hasil analisis hubungan antara anjuran dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia yang diberi anjuran yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 38 orang (50,7%) sedangkan lansia yang tidak diberi anjuran yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 57 orang (67,1%). Hasil uji beda proporsi *Chi Square* antara kelompok yang mendapat anjuran dan kelompok yang tidak mendapat anjuran mendapati bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara kelompok yang mendapat anjuran dan kelompok yang tidak mendapat anjuran terkait perilaku pencarian kesehatan rematik (nilai $p = 0,052$).

5.4. Analisis Multivariat

5.4.1. Pemilihan Kandidat Multivariat

Pemilihan kandidat variabel yang masuk dalam model multivariat dilakukan melalui analisis terhadap masing-masing variabel kovariat. Variabel yang masuk dalam model multivariate adalah variabel yang mempunyai nilai kovariat hasil uji *likelihood ratio* $\leq 0,25$. Ringkasan evaluasi hasil regresi logistik masing-masing kovariat dengan variabel terikat (perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik) berdasarkan *likelihood ratio test* yang terdapat pada *Omnibus Tests of Model Coefficient*. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.14 di bawah ini.

Tabel 5.35. Hasil seleksi bivariate masing-masing kovariat dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009

Variabel	P value
Umur	0,389
Jenis Kelamin	0,784
Posyandu	0,0001
Komorbid	0,281
Anjuran	0,035
Pekerjaan	0,520
Suku	0,492
Pendidikan	0,517
Persepsi Kegawatan	0,0001
Persepsi Gangguan	0,0001
Pengantar	0,001
Lama	0,0001
Akibat	0,680
Penghasilan tetap	0,680
Penghasilan tambahan	0,040
Asuransi	0,243

Hasil seleksi bivariat menghasilkan 8 variabel yang nilai p-nya $\leq 0,25$, yakni variabel posyandu, anjuran, persepsi kegawatan, persepsi akibat, pengantar, lama sakit, penghasilan tambahan dan asuransi. Variabel pendapatan tetap memiliki nilai $p > 0,25$, namun variabel ini tetap akan dianalisis multivariat karena secara substansi berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan.

5.4.2. Tahap pemodelan

Analisis multivariat bertujuan untuk mendapatkan model terbaik dalam menentukan variabel yang paling dominan sebagai determinan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik. Semua variabel yang menjadi kandidat multivariat ini dimasukkan ke dalam pemodelan secara bersama-sama, yang dilanjutkan evaluasi hasil regresi logistik dengan melihat tabel *Variables in the Equation* pada kolom *Sig*, dengan standar $\alpha = 0,05$. Variabel yang mempunyai nilai *p* lebih besar dari nilai *alpha* dikeluarkan dari pemodelan secara satu per satu, dimulai dari variabel yang memiliki nilai *p* terbesar. Variabel yang telah dikeluarkan juga dapat dimasukkan kembali ke dalam pemodelan, dengan pertimbangan melihat dari perubahan nilai *Odds Ratio* (OR) pada kolom *Exp(B)* sebelum dan setelah dikeluarkan dari pemodelan. Apabila terdapat perubahan nilai OR lebih dari 10 persen, maka variabel tersebut dimasukkan kembali ke dalam pemodelan.

5.4.2.1. Pemodelan tahap I

Berdasarkan evaluasi hasil seleksi bivariat, terdapat sembilan variabel yang menjadi kandidat model multivariat. Hasil model multivariat tahap I dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.36. Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap I

Variabel	B	S.E.	Wald	P value	Exp(B)	CI 95%
Posyandu	4,339	1,544	7,898	0,005	76,616	3,717 - 1579,333
Asuransi	-1,024	0,892	1,317	0,251	0,359	0,063 - 2,063
Anjuran	-0,499	0,860	0,337	0,562	0,607	0,113 - 3,275
Gawat	3,796	1,073	12,512	0,000	44,538	5,435 - 364,980
Antar	2,846	1,418	4,025	0,045	17,216	1,068 - 277,515
Ptetap	-0,735	1,100	0,447	0,504	0,479	0,055 - 4,140
Ptambah	-1,339	1,316	1,035	0,309	0,262	0,020 - 3,457
LamaDurasi	0,098	0,925	0,011	0,915	1,103	0,180 - 6,761
Akibat	4,557	1,011	20,307	0,000	95,341	13,135 - 692,047

Dari hasil analisis terlihat adanya empat variabel yang nilai p-nya $> 0,05$ yaitu asuransi, anjuran, penghasilan tetap, penghasilan tambahan dan lama sakit.

5.4.2.2. Pemodelan tahap II

Hasil analisis pada tabel di atas dilanjutkan dengan membuat model multivariat tanpa disertai dengan variabel lama sakit (nilai $p = 0,915$) menghasilkan model multivariat tahap II, yang dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.37. Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap II

Variabel	B	S.E.	Wald	P value	Exp(B)	CI 95%
Posyandu	4,354	1,538	8,013	0,005	77,791	3,817 - 1585,524
Asuransi	-1,044	0,872	1,433	0,231	0,352	0,064 - 1,944
Anjuran	-0,493	0,858	0,330	0,566	0,611	0,114 - 3,283
GawatKat	3,832	1,022	14,068	0,000	46,163	6,232 - 341,962
Antar	2,820	1,394	4,096	0,043	16,781	1,093 - 257,630
Ptetap	-0,714	1,077	0,439	0,507	0,490	0,059 - 4,041
Ptambah	-1,328	1,309	1,029	0,310	0,265	0,020 - 3,447
Akibat	4,565	1,010	20,411	0,000	96,080	13,259 - 696,233

Setelah variabel lama sakit dikeluarkan, maka langkah selanjutnya adalah melihat perubahan pada nilai OR dengan membandingkan masing-masing kovariat sebelum dan sesudah variabel lama sakit dikeluarkan. Perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.38. Evaluasi perubahan OR dengan dan tanpa variabel lama sakit

Variabel	OR dengan lama sakit	OR tanpa lama sakit	Perubahan OR (%)
Posyandu	76,616	77,790	1,532
Asuransi	0,359	0,352	1,972
Anjuran	0,607	0,611	0,605
Gawat	44,538	46,163	3,648
Antar	17,215	16,781	2,525
Ptetap	0,479	0,489	2,192
Ptambah	0,262	0,265	1,101
Akibat	95,340	96,080	0,775

Berdasarkan hasil perbandingan nilai OR di atas, terlihat bahwa tidak ada variabel yang mengalami perubahan nilai OR > 10%. Dengan demikian variabel lama sakit dikeluarkan dari model.

5.4.2.3. Pemodelan tahap III

Pemodelan tahap III berupa analisis multivariat tanpa disertai variabel anjuran (nilai $p = 0,566$). Hasil pemodelan multivariatnya dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.39. Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap III

Variabel	B	S.E.	Wald	P value	Exp(B)	CI 95%
Posyandu	4,204	1,485	8,010	0,005	66,959	3,642 - 1230,952
Asuransi	-1,120	0,866	1,672	0,196	0,326	0,060 - 1,782
Gawat	3,938	1,005	15,372	0,000	51,340	7,168 - 367,710
Antar	2,652	1,345	3,890	0,049	14,180	1,017 - 197,757
Ptetap	-0,644	1,074	0,360	0,549	0,525	0,064 - 4,308
Ptambah	-1,130	1,249	0,819	0,366	0,323	0,028 - 3,737
Akibat	4,414	0,952	21,500	0,000	82,591	12,784 - 533,602

Setelah variabel anjuran dikeluarkan, maka langkah selanjutnya adalah melihat perubahan pada nilai OR dengan membandingkan masing-masing kovariat sebelum dan sesudah variabel variabel anjuran dikeluarkan. Perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.40. Evaluasi Perubahan Nilai OR Dengan Dan Tanpa Variabel Anjuran

Variabel	OR dengan variabel anjuran	OR tanpa variabel anjuran	Perubahan OR (%)
Posyandu	76,616	66,958	12,604
Asuransi	0,359	0,326	9,196
Gawat	44,538	51,339	15,271
Antar	17,215	14,180	17,632
Ptetap	0,479	0,525	9,580
Ptambah	0,262	0,322	23,179
Akibat	95,340	82,591	13,372

Berdasarkan hasil perbandingan nilai OR di atas, terlihat bahwa variabel posyandu, persepsi kegawatan, persepsi akibat, pengantar dan penghasilan tambahan mengalami perubahan nilai OR > 10%. Dengan demikian variabel anjuran menjadi *confounding factor* pada hubungan antara posyandu dengan perilaku pencarian pengobatan, antara persepsi kegawatan dengan perilaku pencarian pengobatan, antara persepsi akibat dengan dengan perilaku pencarian pengobatan, antara pengantar dengan perilaku pencarian pengobatan dan antara penghasilan tambahan dengan perilaku pencarian pengobatan. Untuk itu variabel anjuran dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Pemodelan selanjutnya adalah dengan mengeluarkan variabel penghasilan dari pemodelan (nilai $p = 0,507$).

5.4.2.4. Pemodelan tahap IV

Pemodelan tahap IV berupa analisis multivariat tanpa disertai variabel penghasilan tetap. Hasil pemodelan multivariatnya dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.41. Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap IV

Variabel	B	S.E.	Wald	P value	Exp(B)	CI 95%
Posyandu	4,163	1,464	8,090	0,004	64,273	3,649 - 1132,123
Asuransi	-1,044	0,872	1,432	0,231	0,352	0,064 - 1,946
Gawat	3,694	0,969	14,527	0,000	40,189	6,015 - 268,527
Antar	2,964	1,439	4,243	0,039	19,377	1,155 - 325,192
Ptambah	-0,749	0,958	0,610	0,435	0,473	0,072 - 3,095
Akibat	4,330	0,905	22,880	0,000	75,915	12,879 - 447,496
Anjuran	-0,422	0,848	0,248	0,618	0,656	0,125 - 3,452

Setelah variabel anjuran dikeluarkan, maka langkah selanjutnya adalah melihat perubahan pada nilai OR dengan membandingkan masing-masing kovariat sebelum dan sesudah variabel penghasilan tetap dikeluarkan. Perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.42. Evaluasi Perubahan Nilai OR Dengan Dan Tanpa Variabel Penghasilan Tetap

Variabel	OR dengan variabel penghasilan tetap	OR tanpa variabel penghasilan tetap	Perubahan OR (%)
Posyandu	76,616	64,273	16,109
Asuransi	0,359	0,352	1,997
Anjuran	0,607	0,655	7,962
Gawat	44,538	40,18896	9,765
Antar	17,215	19,376	12,552
Ptambah	0,2621	0,473	80,423
Akibat	95,340	75,914	20,375

Berdasarkan hasil perbandingan nilai OR di atas, terlihat bahwa variabel posyandu, persepsi akibat, pengantar dan penghasilan tambahan mengalami perubahan nilai OR > 10%. Dengan demikian variabel penghasilan tetap menjadi *confounding factor* pada hubungan antara posyandu dengan perilaku pencarian

pengobatan, antara persepsi akibat dengan perilaku pencarian pengobatan, antara pengantar dengan perilaku pencarian pengobatan dan antara penghasilan tambahan dengan perilaku pencarian pengobatan. Untuk itu variabel penghasilan tambahan dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Pemodelan selanjutnya adalah dengan mengeluarkan variabel penghasilan tambahan dari pemodelan (nilai $p = 0,310$).

5.4.2.5. Pemodelan tahap V

Pemodelan tahap V berupa analisis multivariat tanpa disertai variabel penghasilan tambahan. Hasil pemodelan multivariatnya dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.43. Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap V

Variabel	B	S.E.	Wald	P value	Exp(B)	CI 95%
Posyandu	3,913	1,344	8,481	0,004	50,067	3,595 - 697,228
Asuransi	-0,939	0,863	1,185	0,276	0,391	0,072 - 2,121
Gawat	3,529	0,916	14,829	0,000	34,088	5,657 - 205,423
Antar	2,771	1,471	3,547	0,060	15,973	0,893 - 285,588
Akibat	4,304	0,917	22,006	0,000	73,978	12,251 - 446,702
Anjuran	-0,256	0,808	0,100	0,751	0,774	0,159 - 3,773
Ptetap	0,027	0,775	0,001	0,972	1,027	0,225 - 4,693

Setelah variabel penghasilan tambahan dikeluarkan, maka langkah selanjutnya adalah melihat perubahan pada nilai OR dengan membandingkan masing-masing kovariat sebelum dan sesudah variabel penghasilan tetap dikeluarkan. Perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.44. Evaluasi Perubahan Nilai OR Dengan Dan Tanpa Variabel Penghasilan Tambahan

Variabel	OR dengan variabel penghasilan tambahan	OR tanpa variabel penghasilan tambahan	Perubahan OR (%)
Posyandu	76,616	50,067	34,651
Asuransi	0,359	0,390	8,809
Anjuran	0,607	0,774	27,489
Gawat	44,538	34,087	23,463
Antar	17,215	15,973	7,218
Ptetap	0,479	1,027	114,350
Akibat	95,340	73,977	22,407

Berdasarkan hasil perbandingan nilai OR di atas, terlihat bahwa variabel posyandu, persepsi kegawatan, persepsi akibat, anjuran dan penghasilan tetap mengalami perubahan nilai OR > 10%. Dengan demikian variabel penghasilan tambahan menjadi *confounding factor* pada hubungan antara posyandu dengan perilaku pencarian pengobatan, antara persepsi akibat dengan perilaku pencarian pengobatan, antara persepsi kegawatan dengan perilaku pencarian, antara anjuran dengan perilaku pencarian pengobatan dan antara penghasilan tetap dengan perilaku pencarian pengobatan. Untuk itu variabel penghasilan tambahan dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Pemodelan selanjutnya adalah dengan mengeluarkan variabel asuransi (nilai $p = 0,231$).

