



PERMASALAHAN DAN AKSES
KESEHATAN LANSIA

Nurul Agustina

Penuaan populasi (*population aging*) bisa dikatakan sebagai salah satu dampak terpenting dari proses pembangunan ekonomi dan kesehatan. Kemajuan di bidang kedokteran – termasuk penemuan berbagai jenis obat-obatan seperti antibiotika yang mampu “melenyapkan” berbagai penyakit, berhasil memperlambat datangnya kematian dan, karenanya, mempertinggi tingkat harapan hidup. Pada saat bersamaan, penuaan populasi secara tidak langsung juga dipengaruhi oleh menurunnya kesuburan pada kelompok usia subur. Akibatnya penduduk usia tua bertambah banyak sementara penduduk usia muda (anak-anak) semakin berkurang.

Fenomena penuaan populasi ini terjadi di seluruh dunia. Di Eropa



dan negara-negara maju lainnya, proses penuaan populasi sudah diantisipasi sejak awal abad 20. Tak heran jika masyarakat di sana sudah jauh lebih siap dalam menghadapi aneka tantangan yang ditimbulkan oleh proses ini dibanding negara-negara lainnya. Namun sekarang, negara-negara berkembang yang masih menghadapi masalah dengan penambahan penduduk pun mulai menghadapi masalah yang sama. Fenomena penuaan populasi ini mendatangkan sejumlah konsekuensi. Salah satunya yang menjadi fokus dalam tulisan ini, yakni pengelolaan kesehatan masyarakat serta pola penyakit yang dihadapi oleh masyarakat yang bersangkutan.

Tulisan ini akan membahas permasalahan yang berkaitan dengan pengelolaan kesehatan di kalangan penduduk berusia lanjut serta akses terhadap pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh kelompok ini. Seperti akan dipaparkan, usia lanjut termasuk kelompok masyarakat yang "terpinggirkan" secara sosial. Karena itu tidak mengherankan jika pelayanan kesehatan bagi kelompok ini pun belum pernah menjadi perhatian serius dari pemerintah.

Salah satu argumen krusial yang akan dibahas dalam tulisan ini adalah bahwa ketiadaan perhatian yang memadai terhadap kelompok lansia ini telah menciptakan ruang kosong yang kemudian diisi oleh dunia medis. Di satu sisi, perhatian besar dari kalangan medis ini harus ditanggapi secara positif karena itu artinya satu masalah besar yang dihadapi kalangan lansia bisa teratasi, betapapun masih terbatas jangkauannya. Tapi di sisi lain, kenyataan ini juga mendorong makin berkembangnya anggapan bahwa menjadi tua identik dengan semakin banyaknya masalah kesehatan yang akan dialami seseorang. Akibatnya tidak hanya terjadi proses medikalisasi, tapi juga reduksi, dalam cara pandang terhadap usia lanjut. Seorang berusia lanjut cenderung dipandang oleh masyarakatnya tidak lebih dari sekelompok organ yang sakit-sakitan, bukan individu yang memiliki kebutuhan intelektual, emosional, dan spiritual di samping kebutuhan yang sifatnya biologis.

Perubahan dan Tantangan

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mencatat, proses penuaan populasi telah mendatangkan sejumlah perubahan dan tantangan pada beberapa bidang. *Pertama*, perubahan pada struktur demografis masyarakat. Saat ini rata-rata pertumbuhan populasi masyarakat dunia adalah 1.7% per tahun. Angka ini lebih rendah dibanding pertumbuhan kelompok



Dok. MP

usia lanjut yang mencapai 2.5% per tahun. Perubahan demografis yang paling jelas justru tampak pada masyarakat di negara-negara berkembang. Sampai 30 tahun mendatang diperkirakan negara-negara tersebut akan menyaksikan “ledakan” penduduk usia lanjut hingga sebesar 200-400 persen. Untuk diketahui, menurut perkiraan Biro Pusat Statistik, pada tahun 2005 di Indonesia akan terdapat 18.4 juta penduduk usia lanjut. Jumlah ini akan melonjak hingga 32 juta orang (12 persen dari total penduduk) pada tahun 2020. Lebih lanjut, Boedhi-Dharmojo (1999) mengatakan bahwa antara 1990-2-25, kenaikan populasi lanjut usia di Indonesia akan mencapai 414%.¹