5.4.2.6. Pemodelan tahap VI

Pemodelan tahap VI berupa analisis multivariat tanpa disertai variabel asuransi. Hasil pemodelan multivariatnya dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.45. Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap VI

Variabel	B	S.E.	Wald	P value	Exp(B)	CI 95%	
Posyandu	3,891	1,354	8,256	0,004	48,951	3,445	- 695,585
Gawat	3,445	0,923	13,940	0,000	31,347	5,138	- 191,258
Antar	2,732	1,303	4,393	0,036	15,360	1,194	- 197,582
Akibat	4,637	0,972	22,766	0,000	103,185	15,363	- 693,057
Anjuran	-,634	0,837	0,574	0,449	0,530	0,103	- 2,735
Ptetap	-,733	1,103	0,442	0,506	0,481	0,055	- 4,172
Ptambah	-1,158	1,303	0,790	0,374	0,314	0,024	- 4,036

Setelah variabel asuransi dikeluarkan, maka langkah selanjutnya adalah melihat perubahan pada nilai OR dengan membandingkan masing-masing kovariat sebelum dan sesudah variabel penghasilan tetap dikeluarkan. Perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.17 berikut ini.

Tabel 5.46. Evaluasi Perubahan Nilai OR Dengan Dan Tanpa Variabel Asuransi

Variabel	OR dengan variabel asuransi	OR tanpa variabel asuransi	Perubahan OR (%)
Posyandu	76,616	48,950	36,109
Anjuran	0,607	0,530	12,655
Gawat	44,538	31,346	29,617
Antar	17,215	15,359	10,781
Ptetap	0,479	0,480	0,277
Ptambah	0,262	0,314	19,829
Akibat	95,340	103,184	8,227

Berdasarkan hasil perbandingan nilai OR di atas, terlihat bahwa variabel posyandu, persepsi kegawatan, anjuran, pengantar dan penghasilan tambahan mengalami perubahan nilai OR > 10%. Dengan demikian variabel asuransi menjadi *confounding factor* pada hubungan antara posyandu dengan perilaku pencarian pengobatan, antara persepsi kegawatan dengan perilaku pencarian

pengobatan, antara pengantar dengan perilaku pencarian, antara anjuran dengan perilaku pencarian pengobatan dan antara penghasilan tambahan dengan perilaku pencarian pengobatan. Untuk itu variabel asuransi dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Karena sudah tidak ada lagi variabel yang nilai p-nya $> 0,05$ maka didapatkan model terakhir. Uji interaksi tidak dilakukan karena tidak ada variabel yang secara substansi diduga memiliki interaksi.

5.4.2.7. Pemodelan terakhir

Karena sudah tidak ada lagi variabel yang nilai p-nya $> 0,05$ maka didapatkan model terakhir. Uji interaksi tidak dilakukan karena tidak ada variabel yang secara substansi diduga memiliki interaksi. Hasil pemodelan multivariat terakhir dapat dilihat pada tabel 5.18 berikut ini.

Tabel 5.47. Hasil Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Tahap Terakhir

Variabel	B	S.E	Wald	P value	Exp(B)	CI 95%
Posyandu	4,354	1,538	8,013	0,005	77,791	3,817 - 1585,524
Gawat	3,832	1,022	14,068	0,000	46,163	6,232 - 341,962
Antar	2,820	1,394	4,096	0,043	16,781	1,093 - 257,630
Akibat	4,565	1,010	20,411	0,000	96,080	13,259 - 696,233
Anjuran	-0,493	0,858	0,330	0,566	0,611	0,114 - 3,283
Ptetap	-0,714	1,077	0,439	0,507	0,490	0,059 - 4,041
Ptambah	-1,328	1,309	1,029	0,310	0,265	0,020 - 3,447
Asuransi	-1,044	0,872	1,433	0,231	0,352	0,064 - 1,944

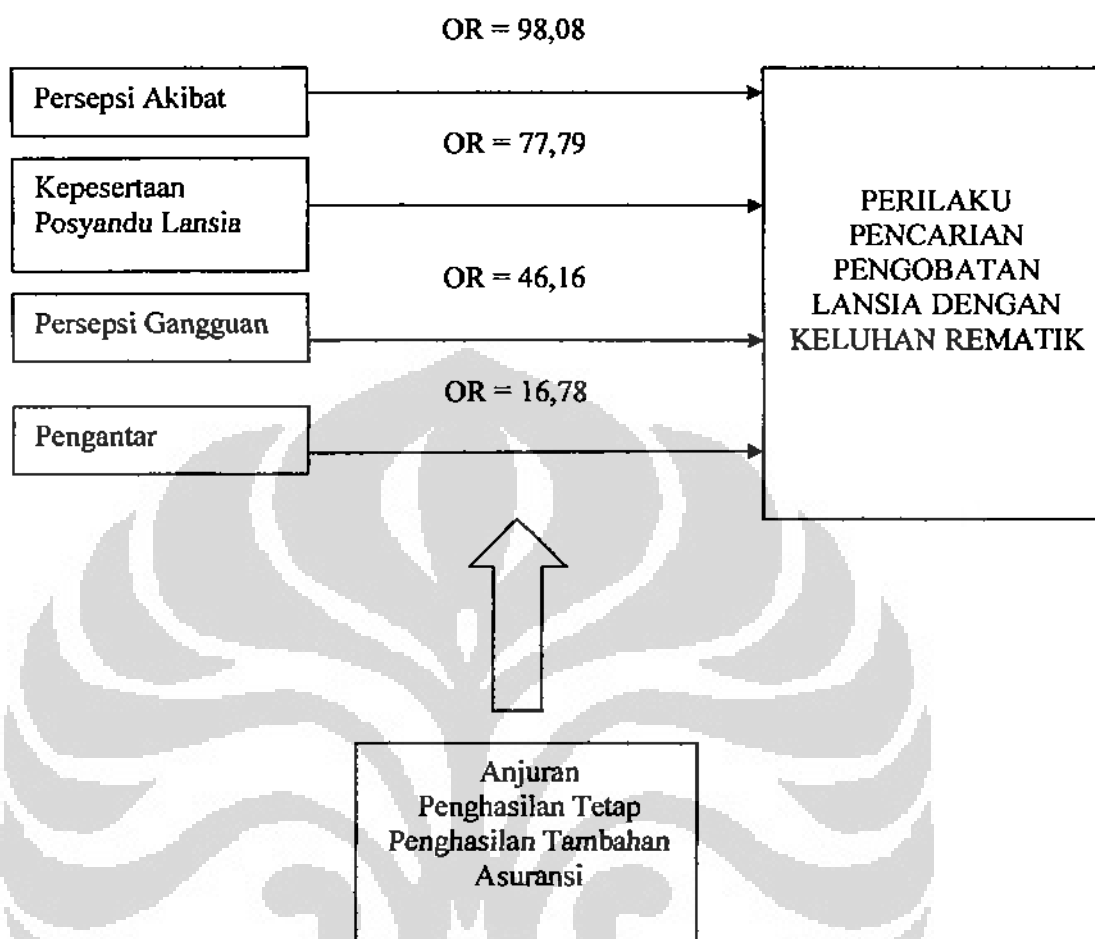
Dari analisis multivariat ternyata variabel yang berhubungan bermakna dengan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik adalah posyandu (p value = 0,005), persepsi kegawatan (p value = 0,0001), pengantar (p value = 0,043), persepsi akibat (p value = 0,0001). Sedangkan variabel anjuran, penghasilan tetap, penghasilan tambahan dan asuransi menjadi variabel konfounding.

Hasil analisis mendapatkan OR Posyandu adalah 77,79 artinya kemungkinan pencarian pengobatan ke tenaga kesehatan pada lansia yang ikut Posyandu 78 kali lebih tinggi daripada lansia yang tidak ikut Posyandu setelah dikontrol dengan variabel persepsi kegawatan, persepsi akibat, persepsi akibat, pengantar, anjuran, penghasilan tetap, penghasilan tambahan dan asuransi.

OR untuk variabel persepsi kegawatan sebesar 46,16 artinya kemungkinan pencarian pengobatan ke tenaga kesehatan pada lansia yang memiliki persepsi rematik gawat 46 kali lebih tinggi daripada lansia yang memiliki persepsi rematik tidak gawat setelah dikontrol dengan variabel posyandu, persepsi akibat, persepsi akibat, pengantar, anjuran penghasilan tetap, penghasilan tambahan dan asuransi.

OR untuk variabel persepsi akibat sebesar 98,08 artinya kemungkinan pencarian pengobatan ke tenaga kesehatan pada lansia yang memiliki persepsi rematik mengganggu 96 kali lebih tinggi daripada lansia yang memiliki persepsi rematik tidak mengganggu setelah dikontrol dengan variabel posyandu, persepsi kegawatan, pengantar, anjuran, penghasilan tetap, penghasilan tambahan dan asuransi.

OR untuk variabel pengantar 16,78 artinya kemungkinan pencarian pengobatan ke tenaga kesehatan pada lansia yang memiliki pengantar 17 kali lebih tinggi daripada lansia yang tidak memiliki pengantar setelah dikontrol dengan variabel posyandu, persepsi kegawatan, persepsi akibat, anjuran, penghasilan tetap, penghasilan tambahan dan asuransi. Variabel yang paling besar pengaruhnya adalah variabel persepsi akibat dengan nilai eksponen (B) 96,080.



Terkait variabel-variabel yang menjadi determinan perilaku pencarian pengobatan di bawah ini disampaikan tabel mengenai karakteristik responden terkait variabel yang menjadi determinan perilaku pencarian pengobatan.

Tabel 5.48. Distribusi Responden Berdasar Persepsi Akibat dan Karakteristik Predisposisi

Karakteristik		Persepsi Akibat			
		Mengganggu		Tidak Mengganggu	
		n	%	n	%
Jenis Kelamin	Perempuan	44	49,4	45	50,6
	Laki-laki	36	50,7	35	49,3
Usia	Lansia Tua	16	39,0	25	61,0
	Lansia	64	53,8	55	46,2
Pendidikan	Tinggi	18	45	22	55
	Rendah	62	51,7	58	48,3
Pekerjaan	Bekerja	29	55,8	23	44,2
	Tidak Bekerja	51	47,2	57	52,8
Kepesertaan	Ya	66	56,4	51	43,6
Posyandu	Tidak	14	32,6	29	67,4

Dari tabel 5.48 di atas nampak bahwa jenis kelamin responden yang mempunyai persepsi mengganggu lebih banyak laki-laki dibanding perempuan (50,7% dibanding 49,4%), usia lebih muda (53,8% dibanding 39%), pendidikan rendah (51,7% dibanding 45%), bekerja dibanding tidak bekerja (55,8% dibanding 47,2%) dan yang ikut posyandu lansia (56,4% dibanding 32,6%).

Tabel 5.49. Distribusi Responden Berdasar Kepesertaan Posyandu dan Karakteristik Predisposisi

Karakteristik		Kepesertaan Posyandu			
		Ya		Tidak	
		n	%	n	%
Jenis Kelamin	Perempuan	69	77,5	20	22,5
	Laki-laki	48	67,6	23	32,4
Usia	Lansia Tua	27	65,9	14	34,1
	Lansia	90	75,6	29	24,4
Pendidikan	Tinggi	25	62,7	15	37,5
	Rendah	92	76,7	28	23,3
Pekerjaan	Bekerja	38	73,1	14	26,9
	Tidak Bekerja	79	73,1	29	26,9

Dari tabel 5.49 di atas nampak bahwa jenis kelamin responden yang mengikuti posyandu lebih banyak perempuan dibanding laki-laki (77,5% dibanding 67,6%), usia lebih muda (75,6% dibanding 65,9%) dan pendidikan rendah (76,6% dibanding 62,7%). Sedangkan berdasar pekerjaan tidak ada perbedaan persentase lansia bekerja dan tidak bekerja.

Tabel 5.50. Distribusi Responden Berdasar Persepsi Kegawatan dan Karakteristik Predisposisi

Karakteristik		Persepsi Kegawatan			
		Gawat		Tidak Gawat	
		n	%	n	%
Jenis Kelamin	Perempuan	52	58,4	37	41,6
	Laki-laki	31	43,7	40	56,3
Usia	Lansia Tua	20	48,8	21	51,2
	Lansia	63	52,9	56	47,1
Pendidikan	Tinggi	20	50,0	20	50,0
	Rendah	63	52,5	57	47,5
Pekerjaan	Bekerja	22	42,3	30	57,7
	Tidak Bekerja	61	56,5	47	43,5
Kepesertaan	Ya	69	59,0	48	41
Posyandu	Tidak	14	32,6	29	67,4

Dari tabel 5.50 di atas nampak bahwa jenis kelamin responden yang mempunyai persepsi gawat lebih banyak perempuan dibanding laki-laki (58,4% dibanding 43,7%), usia lebih muda (52,9% dibanding 48,8%), pendidikan rendah (52,5% dibanding 50%), tidak bekerja (56,5%) dan yang ikut posyandu lansia (59% dibanding 32,6%).

Tabel 5.51. Distribusi Responden Berdasar Pengantar dan Karakteristik Predisposisi

Karakteristik		Pengantar			
		Ada		Tidak Ada	
		n	%	n	%
Jenis Kelamin	Perempuan	29	32,6	60	67,4
	Laki-laki	13	18,3	58	81,7
Usia	Lansia Tua	13	31,7	28	68,3
	Lansia	29	24,4	90	75,6
Pendidikan	Tinggi	13	32,5	27	67,5
	Rendah	29	24,2	91	75,8
Pekerjaan	Bekerja	6	11,5	46	88,5
	Tidak Bekerja	36	33,3	72	66,7

Dari tabel 5.51 di atas nampak bahwa jenis kelamin responden yang mempunyai pengantar lebih banyak perempuan dibanding laki-laki (32,6% dibanding 18,3%), usia lebih tua (31,7% dibanding 24%), pendidikan tinggi (32,5% dibanding 24,2%) dan tidak bekerja dibanding bekerja (33,3% dibanding 11,5%).

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan penelitian

6.1.1. Metode Pengumpulan Data

Pengukuran variabel yang dijadikan determinan perilaku pencarian pengobatan didasarkan pada ingatan lansia, sehingga kemungkinan bias informasi (*recall bias*) dapat saja terjadi, dimana ingatan responden akan menurun jika paparan atau peristiwa telah berlangsung lama. Hal ini secara umum menjadi sumber keterbatasan dalam penelitian survei. Untuk mengatasinya pertanyaan-pertanyaan dalam kuisioner disusun supaya memudahkan responden dalam menjawabnya, misalnya pencarian pengobatan yang ditanyakan adalah pencarian pengobatan terakhir, penyakit penyerta yang dialami satu bulan terakhir ini.

6.1.2. Pengambilan Sampel

Penelitian ini dilakukan di Kota Yogyakarta, untuk mewakili populasi kota seharusnya diambil sampel pada keseluruhan kecamatan yang ada di Kota Yogyakarta. Namun karena keterbatasan sumber daya peneliti hanya diambil empat kecamatan saja. Supaya hasil penelitian bisa menggambarkan kondisi Kota Yogyakarta, maka diambil 4 lokasi kecamatan yang berada di bagian utara, selatan, timur dan barat Kota Yogyakarta. Uji Kruskal-Willis dilakukan pada beberapa variabel, untuk membandingkan data antar kecamatan dan didapati bahwa karakteristik antar 4 kecamatan identik. Dengan demikian pengambilan sampel sudah memenuhi kaidah sampel klaster, yakni sehomogen mungkin antar klaster.

Dalam penelitian ini yang menjadi kriteria inklusi adalah adanya keluhan terkait rematik, sehingga hanya berdasar *self-report* saja. Karena keterbatasan peneliti, terkait keluhan yang dialami responden tidak dilakukan pemeriksaan untuk menentukan berat ringannya penyakit dan pemeriksaan penunjang lain untuk menegakkan diagnosis penyakit. Dengan demikian, keluhan bersifat subyektif dan tidak diketahui jenis penyakit yang menimbulkan keluhan, apakah karena osteoporosis atau jenis penyakit rematik tertentu.

6.2. Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1. Perilaku Pencarian Pengobatan pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2006

Penelitian ini mendapati bahwa para lansia di Kota Yogyakarta jika mengalami rematik maka 59,4% berobat ke tenaga kesehatan dan 40,6% berobat ke non tenaga kesehatan. Dilihat sepintas nampaknya sudah baik karena lebih banyak lansia yang berobat ke tenaga kesehatan. Namun jika melihat pilihan tempat berobat tanpa dikategorikan menjadi berobat ke tenaga kesehatan atau bukan tenaga kesehatan, maka didapatkan berbagai variasi perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik. Yang dilakukan oleh para lansia di Kota Yogyakarta jika mengalami rematik adalah mengobati sendiri (39,4%), ke pengobat tradisional (1,3%), ke puskesmas (13,1%), ke rumah sakit (21,3%), ke Puskesmas lalu dirujuk ke RS (7,5%), ke praktek swasta tenaga kesehatan (6,3%) dan ke posyandu lansia (11,3%). Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2007) yang menyatakan ada beberapa kemungkinan perilaku pencarian pengobatan pada seseorang yang merasakan sakit. Kemungkinan adalah (1) tidak melakukan apa-apa; (2) tindakan mengobati sendiri; (3) ke fasilitas pengobatan tradisional terutama untuk masyarakat pedesaan; (4) membeli obat yang dijual bebas baik di warung obat maupun di tukang jamu; (5) ke fasilitas pengobatan modern baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta dalam bentuk Puskesmas, Balai Pengobatan dan Rumah Sakit dan kemungkinan selanjutnya (6) mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*).

Dari berbagai pilihan pengobatan, ternyata yang banyak dipilih oleh para lansia di Kota Yogyakarta adalah mengobati sendiri. Jenis pengobatan sendiri yang dilakukan adalah obat oles (balsem, minyak gosok), obat tradisional/herbal (*jamu godog*/jamu rebus, mahkota dewa, beras merah), suplemen vitamin/mineral, obat cina dan bahkan berbagai obat modern seperti obat anti radang atau anti nyeri dan juga obat-obat anti rematik. Berbagai obat ini didapatkan dari warung, toko obat bahkan apotek. Yang mengherankan beberapa obat di atas seharusnya dibeli dengan resep dokter, namun demikian para lansia dapat membeli secara bebas di apotek dan toko obat.

Hasil Susenas 2007 juga mendapati bahwa 63,13% lansia di Indonesia jika mengalami sakit (tidak spesifik sakit apa) berobat sendiri. Dari jenis obat yang digunakan 12,32% menggunakan obat tradisional, 55,08% menggunakan obat modern, 1,23% menggunakan jenis obat yang lain dan 31,36% menggunakan jenis obat yang dikombinasikan. Abikusno (2002) juga menyatakan bahwa lansia di Jawa dan Bali cenderung mengobati diri sendiri dengan obat-obatan yang dijual bebas. Hal ini terjadi seiring ketersediaan obat dan kemudahan akses mendapatkan obat di Jawa dan Bali.

Yang kemudian menjadi perhatian adalah bahwa obat-obat anti nyeri/anti radang dan anti rematik dapat memberikan pengaruh yang kurang baik terhadap saluran pencernaan yakni merusak dinding dalam lambung dan faktor pelindung lambung. Gejala yang kerap timbul sebagai efek samping, antara lain gangguan maag berupa rasa sakit atau tidak nyaman di ulu hati, mual, muntah, perlukaan di lambung dan usus dua belas jari, hingga terbentuknya tukak/borok pada kedua organ tersebut. Tukak ini dapat menimbulkan perdarahan saluran cerna bagian atas dan jika berlanjut dapat menimbulkan kematian (Sudoyo, 2006).

6.2.2. Hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Wolinsky (1980) mengutip penelitian Andersen dan Anderson (1979) mengenai trend penggunaan pelayanan kesehatan di Amerika Serikat untuk masyarakat umum menjelaskan bahwa wanita cenderung lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan daripada pria. Perbedaan ini salah satunya karena perbedaan biologis yakni wanita mendapatkan pelayanan obstetri sehubungan dengan fungsi reproduksi. Dari sisi sosial, pada proses sosialisasi pria dibentuk dan diharapkan jauh lebih tahan terhadap rasa nyeri dan sakit.

Dalam penelitian ini diketahui bahwa hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,911$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian kesehatan mental lansia (Husaini, 2002) yang menyatakan bahwa wanita secara signifikan lebih banyak menggunakan

pelayanan kesehatan rawat jalan daripada pria. Penelitian kesehatan di 10 negara bagian Amerika (Arizona, California, Florida, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New York, Pennsylvania, South Carolina dan Virginia) untuk semua usia juga menyatakan bahwa jenis kelamin berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan (Goskin dan Hoffman, 2000).

Namun penelitian Freeborn (1990) yang juga dilakukan Amerika Serikat (negara bagian Oregon) mengenai perilaku pencarian pengobatan pada lansia menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan secara signifikan terhadap penggunaan pelayanan kesehatan. Penelitian Marshall et.al (1982) pada perilaku pencarian pengobatan pada pasien kanker, menjelaskan bahwa berpengaruh tidaknya jenis kelamin juga tergantung pada jenis kanker. Misalnya pada Hodgkin's Disease¹, jenis kelamin berpengaruh signifikan. Tapi pada jenis kanker lain misalnya kanker pankreas dan limfoma jenis kelamin tidak berpengaruh signifikan terhadap perilaku pencarian pengobatan. Dengan demikian, signifikan atau tidaknya hubungan jenis kelamin dengan perilaku pencarian pengobatan tergantung juga pada apa jenis penyakitnya dan di mana lokasi penelitian.

6.2.3. Hubungan antara usia dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Sebelum dekade 80-an, semakin tua individu maka semakin besar pula penggunaan pelayanan kesehatan. Namun semenjak dekade itu, berbagai penelitian mengungkapkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan didominasi dua kelompok usia yakni anak-anak dan lanjut usia (Wolinsky 1980). Pada penelitian yang respondennya bervariasi dalam hal usia, misalnya penelitian Gaskin dan Hoffman (2000) menemukan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan dipengaruhi usia. Dalam arti semakin tua maka penggunaan pelayanan kesehatan semakin sering.

Dalam penelitian ini hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,497$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik. Hal demikian mungkin bisa

¹ Hodgkin's Disease adalah salah satu jenis limfoma (kanker pada kelenjar getah bening) yang ditandai dengan ditemukannya sel Reed-Sternberg pada pemeriksaan biopsi
Sumber : <http://www.cancer.org>

terjadi karena semua responden adalah lansia sehingga rentang usia relatif sempit. Selain itu kondisi klinis penyakit masing-masing responden tidak sama sehingga akan memberikan pengaruh pada pencarian pengobatan. Penelitian Rahajeng (1999) pada kasus penyakit mental juga mendapati bahwa usia tidak berpengaruh secara signifikan terhadap penggunaan pelayanan kesehatan. Demikian juga penelitian Cho (2003) tentang penggunaan balai pengobatan umum.

6.2.4. Hubungan antara suku/etnis dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Kresno (2005) menyatakan bahwa faktor-faktor sosial budaya berkaitan dengan pola penggunaan pelayanan kesehatan. Dengan demikian pola penggunaan pelayanan kesehatan akan berbeda antara satu budaya dengan budaya lainnya. Hasil penelitian Abikusno (2002), Husaini (2002), Goskin dan Hoffman (2000) menyatakan bahwa perilaku pencarian kesehatan dipengaruhi oleh suku/etnis.