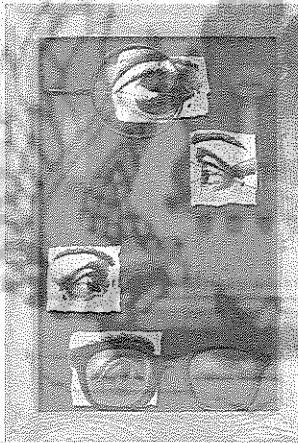
Kedua adalah perubahan *epidemiologis* (penyebaran penyakit). Penuaan populasi akan berdampak pada perubahan pola penyakit. Baik di negara maju maupun negara berkembang penyakit jantung *iskemik* (kekurangan oksigen) dan penyakit-penyakit *serebrovaskular* (penyakit pembuluh darah otak) adalah penyebab kematian terpenting di kalangan usia lanjut, di samping penyakit *neoplasma* (kanker) dan saluran pernafasan termasuk *pneumonia* (radang paru-paru). Buruknya, di negara-negara berkembang aneka penyakit menular masih juga menjadi ancaman, dan Indonesia bukan pengecualian dalam hal ini.

Situasi kesehatan yang demikian masih diperparah dengan kecenderungan meningkatnya ketergantungan orang seiring dengan makin lemahnya kemampuan fisik. Tentu saja secara teoretis menjadi tua tidak identik dengan “penyakit”. Namun kenyataannya, kebiasaan hidup yang jauh dari sehat yang tidak hanya disebabkan oleh gaya hidup

tapi juga oleh keadaan ekonomi – membuat banyak orang terpaksa menghadapi masa tuanya dengan risiko menderita berbagai penyakit, yang dapat berkembang menjadi *disability* (kecacatan).

Ketiga adalah perubahan sosio-kultural yang terjadi akibat terkikisnya hubungan antar generasi. Hal ini antara lain disebabkan oleh proses urbanisasi yang “memaksa” penduduk usia produktif meninggalkan tempat tinggalnya untuk mencari nafkah. Akibatnya banyak orang tua harus hidup sendiri tanpa jaminan sosial yang berarti. Ini terjadi terutama di negara berkembang seperti Indonesia yang belum menerapkan sistem jaminan sosial secara menyeluruh. Dengan kata lain, beban yang harus ditanggung oleh penduduk usia produktif bertambah tingginya oleh meningkatnya kemampuan masyarakat untuk melindungi kelompok rentan seperti kalangan usia lanjut.

Keempat adalah dari ketimpangan gender yang terjadi selama ini. Untuk Indonesia misalnya, perempuan mempunyai harapan hidup lebih tinggi dibanding laki-laki. Menurut perkiraan BPS (1998) harapan hidup perempuan Indonesia mencapai 66.68 tahun, sementara laki-laki hanya 62.84 tahun. Kenyataan ini menyebabkan perempuan menempati porsi terbesar pada kelompok usia lanjut. Rendahnya investasi yang ditanamkan pada perempuan dalam hal pendidikan (termasuk pendidikan politik) dan ekonomi menyebabkan semakin kompleksnya permasalahan yang harus mereka hadapi seiring dengan pertambahan usia.



Sumber: Vegetariantimes

tantangan yang timbul seperti Indonesia bertumbuh pesat, disandang oleh ketidakmampuan masyarakat untuk melindungi kelompok rentan lanjut.

tantangan yang timbul gender yang terjadi diketahui saja, di Indonesia perempuan mempunyai

Semua perubahan ini berujung pada situasi yang sangat kompleks. Untuk menanganinya jelas tidak bisa hanya diserahkan kepada kalangan medis semata, karena kesehatan hanyalah satu dari rangkaian permasalahan yang dihadapi kalangan lansia. Kompleksitas masalah penuaan populasi ini, meminjam istilah Dr Bernard Starr, guru besar dalam bidang gerontologi dari Marymount Manhattan College, bisa diibaratkan sebagai sebuah revolusi bisu yang “comparable to other great

revolutions of history, the Renaissance and the Industrial Revolution... that transformed every aspect of life in this planet."

Tapi siapa sebenarnya yang dikategorikan sebagai kalangan lanjut usia tersebut? Menurut UU nomor 13/1998, usia lanjut adalah mereka yang sudah mencapai usia 60 tahun. Batasan ini dipakai juga oleh penyelenggara kesehatan yang menyebutkan bahwa pasien berusia 60 tahun ke atas adalah pasien *geriatri* (lansia). Uniknya, hingga saat ini usia pensiun PNS adalah 55 tahun, dan ini sesuai dengan UU nomor 4/1965 yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI. Perbedaan definisi ini untuk kepentingan birokrasi dan kepentingan medis sedikit banyak menimbulkan "kebingungan" dalam penanganan pasien lanjut usia.

Merawat orang tua dewasa ini melibatkan sejumlah pertimbangan etis. Hal ini terutama berkaitan dengan perubahan pola hubungan kekeluargaan. Dalam masyarakat tradisional yang masih terdiri dari unit-unit keluarga luas, kemungkinan besar orang tidak takut menjadi tua karena peran dan posisi mereka dalam masyarakat tetap terjamin. Demikian juga dengan penghormatan dari keluarga dan masyarakat. Tapi tidak demikian halnya dengan masyarakat modern yang terdiri dari keluarga-keluarga inti. Ketika privasi dan kemandirian menjadi nilai yang sangat dipentingkan, mengurus dan merawat orang tua dianggap sebagai beban tambahan atau bahkan gangguan bagi keluarga.²

Masalah Kesehatan Lansia

Dibanding pada kalangan berusia lebih muda, penyakit pada kalangan lanjut usia cenderung berkembang menjadi kronis dan bahkan progresif.³ Karena itu pelayanan kesehatan primer untuk kalangan ini seharusnya mencakup juga upaya manajemen penyakit kronis, yang antara lain mensyaratkan keahlian dari dokter dan pelaku rawat (*caregiver*) untuk memberikan perawatan dalam jangka panjang. Implikasi terpenting dari perawatan kesehatan jangka panjang terkait dengan masalah keuangan. Di Indonesia yang anggaran kesehatannya kecil, sementara masyarakatnya masih harus menghadapi persoalan dengan aneka penyakit menular dan angka kematian ibu dan bayi yang tinggi untuk menyebut sebagian masalah, tidak mengherankan jika pelayanan kesehatan untuk kalangan lanjut usia berada di prioritas paling bawah.

Proses menua jelas bukan hanya berarti terjadinya serangkaian perubahan biologis. Menua adalah juga proses kehilangan, mulai dari kehilangan peran sosial (misalnya karena pensiun), kehilangan pendapatan, hingga kehilangan teman dan keluarga karena kematian. Menua juga bisa diidentikkan dengan kecemasan seperti cemas terhadap keamanan dan keselamatan diri, cemas karena ketidakpastian penghasilan, dan cemas karena harus tergantung kepada orang lain. Semua ini penting dipertimbangkan dalam pemberian layanan kesehatan kepada kalangan lanjut usia.

Di Indonesia, penyakit-penyakit degeneratif seperti diabetes mellitus dan gangguan kolesterol adalah masalah utama dalam penanganan kesehatan lansia,⁴ di samping berbagai kondisi yang berisiko pada terjadinya *disability* di kalangan lansia seperti rematik, hipertensi, gangguan jantung, bronkhitis, tuberkulosis, osteoporosis, dan kanker. Secara lebih spesifik, RL. Kane (1994) menyebutkan masalah kesehatan yang biasanya dialami oleh kalangan lansia bisa disarikan menjadi serangkaian "I" yaitu, *Immobility* (kurang gerak), *Instability* (ketidakstabilan fisik/non-fisik), *Incontinence* (ketidakmampuan menahan dorongan untuk buang air kecil/besar), *Intellectual impairment* (kemunduran daya ingat), *Infection* (infeksi), *Impairment of vision and hearing* (kemunduran daya penglihatan dan pendengaran), *Irritable colon* (gangguan usus besar), *Isolation* (depresi), *Inanition* (malnutrisi), *Impaction* (konstipasi), *Iatrogenesis* (penyakit karena obat), *Insomnia* (gangguan sulit tidur), *Immune deficiency* (gangguan pada sistem kekebalan tubuh), dan *Impotence* (impotensi). Para ahli gerontologi menyebut kondisi-kondisi tersebut sebagai *the geriatric giants* (masalah-masalah kesehatan utama pada lansia).⁵