Abikusno (2002) dalam penelitian kualitatif mengenai kesehatan lansia suku-suku di Indonesia mengungkapkan ada kecenderungan berbeda tentang perilaku pencarian pengobatan pada suku-suku di Indonesia. Misalnya lansia suku Batak cenderung pergi pada penyedia layanan kesehatan setempat, sedangkan lansia Jawa dan Bali cenderung mengandalkan obat-obat yang dijual secara bebas. Sementara lansia Suku Bugis akan lebih mengandalkan perawatan keluarga jika mereka sakit.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,643$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara suku dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik. Hal ini bisa berbeda dengan penelitian Abikusno (2002) mungkin disebabkan karena perbedaan metodologi penelitian. Abikusno (2002) melakukan penelitian dengan pendekatan kualitatif pada lokasi asal suku-suku tersebut, misalnya Suku Jawa diteliti di daerah Keraton Yogyakarta sedangkan suku Batak diteliti di Pulau Samosir, Sumatera Utara. Sementara penelitian ini meskipun mempunyai beberapa responden yang sukunya non Jawa, namun mereka adalah warga yang berdomisili di Kota Yogya.

Dalam proses sosial dikenal istilah akulturasi yaitu diterimanya kebudayaan asing yang diolah ke dalam kebudayaan sendiri tanpa menyebabkan lenyapnya kepribadian kebudayaan asal (Koentjaraningrat, 1977). Hal ini mungkin dialami oleh para pendatang yang tinggal di Kota Yogyakarta, sehingga pola pencarian pengobatan mereka yang datang dari suku lain menjadi tidak berbeda dengan pola pencarian pengobatan masyarakat Yogyakarta pada umumnya.

6.2.5. Hubungan antara pekerjaan dan tingkat pendapatan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Seseorang dengan tingkat pendapatan tinggi cenderung akan mempunyai akses lebih besar terhadap pelayanan kesehatan sehingga lebih menggunakan pelayanan kesehatan dibanding dengan orang dengan tingkat pendapatan rendah. Rahajeng (1996) dan Gotzadse, et.al (2005) dalam penelitian mereka menemukan hubungan antara pekerjaan/tingkat pendapatan dengan penggunaan pelayanan kesehatan.

Hasil uji statistik pada variabel pekerjaan diperoleh nilai $p = 0,637$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik. Sedangkan pada variabel penghasilan tetap diperoleh nilai $p = 0,801$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara penghasilan tetap dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik. Pada variabel penghasilan tambahan diperoleh nilai $p = 0,065$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara penghasilan tambahan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik. Dengan demikian, hasil pada penelitian ini berbeda dengan penelitian Rahajeng (1996) dan Gotzadse, et.al (2005).

Untuk era sekarang ini, pelayanan kesehatan tidak hanya melalui pembiayaan *out of pocket* atau membayar biaya secara langsung dari konsumen ke provider pelayanan kesehatan. Sekarang sudah ada asuransi bagi para karyawan, misalnya askes untuk PNS/pensiunan PNS/veteran. Sedangkan masyarakat miskin mendapatkan jamkesmas, yaitu jaminan dari pemerintah untuk mendapatkan

pelayanan secara gratis dengan aturan tertentu. Dengan demikian meskipun penghasilannya rendah, masyarakat diharapkan tetap dapat mengakses pelayanan kesehatan (Departemen Kesehatan, 2008).

Dalam penelitian untuk variabel pendapatan tambahan didapatkan OR = 2,1 dengan nilai $p = 0,065$. Meskipun nilai p tidak signifikan, namun menarik untuk melihat nilai OR yang lebih dari dua. Yang berarti lansia yang memiliki pendapatan tambahan tinggi berpeluang 2 kali lebih besar untuk pergi ke pelayanan kesehatan daripada lansia yang pendapatan tambahan rendah. Ini artinya bahwa lansia membutuhkan pendapatan tambahan untuk dapat mendanai biaya kesehatannya. Untuk itu mungkin perlu dipikirkan untuk adanya semacam dana sehat bagi lansia, supaya meskipun tidak mempunyai pendapatan tambahan, tetap ada sumber dana untuk membiayai kesehatan mereka.

Lembaga Lansia Indonesia (LLI) dalam hasil rapat kerja nasional tahun 2004 sebenarnya sudah membuat rekomendasi mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional untuk seluruh lanjut usia yang bergerak dibidang formal, informal maupun non formal. Namun sayangnya sampai hari ini belum terdengar bagaimana perkembangan rekomendasi tersebut (Departemen Sosial, 2004).

6.2.6. Hubungan antara pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Hasil penelitian Gotzadse, et. al (2005) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Meskipun demikian Wolinsky (1980) mengungkapkan bahwa adanya berbagai asuransi/jaminan sosial bagi masyarakat kelas bawah mengakibatkan penggunaan pelayanan kesehatan tidak lagi didominasi oleh masyarakat kaya atau masyarakat pendidikan tinggi.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,642$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik. Hal ini mungkin juga karena pada lansia pendidikannya sudah lama berlalu dan lebih banyak informasi kesehatan yang didapatkan dari media massa (koran, TV, radio) maupun dari sumber lain misalnya keluarga, teman, kader, tenaga kesehatan.

6.2.7. Hubungan antara kepesertaan Posyandu Lansia dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Lansia juga mempunyai kebutuhan khusus untuk bersosialisasi dengan sesama lansia. Abikusno (2002) dalam penelitian pada lansia Suku Batak, Jawa, Bali menganggap bahwa berkomunikasi dan menjaga hubungan dengan sesama lansia merupakan bagian penting dalam kehidupan mereka. Sekarang ada banyak kelompok lansia yang berdiri untuk mengakomodasi kebutuhan para lansia. Di Kota Yogyakarta ada program Posyandu Lansia yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan lansia sekaligus menjadi wadah bagi lansia untuk saling bertemu dan berkomunikasi.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,0001$, yang artinya bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepesertaan Posyandu Lansia dengan perilaku pencarian pengobatan Lansia. Nilai OR yang didapatkan sebesar 6,306 (95% CI = 2,9 – 13,7), yang artinya lansia yang ikut Posyandu berpeluang 6,3 kali untuk mencari pengobatan ke tenaga kesehatan dibanding lansia yang tidak ikut Posyandu.

Hampir setiap RW di Kota Yogyakarta memiliki Posyandu Lansia yang rata-rata diselenggarakan satu kali per bulan. Dari pengamatan peneliti terhadap kegiatan Posyandu lansia, kegiatan posyandu lansia mirip dengan posyandu balita. Diawali dengan pendaftaran, lalu pengukuran berat badan dan tekanan darah, selanjutnya pencatatan keluhan kesehatan dan jika ada petugas kesehatan dari Puskesmas bisa langsung diperiksa dan diberi obat. Peneliti juga mengamati bahwa selama kegiatan Posyandu ada banyak interaksi antara lansia dengan kader, antara lansia dan petugas kesehatan dan antara lansia dengan sesama lansia. Hal ini menjadikan Posyandu Lansia suatu sarana efektif untuk memberikan berbagai informasi kesehatan yang benar kepada Lansia.

Dalam penelitian ini terungkap responden yang mengikuti posyandu lansia (tabel 5.49) lebih banyak lebih banyak perempuan, usia lebih muda dan berpendidikan rendah. Mengingat pentingnya posyandu lansia dalam mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan harus dipikirkan cara

mempopulerkan posyandu lansia pada kalangan lansia laki-laki, lansia tua (75-90 tahun) dan bagi lansia yang berpendidikan tinggi.

6.2.8. Hubungan antara lama sakit dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam bidang medis lamanya suatu keluhan dirasakan bisa menentukan apakah suatu penyakit tergolong akut atau kronis. Notoadmodjo (2007) mengungkapkan bahwa masyarakat akan cenderung mengobati diri sendiri dahulu sebelum mencari pertolongan kesehatan ke luar rumah. Namun yang sering terjadi masyarakat pergi ke pelayanan kesehatan ketika penyakitnya sudah amat parah.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,002$, yang artinya bahwa ada hubungan yang bermakna antara lama sakit dengan perilaku pencarian pengobatan Lansia. Nilai OR yang didapatkan sebesar 3,333 (95% CI = 1,584 – 7,016), yang artinya lansia yang sakitnya kronis berpeluang 3,3 kali untuk mencari pengobatan ke tenaga kesehatan dibanding lansia yang sakitnya tidak kronis.

Hal ini sesuai dengan penelitian Gerdle, B. et.al. (2004) pada pasien yang mengalami nyeri di Swedia. Penelitian ini mengungkapkan bahwa penderita nyeri kronis, terutama nyeri yang berulang dan intensif, akan lebih mungkin mencari pertolongan kesehatan apalagi jika nyeri tersebut sudah mengganggu aktivitas pekerjaan.

6.2.9. Hubungan antara persepsi dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dalam ilmu kesehatan masyarakat dikenal perbedaan konsep antara penyakit (*disease*) dan sakit (*sickness*). Penyakit adalah suatu fenomena obyektif yang ditandai dengan perubahan-perubahan fungsi tubuh sebagai organisme biologis. Sedangkan sakit adalah penilaian seseorang terhadap penyakit yang dialaminya. Dengan demikian sakit lebih merupakan fenomena subyektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak (*feeling unwell*). Ada sebagian masyarakat yang sebenarnya mempunyai penyakit dan merasakannya. Ada sebagian masyarakat yang mempunyai penyakit namun tidak merasakannya. Ini semua

tergantung bagaimana seseorang mempersepsikan sakitnya (Wollinsky, 1980, Notoatmodjo, 2007).

Anderson dan Sheatsley (1968) mengungkapkan bahwa 79% dari responden yang mengeluh sakit menjadi terlambat mencari pelayanan kesehatan karena mereka menganggap gejala sakit yang mereka rasakan tidak parah atau penyakitnya akan hilang dengan sendirinya (Kresno 2005, p. 130-131). Dengan demikian jelas terlihat bahwa persepsi sangat erat hubungannya dengan penggunaan pelayanan kesehatan. Persepsi ini bisa berupa persepsi keseriusan penyakit, persepsi terhadap akibat penyakit, persepsi kerentanan penyakit, dll.

Hasil uji statistik untuk persepsi kegawatan diperoleh nilai $p = 0,0001$, yang artinya bahwa ada hubungan yang bermakna antara persepsi kegawatan dengan perilaku pencarian pengobatan Lansia. Nilai OR yang didapatkan sebesar 42,065 (95% CI = 15,72 – 112,55), yang artinya lansia yang mempunyai persepsi gawat berpeluang 42,065 kali untuk mencari pengobatan ke tenaga kesehatan dibanding lansia yang mempunyai persepsi tidak gawat.

Hasil uji statistik untuk persepsi akibat diperoleh nilai $p = 0,0001$, yang artinya bahwa ada hubungan yang bermakna antara persepsi akibat dengan perilaku pencarian pengobatan Lansia. Nilai OR yang didapatkan sebesar 45,0 (95% CI = 15,95 – 126,95), yang artinya lansia yang mempunyai persepsi mengganggu berpeluang 45 kali untuk mencari pengobatan ke tenaga kesehatan dibanding lansia yang mempunyai persepsi tidak mengganggu.

Persepsi seseorang terhadap penyakitnya akan berpengaruh besar terhadap perilaku pencarian pengobatan. Beberapa penelitian yang mengungkapkan pengaruh signifikan persepsi terhadap perilaku pencarian pengobatan adalah Rahajeng (1996), Freeborn (1990), Vali dan Walkup (1998), Holroyd (2002), Neame dan Hammond (2005) serta Gotzadse, et.al (2005).

6.2.10. Hubungan antara penyakit penyerta dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Secara alamiah terjadi berbagai proses kemunduran pada fisik lansia terkait proses degenerasi. Oleh sebab itu pada lansia bisa ditemukan tidak hanya satu

penyakit namun beberapa penyakit. Oleh sebab itu, adanya komorbid (penyakit penyerta) bisa merupakan faktor penting dalam pencarian pengobatan (Freeborn, 1990).

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,279$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara penyakit penyerta dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik. Hubungan penyakit penyerta yang tidak bermakna ini juga terjadi pada penelitian Seim et al dan Yu (2003). Yang menyebabkan ketidakbermaknaan ini mungkin saja karena penyakit utama dirasa lebih gawat dan lebih mengganggu, sehingga lansia akan pergi mencari pertolongan pengobatan dengan atau tanpa penyakit penyerta.

6.2.11. Hubungan antara asuransi dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Dengan sistem kesehatan yang semakin modern, maka pembayaran biaya kesehatan tidak hanya secara cash (out of pocket) tapi juga dengan metode asuransi. Goskin dan Hoffman (2000) menemukan bahwa cakupan asuransi merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan. Wolinsky (1980) mengungkapkan bahwa asuransi/jaminan sosial yang disediakan pemerintah bisa membuka akses pelayanan kesehatan kepada golongan masyarakat yang dengan sumber dayanya sendiri tidak akan mampu menjangkau pelayanan kesehatan.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,348$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara asuransi dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik. Dalam penelitian ini tidak bermaknanya hubungan antara asuransi dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik bisa jadi disebabkan karena tidak semua yang mempunyai asuransi kesehatan lalu berobat ke tenaga kesehatan. Dari 21 yang mempunyai asuransi kesehatan, 11 lansia memilih untuk melakukan pengobatan sendiri yang artinya tidak menggunakan fasilitas asuransi kesehatannya.

Dalam penelitian ini sangat sedikit lansia yang mempunyai fasilitas asuransi kesehatan. Mereka yang memiliki asuransi kesehatan biasanya adalah

pensiunan PNS/veteran dan pasangannya. Dalam industri asuransi kesehatan swasta pun sangat jarang produk asuransi yang menjamin penyakit-penyakit degeneratif secara khusus. Jika ada, premi yang dibayar sangat mahal karena memang pembiayaan penyakit degeneratif tidak murah.

Pemerintah melalui Undang-undang UU No. 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN ini meliputi jaminan kecelakaan, kerja, jaminan kesehatan, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Jika melihat pasal-pasal yang ada, undang-undang ini dapat menjamin warga negara mendapatkan pelayanan kesehatan yang adekuat karena tidak hanya kuratif tapi juga mencakup pelayanan preventif dan promotif. Selain itu, jaminan hari tua dan jaminan pensiun akan memungkinkan setiap warga negara yang sudah memasuki usia pensiun bisa tejamin standar kehidupan yang layak karena secara finansial mampu membiayai biaya hidupnya termasuk biaya kesehatan. Untuk itu perlu dipercepat pelaksanaan Undang-undang tersebut mengingat sudah lima tahun ditetapkan namun belum diimplementasikan.

6.2.12. Hubungan antara pengantar dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Perilaku pencarian pengobatan lansia memiliki karakteristik yang cukup unik. Tidak hanya terkait masalah ketersediaan sarana kesehatan tapi juga kemampuan lansia untuk mengakses sarana tersebut. Seringkali karena keterbatasan terkait proses menua, lansia tidak dapat pergi ke pelayanan kesehatan sendirian, namun membutuhkan orang yang bisa mengantar.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,0001$, yang artinya bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengantar dengan perilaku pencarian pengobatan Lansia. Nilai OR yang didapatkan sebesar 48,593 (95% CI = 6,469–365,031), yang artinya lansia yang mempunyai pengantar berpeluang 48 kali untuk mencari pengobatan ke tenaga kesehatan dibanding lansia tidak mempunyai pengantar.

Hal ini sama dengan penelitian suatu lembaga swadaya masyarakat di lima negara Asia. Para lansia mengeluhkan tidak ada yang mengantar sehingga mereka tidak pergi ke tenaga kesehatan. Kebutuhan akan pengantar terkait dengan jarak ke

pelayanan kesehatan, lingkungan fisik yang mungkin menyulitkan lansia (misal harus naik tangga, jalan licin, dll) dan petugas kesehatan yang dianggap kurang mengerti kebutuhan lansia (Dodge, 2008). Dengan demikian pengantar bukan sekedar mengantar saja tapi juga diharapkan menemani lansia selama bertemu dengan petugas kesehatan dan menjadi penghubung antara lansia dengan petugas kesehatan

5.3.13. Hubungan antara anjuran dengan perilaku pencarian pengobatan lansia

Seringkali pengambilan keputusan untuk pencarian pengobatan tidak hanya oleh si penderita. Pada kondisi atau golongan tertentu, pengambilan keputusan dilakukan oleh orang lain. Atau setidaknya ada anjuran dari keluarga, teman, tokoh masyarakat maupun tenaga kesehatan (Rahajeng, 1996). Kadang kala anjuran juga bisa didapatkan dari perkumpulan *support group* penyakit tertentu (Uden-Kraan, 2008).

Hasil analisis hubungan antara anjuran dengan perilaku pencarian pengobatan didapatkan bahwa lansia yang diberi anjuran yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 38 orang (50,7%) sedangkan lansia yang tidak diberi anjuran yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan sebanyak 57 orang (67,1%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,348$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara anjuran dengan perilaku pencarian pengobatan lansia dengan keluhan rematik.

Dalam penelitian ini hubungan tidak bermakna mungkin karena tidak semua anjuran adalah anjuran untuk mendapatkan pengobatan yang adekuat, misalnya berobat ke tenaga kesehatan. Dari 75 lansia yang mendapatkan anjuran, justru 35 lansia mendapatkan anjuran lalu mengobati sendiri. Anjuran paling banyak didapatkan dari teman sebaya (>50%). Anjuran teman sebaya mungkin lebih dipercaya oleh lansia karena dianggap mengalami hal yang sama. Yang harus diperhatikan adalah supaya lansia bisa menganjurkan hal yang benar pada teman sebayanya.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Lansia di Kota Yogyakarta yang memiliki keluhan rematik maka 59,4% berobat ke tenaga kesehatan dan 40,6% berobat ke non tenaga kesehatan. Jika melihat pilihan pengobatan maka mengobati sendiri masih dominan dilakukan para lansia di Kota Yogyakarta.
2. Variabel-variabel yang menjadi determinan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta persepsi kegawatan, persepsi akibat, posyandu lansia dan pengantar.
3. Variabel yang menjadi councounding variabel adalah penghasilan tetap, penghasilan tambahan, anjuran dan asuransi.
4. Variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik adalah variabel persepsi akibat. Lansia yang mempersepsikan rematik sebagai gangguan 96 kali lebih besar peluangnya untuk berobat ke tenaga kesehatan .

7.2. Saran

7.2.1. Bagi Pengelola Program Kesehatan Lansia

Bagi Pengelola Posyandu Lansia perlu memberdayakan Posyandu Lansia sebagai sumber informasi kesehatan yang akurat bagi lansia sehingga akhirnya pilihan-pilihan pengobatan yang dibuat merupakan pilihan yang benar. Perlu diadakan secara rutin penyuluhan atau penyediaan materi edukasi terkait penyakit-penyakit rematik : gejala dan tanda, pengobatan yang tepat dan bagaimana pencegahan atau perbaikan pola hidup supaya penyakit-penyakit rematik tidak kambuh. Perlu pengenalan Posyandu supaya lebih banyak lagi peserta dari lansia laki-laki, usia lebih tua dan berpendidikan tinggi.

Bagi Puskesmas selaku pembina kegiatan Posyandu Lansia perlu melakukan pembinaan khususnya bagaimana penyuluhan bisa menjadi salah satu kegiatan

utama di Posyandu Lansia. Karena keterbatasan jumlah petugas Puskesmas untuk mengunjungi Posyandu Lansia di tiap RW, perlu pembinaan kader Posyandu dan lansia-lansia yang merupakan opinion leader di kelompok tersebut. Dua pihak ini bisa dijadikan ujung tombak dalam menyampaikan pendidikan kesehatan terhadap lansia.

Terkait jaminan pembiayaan kesehatan, dalam penelitian ini terungkap bahwa sangat sedikit lansia yang mempunyai fasilitas asuransi kesehatan. Pemerintah sudah menetapkan Undang-undang UU No. 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional. Diperlukan kerja sama dan dukungan dari pihak-pihak yang peduli dengan kesehatan lansia untuk mendorong pelaksanaan undang-undang tersebut, karena dalam undang-undang ini ada jaminan sosial bagi mereka yang sudah memasuki usia pensiun atau lansia.

7.2.2. Bagi Lembaga Swadaya Masyarakat dan Perkumpulan Peduli Lansia

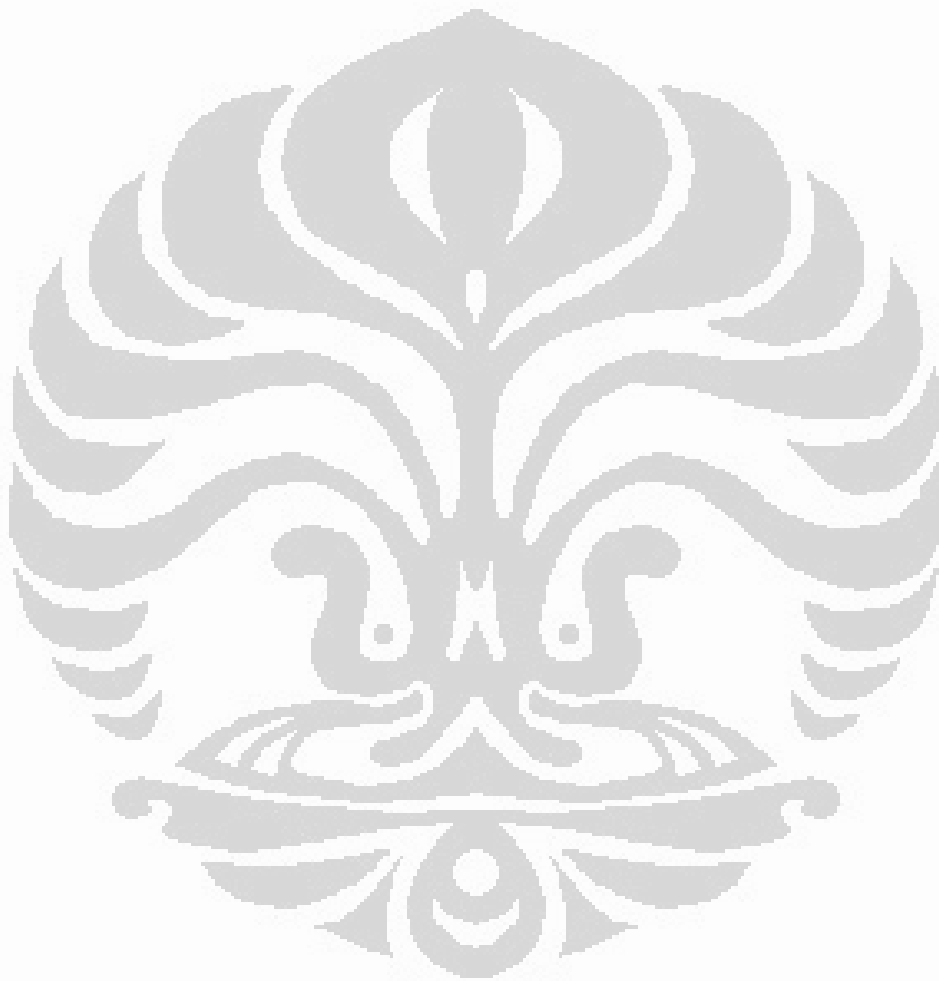
Diharapkan dapat memberikan data dasar bagi LSM yang peduli dengan isu kesehatan lansia untuk melakukan inervensi tertentu. Misalnya pengembangan posyandu lansia percontohan atau intervensi berupa KIE pada lansia di masyarakat.

Untuk perkumpulan-perkumpulan para ahli atau akademisi yang peduli lansia misalnya Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia (Pergemi) diharapkan dapat memberikan dukungan bagi pendidikan kesehatan lansia misalnya dengan menyediakan nara sumber isu-isu kesehatan, materi pendidikan kesehatan dan advokasi pada pemerintah untuk lebih memperhatikan kesejahteraan lansia.

7.2.2. Bagi Peneliti Lain

. Mengingat dalam penelitian ini posyandu lansia berpengaruh terhadap pemilihan tempat pengobatan, perlu kiranya dibuat penelitian mendalam tentang Posyandu Lansia, misalnya mengenai pengaruh posyandu terhadap perilaku kesehatan yang lain. Penelitian ini juga hanya secara umum menggunakan keluhan rematik sebagai kriteria inklusi, perlu dilakukan penelitian untuk jenis

penyakit yang lebih spesifik misalnya osteoporosis, gout/asam urat dengan setting penelitian lain, misalnya *hospital* atau *health center based*. Terkait masalah sosial budaya perlu juga dikembangkan penelitian terkait pengaruh proses sosial, misalnya akulturasi terhadap perilaku pencarian pengobatan.



DAFTAR PUSTAKA

Abikusno, N. 2002, 'Sociocultural Aspects of the Aged: A Case Study in Indonesia' *Asia Pasific Journal Clinical Nutrition* [online] Vol.11, No.3. Dari www.apjcn.nhri.org.tw [7 November 2008]

Arthritis Foundation. 2008, Osteoarthritis Fact Sheet, in *News from Arthritis Foundation*. Dari www.arthritis.org [20 Desember 2008]

Badan Pusat Statistik. 2006. *Penduduk Provinsi D.I Yogyakarta : Hasil Survei Penduduk Antar Sensus 2005*. Jakarta

Badan Pusat Statistik . 2007, *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2007*. Jakarta

Badan Pusat Statistik – DIY. 2008. *DIY dalam Angka Tahun 2008*. Dari www.yogyakarta.bps.org [27 Mei 2008]

Badan Pusat Statistik Kota Yogyakarta. 2007, *Kota Yogyakarta dalam Angka Tahun 2006/2007*. Dari www.yogyakarta.bps.org [27 Mei 2008]

Bapeda Propinsi DIY. *Terdaftar tapi Belum Berizin; Maraknya Obat dan Pengobatan Tradisional di Jogja*. Dari <http://bapeda.jogjaprovo.go.id/> [29 Maret 2009]

Becker, H.M. 1974. *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Charles B Slack, Inc. Thorofare, New Jersey

Boedhi-Darmojo R., Martono, H. 2000, *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*, edisi ke-2. Balai Penerbit FK Universitas Indonesia, Jakarta

Departemen Kesehatan. 2004, *Sekitar 15 Persen Penduduk Usia Lanjut Menderita Demensia atau Pikun*. www.depkes.go.id [12 Maret 2008]

Departemen Kesehatan. 2007, *Menyongsong Lanjut Usia Tetap Sehat dan Berguna*. www.depkes.go.id [12 Maret 2008]

Departemen Kesehatan, 2008. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Tahun 2008. Disampaikan dalam Rapat Dengar Pendapat Dengan DPR RI. Jakarta, 27 Maret 2008. Dari www.depkes.go.id [23 Juni 2009]

Departemen Sosial, 2004. *Hasil Rakernas Lembaga Lansia Indonesia*. Jakarta, 17 Juni 2004. Dari www.depsos.go.id [23 Juni 2009]

Dinas Kesehatan Propinsi DIY. 2007. *Profil Kesehatan Propinsi DI Yogyakarta Tahun 2007*, Daerah Istimewa Yogyakarta

Djarir, I, 2007. *Mesianisme dan Implikasinya*. Dari <http://www.wawasan-digital.com/> [30 Maret 2009]

Dodge, B.A. 2008. *Primary Health Care For Older People : A Participatory Study In 5 Asian Countries*. HelpAge International Asia/Pacific Regional Development Centre (APRDC), Chiang Mai, Thailand.

Freeborn, D.K. et. al., 1990. 'Consistently High Users of Medical Care Among the Elderly', *Medical Care* [online], vol. 28, no. 6, Jun. Dari <http://www.jstor.org> [25 Maret 2009]

Gaskin, D.J., Hoffman, C. 2000. 'Racial and Ethnic Differences in Preventable Hospitalizations across 10 States', *Medical Care Research and Review* [online], vol. 57, supplement 1, pp. 85-107. Dari : <http://mer.sagepub.com> [7 April 2009]

Gerdle, B. et.al. 2004, 'Prevalence of Current and Chronic Pain and Their Influences Upon Work and Healthcare-Seeking: A Population Study' *Journal of Rheumatology* [online] vol 31, pp 1399-406. Dari www.jrheum.com [15 Maret 2009]

Gott, M.; Hinchliff, S. 2003, 'Barriers to Seeking Treatment for Sexual Problems in Primary Care : A Qualitative Study with Older People' *Family Practice* [online] Vol. 20, No. 6. Dari www.fampra.oupjournals.org [7 November 2008]

Gotsadze, G, et. al. 2005, ' Health Care-Seeking Behaviour and Out-Of-Pocket Payments in Tbilisi, Georgia', *Health Policy Planning* [online], vol. 20, pp. 232 – 242, Jul. Dari <http://heapol.oxfordjournals.org/> [9 November 2008]

Grotle, M, et.al. 2008, Prevalence and Burden of Osteoarthritis: Results from a Population Survey in Norway. *Journal of Rheumatology* [online] Vol 35, pp. 677-84. Dari www.jrheum.com [15 Maret 2009]

Hoa, T.T.M., et.al. 2003, 'Prevalence of the Rheumatic Diseases in Urban Vietnam: A WHO-ILAR COPCORD Study' *Journal of Rheumatology* [online] vol. 30, pp 2252-6. www.jrheum.com [15 Maret 2009]

Holroyd, E. 2002. 'Health-Seeking Behaviors and Social Change: The Experience of the Hong Kong Chinese Elderly', *Qualitative Health Research* [online], vol. 12, no. 6, Jul., pp 731-750. Dari : <http://qhr.sagepub.com> [7 April 2009]

Husaini, B. et. al. 2002. 'Race, Gender, and Health Care Service Utilization and Costs Among Medicare Elderly With Psychiatric Diagnoses', *Journal Of Aging And Health* [online], vol. 14, no. 1, Feb., pp. 79-95. Dari : <http://jah.sagepub.com> [7 April 2009]

International Aging System. 2008. *Theories of Aging*. Dari <http://www.antiaging-systems.com/agetheory.htm> [2 April 2009]

Isbagio, H. 2005. *Osteoarthritis dan Osteoporosis Sebagai Masalah Muskuloskeletal Utama Warga Usia Lanjut di Abad 21*. [Pidato Pengukuhan Guru Besar Tetap dalam Ilmu Penyakit Dalam pada Fakultas Kedokteran Universitas

Indonesia 10 Desember 2005] Dalam *Universitaria* edisi Januari 2006 (Vol.5 No.6). Dari www.majalah-farmacia.com [15 Maret 2008]

Janz, J.K, et. al. 2002. *The Health Belief Model in Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice*. 3rd edition. Editor : K. Glanz, B.K Rimer, F.M Lewis. . Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco, California

Joshi, K; Kumar, R; Avasthi, A. 2003, 'Morbidity Profile and Its Relationship with Disability and Pyschological Distress Among Elderly People in Northern India' *International Journal of Epidemiology* [online] Vol 32:978-987. Dari www.proquest.com/pqdauto [7 November 2008]

Komite Medik RSUP Dr. Sardjito. 1999. *Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito*, Buku I. Penerbit Medika Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Komisi Nasional Lanjut Usia. 2006. *Data Lansia Indonesia*. Dari www.komnaslansia.or.id [12 Maret 2008]

Kresno, Sudarti. 2005. *Aspek Sosial Budaya dalam Kesehatan*, Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

Kurniawan, F., Lembar, S. 2004. Gambaran Status Kesehatan Lansia Stud1 Kasus Di Wilayah Paroki Kristoforus, Jakarta Barat. *Maalah Kedokteran Atma Jaya*, vol. 3, no. 3., Sept.

Lameshow, S., et. al. 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta

Murti, B. 1996. *Penerapan Metode Statistik Non-Parametrik Dalam Ilmu-ilmu Kesehatan*. PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta

Neame R; Hammond A. 2005, 'Beliefs About Medications: A Questionnaire Survey of People With Rheumatoid Arthritis' *Rheumatology* [online] Vol 44: 762-767. Dari www.proquest.com/pqdauto [17 November 2008]

Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. PT Rineka Cipta, Jakarta

Nugroho, 2000. *Perubahan Sistem Tubuh Lansia*. Dari : www.indonesiannursing.com [27 Febuari 2009]

Nursasi, A.Y., Fitriyani, P. 2002. Koping Lanjut Usia Terhadap Penurunan Fungsi Gerak di Kelurahan Cipinang Muara Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur. *Makara* [online] vol.6, no. 2, Des.

Pemerintah Kota Yogyakarta, 2008. *Rekapitulasi Data Monografi Kecamatan Se-Kota Yogyakarta Semester II Tahun 2008*. Yogyakarta

Perdanakusuma, D.S., 2008. *Anatomi Fisiologi Kulit dan Penyembuhan Luka*. Departemen Ilmu Bedah Plastik, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSU. Dr. Soetomo Surabaya. Dari : <http://www.surabayaplasticsurgery.blogspot.com/> [3 April 2009]

Qing, Y. Z., et.al. 2008, 'Rheumatic Diseases in China' *Arthritis Research & Therapy* 2008, [online] 10:R17 (doi:10.1186/ar2368). Dari : <http://arthritis-research.com> [17 Maret 2009]

Rahajeng, E. 1996. *Faktor-faktor pada pasien gangguan mental emosional yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan di Kelurahan Pulogadung, Kecamatan Pulogadung, Jakarta Timur Tahun 1996*. [Tesis] Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Rivai, F., 1999. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Kartu Memuju Sehat (KMS) Usia Lanjut di Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan di Wilayah Kotamadya Jakarta Selatan Tahun 1999* [Tesis] Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Second World Assembly on Ageing. 2002. *Political Declaration and Madrid International Plan On Action on Ageing Madrid*. Madrid, Spanyol. Dari www.komnaslansia.or.id [12 Maret 2008]

Soejono, C.H. 2009. 'Education and Research in Geriatrics Indonesia', in *Symposium on Global Ageing and The Development of Education and Research in Gerontology – Geriatrics*. Jakarta, June 3. Center for Health Research Universitas Indonesia.

Soenarto, 1999, 'Rematik pada Usia Lanjut' dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*, edisi ke-2, Ed. R. Boedhi-Darmojo, H. Martono, Balai Penerbit FK Universitas Indonesia, Jakarta, pp. 310-22

Sudoyo, et. al. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II*, edisi ke-4. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta,

Trihandini, I. 2007, 'Potret Buram Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia' *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 1, No. 5, April 2007

Thohir, M., 2009. *Di Balik Memburu Batu Bertuah "Dukun Tiban" Ponari*. Dari <http://staff.undip.ac.id/sastra/mudjahirin/2009/03/03/ponari/> [30 Maret 2009]

Uden-Kraan,C.F. et. al. 2008. 'Empowering Processes and Outcomes of Participation in Online Support Groups for Patients With Breast Cancer, Arthritis, or Fibromyalgia', *Qualitative Health Research* [online], vol.18, no 3, Mar., pp. 405-417. Dari : <http://qhr.sagepub.com> [7 April 2009]

University of The Third Age. *About U3A*. Dari : <http://www.u3a.org.uk/> [27 February 2009]

Vali, F.M., Walkup, J. 1998, ' Combined Medical and Psychological Symptoms Impact on Disability and Health Care Utilization of Patients with Arthritis' in *Medical Care* [online], vol. 36, no. 7, Jul., . pp. 1073-1084. Dari <http://www.jstor.org/stable/3767366> [25 Maret 2009]

Veerapen, K. et.al. 2007, 'Musculoskeletal Pain in Malaysia: A COPCORD Survey' *Journal of Rheumatology* [online] vol. 34, pp 207-13. Dari www.jrheum.com [15 Maret 2009]

Wolinsky, F. D. 1980. *The Sociology of Health*. Little Brown and Company, Boston

World Health Organization. 2003, *The Burden of Musculoskeletal Conditions at The Start of The New Millenium* . Technical Report Series No 919. Dari www.who.org [15 Maret 2009]

———. *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*. Dari www.komnaslansia.or.id [12 Maret 2008]

———, *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia Desember 2008

———, 2009. *Roh Ponari Kemungkinan Sudah Tua : Berilah Ruang bagi Ponari untuk Tumbuh Kembang*. Dari <http://www.kompas.com> [30 Maret 2009]

———, 2009. *BBPOM Yogyakarta Musnahkan Puluhan Ribu Produk Berbahaya*. Dari <http://www.yogyakartaonline.com/index.php?> [30 Maret 2009]



KUISIONER

**PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN LANSIA DENGAN KELUHAN REMATIK
DI KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2009**

INFORMED CONSENT FORM

Saya Arika Dewi, Mahasiswa Program Magister S2/Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (Depok, Jawa Barat) sedang melakukan penelitian untuk tugas akhir mengenai perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009. Saya membutuhkan beberapa data mengenai kesehatan Bapak/Ibu yang akan ditanyakan dalam wawancara dengan panduan kuisisioner (daftar pertanyaan).

Nama, data dan semua jawaban Bapak/Ibu akan kami rahasiakan sehingga tidak seorangpun akan mengetahuinya. Semua data ini hanya akan diperuntukkan bagi kepentingan akademis semata. Partisipasi dalam survei ini bersifat sukarela. Namun demikian kami berharap Bapak/Ibu dapat berpartisipasi karena pendapat Bapak/Ibu sangat penting.

Demikian saya sampaikan, atas kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih banyak.

Hormat Saya,

Arika Dewi

LEMBAR PERSETUJUAN

Bersama ini saya :

Nama : _____

Alamat : _____

Sudah dijelaskan mengenai penelitian ini dan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian lansia ini.

Yogyakarta,

(_____)

A. IDENTITAS RESPONDEN

Nama		
Jenis Kelamin (Lingkari jawaban)	1. Perempuan	2. Laki-laki
Usia	Tahun	
Alamat		
	RT :	RW :
	Kel :	Kec :
Suku/etnis		
Pekerjaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karyawan/PNS 2. Pensiunan 3. Pensiunan dengan pendapatan sampingan 4. Ibu Rumah Tangga 5. Wiraswasta (sektor non-formal) 6. Tidak Bekerja 	
Penghasilan tetap per bulan (termasuk pensiun sendiri)	Rp	
Penghasilan tambahan per bulan (termasuk bantuan dari anak/saudara)	Rp	
Pendidikan terakhir	<ol style="list-style-type: none"> a. Tidak Sekolah b. SD atau sederajat c. SMP atau sederajat d. SMA atau sederajat e. Akademi/Perguruan Tinggi 	
Kepesertaan Posyandu Lansia	1. Ya	2. Tidak
Pajanan informasi		
1. Televisi	1. Ya	2. Tidak
2. Radio	1. Ya	2. Tidak
3. Surat Kabar	1. Ya	2. Tidak

B. KELUHAN PENYAKIT

1. Keluhan apa yang Bapak/Ibu alami terkait persendian? (buat format tabel ya/tidak) (Jawaban boleh lebih dari satu. Tunggu Jawaban Spontan Responden)

Jenis Keluhan		
Nyeri/sakit Sendi	1. Ya	2. Tidak
Kaku Sendi	1. Ya	2. Tidak
Kelemahan Otot	1. Ya	2. Tidak
Bengkak sendi	1. Ya	2. Tidak
Keterbatasan gerakan	1. Ya	2. Tidak
Asam urat	1. Ya	2. Tidak

2. Sendi bagian mana yang sakit?

(Jawaban boleh lebih dari satu. Lingkari pada sendi yang disebutkan)

Sendi yang sakit		
Jari Tangan	1. Ya	2. Tidak
Telapak Tangan	1. Ya	2. Tidak
Pergelangan Tangan	1. Ya	2. Tidak
Siku	1. Ya	2. Tidak
Jari Kaki	1. Ya	2. Tidak
Telapak Kaki	1. Ya	2. Tidak
Pergelangan Kaki	1. Ya	2. Tidak
Lutut	1. Ya	2. Tidak
Pinggang	1. Ya	2. Tidak
Pinggul	1. Ya	2. Tidak

4. Sudah berapa lama mengalami keluhan rematik : _____ minggu

5. Selain rematik, apakah mempunyai keluhan-keluhan penyakit lain (dalam 1 bulan terakhir)? (Jawaban boleh lebih dari satu)

Keluhan Lain		
Darah tinggi	1. Ya	2. Tidak
Darah rendah	1. Ya	2. Tidak
Diabetes/gula/kencing manis	1. Ya	2. Tidak
Sakit kepala	1. Ya	2. Tidak
Batuk/mengi	1. Ya	2. Tidak
Sesak nafas saat beraktivitas	1. Ya	2. Tidak
Sesak nafas saat istirahat	1. Ya	2. Tidak
Kencing batu	1. Ya	2. Tidak
Sering kencing terutama malam hari	1. Ya	2. Tidak
Wasir/ambeien	1. Ya	2. Tidak
Gangguan pencernaan, misal sakit maag	1. Ya	2. Tidak

C. PERSEPSI KEGAWATAN REMATIK

Seberapa yakin Bapak/Ibu tentang pernyataan-pernyataan di bawah ini :

1. Ada yang mengatakan bahwa rematik lazim/biasa dialami oleh lansia

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak Yakin										Sangat Yakin

2. Ada yang mengatakan bahwa rematik bisa disembuhkan

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak Yakin										Sangat Yakin

3. Keluhan rematik bisa diatasi dengan pergi ke pelayanan kesehatan

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak Yakin										Sangat Yakin



4. Ada yang mengatakan bahwa jika punya penyakit rematik maka harus minum obat terus menerus /sangat tergantung pada obat rematik

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak Yakin										Sangat Yakin

5. Ada yang mengatakan bahwa obat-obat rematik mempunyai efek samping terhadap saluran pencernaan (perih, kembung, sakit maag)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak Yakin										Sangat Yakin

D. PERSEPSI AKIBAT REMATIK

1. Menurut Bapak/Ibu, seberapa mengganggu rematik yang Bapak/Ibu alami dalam kegiatan sehari-hari dan sosial?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak Mengganggu										Sangat Mengganggu

2. Terkait kegiatan sehari-hari, gangguan apa saja yang terjadi akibat rematik yang Bapak/Ibu alami? (Lingkari jawaban yang disebutkan)

Kesulitan naik tangga/"trap"	1. Ya	2. Tidak
Kesulitan membungkuk, berlutut, bersujud	1. Ya	2. Tidak
Kesulitan berdiri setelah duduk agak lama	1. Ya	2. Tidak
Kesulitan jongkok (buang air besar/kecil)	1. Ya	2. Tidak
Kesulitan berjalan untuk melakukan aktivitas harian	1. Ya	2. Tidak
Kesulitan mandi dan memakai baju (mengancingkan baju)	1. Ya	2. Tidak
Kesulitan makan (menyuap makanan, memegang sendok)	1. Ya	2. Tidak

3. Dalam kegiatan sosial, gangguan apa saja yang terjadi akibat rematik yang Bapak/Ibu alami?

Keterbatasan untuk datang arisan/sosialisasi dengan tetangga	1. Ya	2. Tidak
Keterbatasan beribadah : pengajian/ke masjid/gereja	1. Ya	2. Tidak
Keterbatasan dalam pekerjaan	1. Ya	2. Tidak
Keterbatasan bepergian mengambil pensiun	1. Ya	2. Tidak
Keterbatasan aktivitas kelompok lansia	1. Ya	2. Tidak

E. PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN

1. Saat mengalami keluhan sakit rematik, apa yang terakhir Bapak/Ibu lakukan untuk mengatasi hal tersebut? (Hanya satu jawaban, yang terakhir dilakukan)

- a. Tidak melakukan apa-apa
- b. Mengobati sendiri (→ ke nomor 2)
- c. Pergi ke pengobat tradisional (→ ke nomor 3)
- d. Pergi ke Puskesmas saja
- e. Pergi ke Rumah Sakit saja (→ ke nomor 4)
- f. Pergi ke Puskesmas lalu dirujuk ke RS (→ ke nomor 4)
- g. Pergi Praktek swasta/pribadi tenaga kesehatan (→ ke nomor 5)
- h. Pergi ke Posyandu Lansia
- i. Pergi ke klinik/balal pengobatan

2. Jika mengobati sendiri, jenis pengobatan apa yang dilakukan?

(Jika lansia tidak bisa menyebutkan, mohon lihat kemasan/nama)

- a. Obat/Jamu tradisional, namanya : _____
- b. Obat modern, namanya: _____

Dari mana mendapatkan obat-obat tersebut?

Sudah berapa lama mengonsumsi obat tersebut?

3. Jika ke pengobat tradisional ke mana?

- a. Dukun
- b. Shinse / pengobat tradisional Cina
- c. Lainnya : _____

4. Jika ke rumah sakit, pergi ke poliklinik apa?

- a. Poli dokter umum
- b. Poli Dokter Spesialis. Jenis spesialis : penyakit dalam/poli rheumatologi/spesialis lain

5. Jika ke praktek swasta tenaga kesehatan, ke mana?

- a. Dokter Umum
- b. Dokter Spesialis
- c. Bidan swasta
- d. Mantri

6. Apa alasan utama Bapak/Ibu memilih pengobatan yang dilakukan?

- a. Biaya lebih murah
- b. Jarak dari rumah lebih dekat
- c. Lebih manjur
- d. Takut efek samping obat
- e. Melihat teman/saudara melakukan hal yang sama
- f. Rujukan
- g. Jaminan asuransi
- h. Pelayanan tenaga kesehatan ramah
- i. Lainnya : _____

F. KARAKTERISTIK PENDUKUNG

1. Apakah Bapak/Ibu mempunyai asuransi kesehatan ?

(Contoh : Askes PNS/TNI/pensiunan/veteran atau asuransi kesehatan swasta)

- a. Ya (→ ke nomor 2)
 - b. Tidak (→ lanjutkan ke G)
- Sebutkan : _____

2. Apakah Bapak/Ibu menggunakan asuransi kesehatan tersebut untuk berobat?

- a. Ya
- b. Tidak

3. Bagaimana tanggapan Bapak/Ibu mengenai kualitas asuransi kesehatan tersebut

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak Memuaskan					Sangat Memuaskan					



G. PENDORONG BERTINDAK

1. Apakah ada yang menganjurkan Bapak/Ibu untuk berobat ?

- a. Ada
- b. Tidak Ada (→ ke nomor 3)

2. Siapa yang menganjurkan Bapak/Ibu untuk berobat?

- a. Pasangan (Suami/Istri)
- b. Anggota keluarga yang berprofesi tenaga kesehatan
- c. Anggota keluarga yang bukan tenaga kesehatan
- d. Teman sebaya
- e. Tenaga kesehatan (yang bukan keluarga)
- f. Orang lain bukan tenaga kesehatan

3. Jika Bapak/Ibu berobat, siapa yang mengantar ke tempat pengobatan?

- a. Sendiri
- b. Suami/Isteri
- c. Keluarga. Sebutkan : _____
- d. Penganjur non keluarga



**PEMERINTAH PROPINSI JAWA BARAT
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT DAERAH**

Jalan Supratman No. 44 Telp. 7205174 – 7106286
BANDUNG

Kode Pos 40121

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/978/ HAL

1. Yang bertanda tangan di bawah ini :

Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Daerah Provinsi Jawa Barat.

Berdasarkan surat dari : Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Nomor.1798/PT.02.H5.FKMUI/I/2009 tanggal. 22 April 2009.

Menerangkan bahwa :

- a. Nama : **ARIKA DEWI**
b. Tempat/tgl. Lahir : Yogyakarta, 26 Februari 1980
c. Kebangsaan : Indonesia
d. Agama : Kristen
e. Pekerjaan : Mahasiswa
f. Alamat : Jl. Cempaka No. 36 Karang Tengah Tangerang
Bermaksud : Mengadakan Kegiatan penelitian di Yogyakarta.

2. Sehubungan dengan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan / fasilitasi seperlunya.
3. Demikian Surat Keterangan ini untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, dan berlaku sampai dengan tanggal 30 Juli 2009.

Bandung, 30 April 2009

a.n. **KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT DAERAH**

PEMERINTAH PROPINSI JAWA BARAT
Kepala Bidang Hubungan Antar Lembaga,



ACHMAD BUDIMAN, M.Si
Pembina Tk.I

NIP. 195403091978091001



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

SEKRETARIAT DAERAH

Kepatihan – Danurejan, Yogyakarta – 55213

SURAT KETERANGAN/IJIN

Nomor : 070/ 2383

Membaca Surat : Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Nomor : 070/978/HAL
Perlindungan Masyarakat Daerah Provinsi
Jawa Barat

Tanggal Surat : 30 April 2009 Perihal : Ijin Penelitian

Mengingat : 1. Keputusan Menteri Dalam negeri Nomor 61 Tahun 1933, tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelaksanaan Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Departemen Dalam Negeri;
2. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 37 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Satuan Organisasi di Lingkungan Sekretariat Daerah dan Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.

Di Ijinkan kepada :

Nama : ARIKA DEWI NIM : 0706188265
Alamat : Jalan Supratman No. 44 Bandung
Judul Penelitian : DETERMINAN PERILAKU PENCAIRAN PENGOBATAN PADA LANSIA DENGAN KELUHAN REMATIK DI KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2009
Lokasi : Yogyakarta.
Waktu : Mulai Tanggal 8 Mei 2009 s/d 8 Agustus 2009

Ketentuan:

- 1 Menyerahkan surat keterangan/ijin dari Provinsi DIY kepada Bupati/Walikota melalui institusi yang berwenang mengeluarkan ijin;
- 2 Menyerahkan *soft copy* hasil penelitiannya kepada Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta cq. Biro Administrasi Pembangunan Setda Provinsi DIY dalam *compact disk (CD)*, dan menunjukkan cetakan asli;
- 3 Ijin ini hanya dipergunakan untuk keperluan ilmiah;
- 4 Waktu penelitian dapat diperpanjang dengan mengajukan surat ijin ini kembali;
- 5 Ijin yang diberikan dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila peneliti tidak memenuhi ketentuan-ketentuan yang berlaku.

Dikeluarkan di: Yogyakarta
Pada tanggal : 8 Mei 2009

An. Sekretaris Daerah
Asisten Perekonomian dan Pembangunan
UB
Kepala Biro Administrasi Pembangunan

Tembusan disampaikan Kepada Yth.

1. Gubernur DIY (Sebagai Laporan)
2. Walikota Yogyakarta cq. Ka Dinas Perizinan.
3. Dinas Kesehatan Prov DIY.
4. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Daerah Provinsi Jawa Barat
5. Yang Bersangkutan





DINAS PERIZINAN

Jl. Kenari No. 56 Yogyakarta 55165 Telepon 514448. 515865, 515866, 562682

EMAIL : perizinan@jogja.go.id EMAIL INTRANET : perizinan@intra.jogja.go.id

SURAT IZIN

NOMOR : 070/1004
2604/34

Dasar : Surat izin / Rekomendasi dari Gubernur Kepala Daerah Istimewa Yogyakarta
Nomor : 070/2383 Tanggal : 08/05/2009

Mengingat : 1. Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 10 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Susunan
Kedudukan dan Tugas Pokok Dinas Daerah
2. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 85 Tahun 2008 tentang Fungsi, Rincian Tugas
Dinas Perizinan Kota Yogyakarta;
3. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 33 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Perizinan
pada Pemerintah Kota Yogyakarta;
4. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 29 Tahun 2007 tentang Pemberian Izin Penelitian,
Praktek Kerja Lapangan dan Kuliah Kerja Nyata di Wilayah Kota Yogyakarta;
5. Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor: 38/I.2/2004 tentang Pemberian
izin/Rekomendasi Penelitian/Pendataan/Survei/KKN/PKL di Daerah Istimewa Yogyakarta.

Dijinkan Kepada : Nama : ARIKA DEWI NO MHS / NIM : 0706188265
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Kesehatan Masyarakat - UI Depok
Alamat : Jl. Supralman No. 44 Yogyakarta
Penanggungjawab : Dr. drs. Tri Krianto, M.Kes
Keperluan : Melakukan Penelitian dengan judul Proposal : DETERMINAN
PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PADA LANSIA
DENGAN KELUHAN REMATIK DI KOTA YOGYAKARTA TAHUN
2009

Lokasi/Responden : Kota Yogyakarta
Waktu : 08/05/2009 Sampai 08/08/2009
Lampiran : Proposal dan Daftar Pertanyaan
Dengan Ketentuan : 1. Wajib Memberi Laporan hasil Penelitian kepada Walikota Yogyakarta
(Cq. Dinas Perizinan Kota Yogyakarta)
2. Wajib Menjaga Tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat
3. Izin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan
Pemerintah dan hanya diperlukan untuk keperluan ilmiah
4. Surat izin ini sewaktu-waktu dapat dibatalkan apabila tidak dipenuhinya
ketentuan-ketentuan tersebut diatas
Kemudian diharap para Pejabat Pemerintah setempat dapat memberi
bantuan seperlunya

Tanda tangan
Pemegang Izin

ARIKA DEWI

Dikeluarkan di : Yogyakarta
pada Tanggal : 11-5-2009An. Kepala Dinas Perizinan
Sekretaris

Tembusan Kepada :

- Yth. 1. Walikota Yogyakarta (sebagai laporan)
2. Ka. BAPEDA Prop. DIY
3. Ka. Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
4. Camat Gondokusuman Yk, Lurah Klitren Yk
5. Camat Kotagede Yk, Lurah Prenggan Yk
6. Camat Mantriweron Yk, Lurah Gedongkiwo Yk
7. Camat Tegajerejo YK, Lurah Tegajerejo Yk
8. Ybs.



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
KECAMATAN GONDOKUSUMAN
Jalan Munggur 3? Telp. (0274) 520234 Yogyakarta 55223

SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 070 / 28 / GK / V / 2009

- Dasar** : 1 Surat izin / Rekomendasi dari Gubernur Kepala daerah Istimewa Yogyakarta Nomor : C70/2383 Tanggal : 8/05/2009
- Mengingat** : 1. Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 17 Tahun 2005 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Perizinan Kota Yogyakarta.
2. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 187 tahun 2005 tentang Penjabaran Fungsi dan Tugas Dinas Perizinan Kota Yogyakarta;
3. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 33 tahun 2006 tentang Pelayanan Perizinan pada Pemerintah Kota Yogyakarta;
4. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 14 tahun 2007 tentang Perubahan Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 187 tahun 2005 tentang Penjabaran Fungsi dan Tugas Dinas Perizinan Kota Yogyakarta;
5. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 29 tahun 2007 tentang Pemberian Izin Penelitian, Kuliah Kerja Nyata, dan Praktek Kerja Lapangan.
6. Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor : 38/I.2/2004 tentang Pemberian izin/Rekomendasi Penelitian/Pendataan/Survei/KKN/PKL di Daerah Istimewa Yogyakarta

Diizinkan kepada :

Nama : ARIKA DEWI

No. Mhs / NIM. : 0706188265

Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Kesehatan masyarakat, UI - Depok

Alamat : Jl. Supratman No 44 Yk

Penanggungjawab : Dr. dr. Tri Krianto, M. Kes

Keperluan : Melakukan Penelitian dengan judul proposal : Determinan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan re matik di Kota Yogyakarta tahun 2009

Lokasi : Kelurahan Klitren

Waktu : 08 Mei 2009 sampai tanggal 08 Agustus 2009

Dengan ketentuan :

1. Terlebih dahulu menemui / melaporkan diri kepada Pejabat Pemerintah setempat untuk mendapat petunjuk seperlunya;
2. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan yang berlaku;
3. Izin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat menimbulkan keresahan masyarakat dan mengganggu kestabilan pemerintah serta hanya dipergunakan untuk keperluan ilmiah;
4. Wajib memberikan laporan hasil penelitian kepada Walikota Yogyakarta lewat Dinas Perizinan Kota Yogyakarta;
5. Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut di atas.

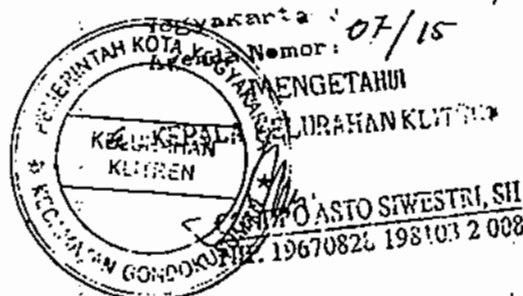
Penerima izin,

ARIKA DEWI



Tembusan kepada :

- 1 Lurah Baciro
- 2 Lurah Demangan
- 3 Lurah Klitren
- 4 Lurah Kotabaru
- 5 Lurah Terjan





PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA

KECAMATAN KOTAGEDE

Jl. Nyi Wiji Adisoro Nomor 39 Telp. 375790 Yogyakarta 55172

SURAT KETERANGAN / IZIN

Nomor : 070/12

Dasar : Surat Izin/Rekomendasi dari Gubernur Kepala Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor: 070/2383 dan Surat Walikota Nomor : 070/1004/

Tanggal 08 Mei 2009

Mengingat : 1. Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 10 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Susunan, Kedudukan dan Tugas Pokok Dinas Daerah
2. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 85 Tahun 2008 tentang Fungsi, Rincian Tugas Dinas Perizinan Kota Yogyakarta
3. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 33 Tahun 2008 tentang Tentang Penyelenggaraan Perizinan pada Pemerintah Kota Yogya.
4. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 85 Tahun 2008 tentang Pemberian Izin Penelitian, Praktek Kerja Lapangan dan Kuliah Kerja Nyata di Wilayah Kota Yogyakarta
5. Keputusan Gubernur DIY Nomor : 387.2/2004 tentang Pemberian izin / Rekomendasi Penelitian/Pendataan/Survei/KKN/PKL di DIY.

Diizinkan kepada : Nama : ARIKA DEWI
NIM/NIK : 0706188265
Pekerjaan : Mahasiswa Fak.Kesehatan Masyarakat-UI-Depok
Alamat : Fakultas Kesehatan Masyarakat UI Depok. Jabur
Penanggungjawab : Dr.dr.s.Tri Krianto, M.Kes

Keperluan : Melakukan Penelitian dengan judul Proposal : DETERMINAN PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PADA LANSIA DENGAN KELUHAN REMATIK DI KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2009.

Lokasi : Kota Yogyakarta
Waktu : 08/05/2009 sampai 08/08/2009

Lampiran : -
Dengan Ke'entuar : 1) Wajib memberi laporan hasil penelitian kepada Camat
2) Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat
3) Izin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah dan hanya diperlukan untuk keperluan yang bersifat ilmiah
4) Surat Izin ini sewaktu-waktu dapat dibatalkan apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan tersebut di atas
Keinudian diharap para pejabat Pemerintah setempat dapat memberi bantuan seperlunya

Dikeluarkan di : Yogyakarta
Pada tanggal : 12 Mei 2009

Tanda Tangan
Penerima Izin

(Arika Dewi)



a.n.CAMAT
Kasi/Pejabat Informasi dan Pengaduan

SUKANA, S.Sos
NIK 19570224 198503 1 004

Tambahan Kepada Yth :

PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
KECAMATAN MANTRIJERON
Jl. D.I. Panjaitan No.84 Yogyakarta, Telp. (0274)375793

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 070 / 14/ MJ/ 2009

1. Yang bertanda tangan di bawah ini :

- a. Nama : Drs. Dirsyam Wimono
b. Jabatan : Camat Mantrijeron

Dengan ini menerangkan bahwa :


- a. Nama : ARIKA DEWI
b. No. Mhs/NIM : 0706188265
c. Pekerjaan : Mhsw. Fak. Kesehatan Masyarakat- UI Depok
d. Alamat : Jl. Supratman No.44 Yogyakarta
e. Bermaksud :

Mengadakan Penelitian/Survey/KKN dengan judul Proposal DETERMINAN PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PADA LANSIA DENGAN KELUHAN REMATIK DI KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2009, mulai tanggal 08 Mei 2009 sampai dengan 08 Agustus 2009.

Sehubungan dengan maksud yang bersangkutan, mohon pihak-pihak di wilayah Kecamatan Mantrijeron untuk dapat memberikan keterangan yang diperlukan.

2. Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 12 Mei 2009


Drs. Dirsyam Wimono
NIP. 195306061975121006

Tembusan :

1. Arsip
2. Kelurahan Suryodiningratn OK





PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
KECAMATAN TEGALREJO

Jl. Tompeyan TR III/219 email Tegarejo@jogja.go.id Telp 515781
Yogyakarta

Nomor : 070/20
Lamp : 1 lb
Hal : Survey Penelitian

Yogyakarta, 13-05-2009
Kepada
Yth : Bapak/Sár Lurah
Kel. Tegarejo
di-
Yogyakarta

Menperhatikan Surat dari Dinas Perizinan Kota Yogyakarta No.070/1004 Tanggal 11-5-2009

Sehubungan dengan rekomendasi dari Instansi tersebut diatas, dengan ini Camat Tegarejo memberikan Ijin Survey / Penelitian kepada :

Nama : ARIKA DEWI No.Mhs 0706188265
Pekerjaan : Mahasiswa
Dari : Fakultas Kesehatan Masyarakat -UI Depok
Alamat : Jl. Supratman No.44 Yogyakarta
Bertaksud : Melakukan Penelitian
Dengan Judul : Determinan perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan keluhan rematik ,di Kota Yogyakarta Tahun 2009.
Wakyu Penelitian : 08 Mei 2009 s.d 08 Agustus 2009.
Penanggung Jwb : Dr.Drs Tri Krianto,M.Kes

Sebagai catatan, setelah selesainya penelitian ini agar melaporkan hasilnya ke Kecamatan Tegarejo secara tertulis.

Demikian agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



An. CAMAT TEGALREJO

SUSAKA IRIANA
NIP.19611228 198503 2 071



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. 7864975, FAX. 7863472

No : 2006/PT.02.H5.FKMUI/I/2009
Lamp. : ---
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

30 April 2009

Kepada Yth.
Gubernur Jawa Barat
Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik dan
Perlindungan Masyarakat Daerah (BKBPM) Jawa Barat
Jl. WR. Supratman No.44
Bandung
Jawa Barat

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Arika Dewi
NPM : 0705188205
Thn. Angkatan : 2007/2007
Peminatan : Promosi Kesehatan
Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data yang kemudian akan dianalisis kembali dalam penyusunan tesis dengan judul, *"Determinan Perilaku Pencarian Pengobatan pada Lansia dengan Keluhan Rematik di Kota Yogyakarta Tahun 2009"*.

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku dinomor telp. (021) 7863475.

Wakil Dekan FKMUI,

Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 132 161 167

Tembusan:

- Gubernur Kepala Daerah Istimewa Yogyakarta
- Cq. Kepala Bappeda Prov. DIY
- Pembimbing tesis
- Arsip



**DOKUMENTANSI
SENAM LANSIA DAN POSYANDU
LANSIA DI KOTA YOGYAKARTA**