Kesulitan merawat orang tua yang sakit bisa datang dari beberapa sebab. Pertama, dari segi *etiologi* (asal usul penyakit), penyakit pada kalangan lanjut usia pada umumnya bersifat *endogen* (berasal dari dalam tubuh) dan *okult* (tersembunyi). Akibat perubahan fisiologis yang terjadi, penyakit menjadi susah dideteksi. Misalnya, jika terjadi infeksi, umumnya suhu tubuh seseorang akan naik. Pada kalangan lanjut usia, peningkatan suhu tubuh ini tidak terjadi sehingga tanpa pemeriksaan yang lebih menyeluruh akan sukar diketahui bahwa seseorang mengalami infeksi.

Di samping itu, penyakit pada orang lanjut usia biasanya bersifat

kumulatif (*multiple*) dan kronis (menahun), dan bersifat progresif sehingga dapat menyebabkan cacat lama sebelum terjadinya kematian. Ini berbeda dengan penyakit yang dialami oleh kelompok usia muda, yang kebanyakan bersifat *self-limiting* (sembuh sendiri). Pada orang lanjut usia, penyakit yang dideritanya menyebabkan ia lebih rentan terhadap penyakit, jadi berbeda dari penyakit pada usia muda yang justru memberi kekebalan.⁶

Seperti dikatakan oleh guru besar di bidang Penyakit Dalam FKUI-RSCM yang juga konsultan geriatri, Profesor Supartondo, sebagaimana pada kondisi kronis, kondisi akut pada pasien geriatri lebih sulit diatasi dibanding pada pasien usia muda. Ini disebabkan karena kondisi fisiologis pasien usia lanjut menyebabkan gejala penyakit bisa berbeda. Selain itu kecenderungan *multipatologis* (kelainan di berbagai organ) pada pasien usia lanjut membuat proses pengobatan menjadi semakin *complicated* (rumit). "Dokter harus membuat prioritas, penyakit mana yang harus disembuhkan lebih dahulu. Harus diingat bahwa dokter tidak bisa menyembuhkan semua penyakit pada pasien usia lanjut, karena organ-organ tubuh mereka sudah mengalami penurunan fungsi," katanya.⁷

Karakteristik penyakit yang seperti ini, sayangnya, membuat pasien sering kali disalahpahami. Jika pasien menolak makan, pelaku rawat (*care giver*) dengan mudah menganggapnya sedang stress, padahal mungkin sekali ada masalah dengan fisiknya, misalnya gangguan pencernaan. Tidak semua dokter dan pelaku rawat (*care giver*) memahami masalah ini, sehingga yang sering terjadi adalah pemberian obat-obatan secara tidak rasional (*polifarmasi*). Akibatnya, mutu pelayanan dan pengobatan menurun sementara efek samping membesar. Juga, selain biaya pengobatan menjadi sangat mahal, ada pengaruh psikososial yang akan muncul. Masyarakat menjadi terlalu tergantung pada terapi obat, walaupun intervensi obat belum tentu merupakan pilihan utama untuk kondisi tertentu.⁸

Ambiguitas Medis

Berjayanya hegemoni pengobatan konvensional yang dikembangkan Barat menyebabkan terjadinya proses medikalisasi dalam masyarakat. Sebagai akibatnya, proses penuaan pun lebih banyak dipandang dari kaca mata medis. Hazan (1994) mengatakan bahwa kehadiran bagian

geriatri (penyakit-penyakit usia lanjut) di rumah sakit memang bisa diartikan sebagai bentuk kepedulian kalangan medis pada kalangan usia lanjut. Namun, tambah Hazan, pada saat yang sama terjadi juga “generalisasi” konsep menjadi tua sama dengan menjadi sakit-sakitan dan, karenanya, membutuhkan penanganan medis.⁹ Ilustrasi berikut barangkali bisa memperjelas pernyataan Hazan di atas.

Menurut salah seorang dokter spesialis geriatri di Rumah Sakit Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo (RSUPN-CM), *bed occupancy ratio* (BOR) di institusi ini mencapai angka yang cukup tinggi, yakni 57.5%. Yang menarik, ada kasus ketika pasien yang sebenarnya sudah diperbolehkan pulang dari rumah sakit justru tidak dijemput oleh keluarganya. Sembari terus membayar biaya rawat inap yang tidak murah untuk kebanyakan orang Indonesia, keluarga pasien memberikan alasan bahwa di rumah tidak ada tenaga untuk merawat orang tua mereka. Rumah sakit, dengan demikian, dianggap sebagai suatu tempat yang aman untuk “menitipkan” orang tua mereka karena pelayanan dokter dan perawat terjamin 24 jam penuh. Dan seiring dengan berjalannya proses medikalisasi seperti ini, yakni ketika semakin banyak hal dinilai dengan kacamata medis, semakin orang tergantung pada sistem pemeliharaan kesehatan di rumah sakit. Terutama ketika pelayanan yang diberikan rumah sakit juga semakin baik.

Di Indonesia, misalnya di RSUPN-CM, *geriatri* adalah sub-bagian di bawah Bagian Penyakit Dalam. Di subbagian ini diterapkan pendekatan komprehensif dan terpadu dalam merawat pasien. Seperti dikatakan oleh guru besar FKUI dalam bidang geriatri, Profesor Supartondo, pendekatan ini diperlukan karena pasien usia lanjut mengalami problem multidimensional. Bukan hanya masalah fisiknya harus diatasi, tapi juga masalah psikologis dan psikososialnya.

Hingga saat ini, belum semua rumah sakit besar di Indonesia memiliki ruang rawat khusus *geriatri*. Penanganan pasien lanjut usia, karena itu, masih ditangani oleh bagian-bagian yang ada secara terpisah-pisah. Kondisi ini seringkali menimbulkan kesulitan pada pasien, terutama yang status penyakitnya beragam (*multiple*). Minimnya koordinasi antarbagian juga membuat pasien rentan mengalami *polifarmasi* dalam proses pengobatan, dan ini kian mempersulit penyembuhannya.

Masalah Ekonomi

Hingga saat ini pelayanan kesehatan dapat dijangkau oleh kalangan lanjut usia, meskipun secara geografis itu mungkin tidak terjangkau oleh mereka. Namun kendala utama yang dihadapi oleh kelompok ini adalah ekonomi. Bahkan pun seandainya mereka mempunyai uang pensiun, banyak di antara mereka yang masih harus terus menghidupi anak-anaknya. Akibatnya pemeliharaan kesehatan tidak bisa lagi mereka prioritaskan.

Hidayati (bukan nama sebenarnya) adalah seorang janda PNS Departemen Penerangan RI yang berusia 70 tahun. Ia tinggal di Jakarta Timur bersama tiga anaknya (dua di antaranya sudah berkeluarga) dan dua orang cucu. Tak satupun dari anak dan menantunya yang mempunyai pekerjaan tetap. Sudah beberapa tahun terakhir ini Hidayati sakit-sakitan setelah stroke yang dialaminya sekitar lima tahun lampau. Tercatat sebagai pasien di sub-bagian *geriatri* RSUPN-CM, Hidayati sebenarnya diminta dokter untuk memeriksakan kondisi kesehatannya secara teratur, tapi hal itu sulit ia lakukan karena ia harus "membagi" uang pensiunnya yang sebesar 400 ribu rupiah dengan anak-anaknya.

Lebih buruk lagi, karena kondisinya yang tidak memungkinkan Hidayati mengambil sendiri uang pensiun suaminya itu, uang itu pun dikontrol anak-anaknya. Demikian juga dengan sertifikat rumahnya, yang merupakan satu-satunya asset berharga miliknya.

Sebenarnya, menurut dokter yang merawat, *inkontinensia* Hidayati bisa diatasi dengan fisioterapi, namun keluarganya tidak mendukung. Tampaknya karena alasan keuangan. Hidayati sendiri merasionalisasi hal tersebut dengan caranya sendiri. "Saya tidak mau [fisioterapi, maksudnya]. Iya kalau berhasil, kalau nggak? Lagi pula ini [mengompol] wajar untuk orang tua seperti saya. Kalau sudah tua memang begitu, jadi sarang penyakit."

Pada saat yang sama anak-anaknya tidak



Catatan Belakang

- ¹ Sebagai perbandingan, di Kenya kenaikan populasi lanjut usia pada periode yang sama diperkirakan mencapai 347%, di Brazil 255%, di India 242%, dan di Cina 220%. Lihat R. Boedhi-Darmojo dan Hadi Martono (eds), **Geriatric: Ilmu Kesehatan Usia Lanjut** (Jakarta, Balai Penerbit FKUI, 1999).
- ² Nanda dan Warms, tanpa judul (tanpa penerbit, 1998), hal. 176-177.
- ³ Hazzard et.al, tanpa judul (tanpa penerbit, 1999), hal. xxxii.
- ⁴ Darmojo, op.cit, hal. 46.
- ⁵ RL Kane et.al, **Essential of Clinical Geriatrics** (New York: Mc Graw-Hill, 1994), hal. 14-15.
- ⁶ Rejeki Andayani Rahayu, "Karakteristik Penyakit pada Usia Lanjut" dalam R Boedhi-Darmojo, **Naskah Lengkap Temu Ilmiah Nasional I dan Konferensi Kerja III Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia (Pergemi)** (Semarang: Balai Penerbit Universitas Diponegoro, 2002), hal. 259-274.
- ⁷ Wawancara pribadi, 6 Juni 2001.
- ⁸ Bambang Triwara, "Polifarmasi dan Permasalahannya" dalam Darmojo, op.cit., hal. 521-527.
- ⁹ Haim Hazan, **Old Age: Construction and Deconstruction** (Cambridge University Press, 1993), hal. 14.
- ¹⁰ Nurul Agustina, "Back to Childhood: A Study on Urinary Incontinence Perception Among Female Elderly in Jakarta", tesis master dari Universiteit van Amsterdam (tidak diterbitkan), The Netherlands, 2001.
- ¹¹ Ibid.

UCAPAN TERIMA KASIH

"Suara Perdamaian Perempuan di Wilayah Konflik"

"Langgaran HAM Perempuan"

wali Harsono
Rosnani Sahardin
san Yeblo
hira Andi Baso
derator: Atika Suri

"Konflik Etnis dan Agama serta Peranan Adat"

•Dra. Hj. Sinta Nuryah, M.Hum
•Pdt. Lies Sigalinga Saino
•Dr. Manguntha Hendriks
•Siti Salim, S.Pd

derator: Dama Iswara



Yayasan Jurnal Perempuan dengan tulus mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah membantu menyukseskan acara seminar nasional "Suara Perdamaian Perempuan di Wilayah Konflik" yang telah diselenggarakan di hotel Maharadja, Sabtu 24 agustus 2002, khususnya kepada pihak-pihak:

1. USAID OTI
2. The Shell Companies in Indonesia
3. The BODY SHOP
4. KOMPAS
5. GATRA
6. SYIAR
7. PANTAU
8. IBU dan ANAK
9. Rakyat Merdeka
10. Koran Tempo
11. Sinar Harapan
12. Suara Karya
13. Suara Pembaruan
14. Meneg PP (Ibu Sri Rejeki)
15. Para pembicara, moderator, peserta
16. Serta pihak-pihak lain yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu