

STRUKTUR RUMAH TANGGA DAN PERAWATAN KESEHATAN LANSIA DI INDONESIA

*Mubasyir Hasanbasri**

Abstract

The role of family in elderly care in Indonesia remains feasible solution for both economic and cultural reasons. Rapid socio-economic changes have raised the concerns whether family members can effectively meet the need of elderly ears. This study examines the relationship between household structure variables and the use of health services. We seek to learn the household structure characteristics that facilitate or constrain elderly care. If there is no constraint within the family, elderly people living dependently to their children will be less likely to show difference in health care practices as opposed to those living independently. The data for this analysis is drawn from the 1993 Indonesian Socio-Economic Survey. Individuals aged 65 years or above reported to have illness complaints in the past two weeks and remained suffered when the survey was performed are included for the analysis. The findings indicate that the elderly people living dependently with their children or with other families use less health care available outside their homes than those living independently.

Pendahuluan

Kesejahteraan penduduk lansia menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari tanggung jawab keluarga di banyak negara berkembang (Chang, 1994). Jumlah anak yang banyak menjadi jaminan sosial dan ekonomi bagi orang tua ketika mereka mencapai usia lanjut. Orang tua biasanya

berharap paling sedikit ada satu anak yang akan tinggal bersama dan membantu merawat mereka (Knodel, 1992). Sebagai contoh, wanita dituntut secara sosial untuk berperan sebagai pemberi perawatan bagi lansia. Ada semacam pembagian tugas yang tidak tertulis dari anggota rumah

* dr. Mubasyir Hasanbasri, staf peneliti Pusat Penelitian Kependudukan, Universitas Gadjah Mada dan staf pengajar Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

tangga tentang permintaan terhadap wanita untuk tetap tinggal bersama orang tua, sedangkan laki-laki bisa pergi jauh mencari pekerjaan. Tugas wanita ini bahkan berlaku hingga mereka berkeluarga. Meskipun cerita yang negatif tentang harapan lansia itu jarang terdengar, kekhawatiran terhadap peran anak dalam membantu lansia akan mendapat hambatan ketika wanita makin dituntut berpartisipasi dalam kegiatan ekonomi, kaum muda makin kerap pergi jauh dari orang tua, dan kondisi perumahan yang lebih kecil bagi keluarga-keluarga baru (Mason, 1992; Thornton & Fricke, 1989). Tulisan ini memotret pola perawatan kesehatan lansia menurut struktur rumah tangga. Kita berharap tidak ada perbedaan dalam pola perawatan lansia atas dasar besar rumah tangga dan status lansia di rumah tangga.

Fokus Penelitian Terdahulu

Status ekonomi dapat menjadi kendala dalam akses pelayanan kesehatan (Ward, 1977; Andersen, 1968; Stanton & Clemens, 1989). Ketika pelayanan kesehatan yang tersedia bermacam-macam, orang dari status ekonomi rendah lebih banyak menggunakan pelayanan dengan biaya perawatan yang rendah. Walaupun demikian,

perlu diingat bahwa apakah orang memperoleh akses pelayanan atau tidak sebenarnya tidaklah begitu penting dibandingkan dengan perawatan yang tepat yang mereka butuhkan. Pelayanan yang bermutu membutuhkan biaya lebih tinggi, begitu pula perawatan secara profesional jelas lebih mahal daripada perawatan umum. Mereka yang berasal dari status sosial-ekonomi rendah memiliki kesempatan yang kecil dalam memperoleh pelayanan dari kalangan profesional. Status sosial ekonomi juga mempengaruhi cara orang memahami penyakit dan pencarian pengobatan. Sebagai contoh, penyakit yang diderita orang tua dengan status sosial ekonomi rendah tidak dianggap sebagai hal yang membutuhkan perawatan sampai pada keadaan sudah parah. Di samping itu, penghasilan yang terbatas membuat orang dari kelompok status sosial ekonomi rendah menempatkan pengobatan sebagai sesuatu yang kurang penting.

Beberapa penelitian tentang peran pendidikan dalam meningkatkan status kesehatan di negara-negara berkembang dikonsentrasikan pada bidang mortalitas dan kesehatan anak (Preston, 1985; Lindenbaum, 1989;

Koeh-Weser & Yankauer, 1991; Jain, 1985; Flegg, 1982; Caldwell, 1979; Streatfield dkk, 1990), namun kunci mekanismenya tetap sama. Pengaruh pendidikan dikaitkan dengan pengetahuan tentang penyakit dan perilaku perawatan kesehatan yang lebih baik. Semakin tinggi jenjang pendidikan seseorang, semakin besar kemungkinannya untuk memahami suatu penyakit dan semakin positif pula perilaku perawatan kesehatannya.

Perbedaan daerah perkotaan dan perdesaan akan tersedianya agen perantara perawatan kesehatan merupakan faktor penentu lain, apakah pelayanan perawatan tersebut diperlukan atau tidak. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa karena rumah sakit dan klinik yang menyediakan perawatan medik secara profesional dipusatkan di perkotaan (Hart, 1971; Radford, 1980; Zaidi, 1985), kemungkinan penduduk desa untuk mendapatkan akses pelayanan perawatan kesehatan lebih sedikit daripada mereka yang tinggal di perkotaan, terutama bagi penduduk di daerah-daerah yang secara geografis sulit dicapai dengan transportasi umum.

Peran Struktur Rumah Tangga dan Hipotesis

Penelitian ini mencoba mempelajari hubungan variabel struktur rumah tangga dan pola perawatan kesehatan yang diperoleh lansia. Empat aspek dari struktur rumah tangga yaitu: besar rumah tangga, posisi lansia dalam rumah tangga, status kehadiran orang lain, dan kehadiran anak balita dalam rumah tangga. Asumsi yang mendasari variabel struktur rumah tangga di sini adalah peran anggota rumah tangga dalam pemberian pertolongan dan kemandirian ekonomi. Pemberian pertolongan perawatan mencakup menolong langsung memenuhi kebutuhan lansia pada waktu sakit di rumah, membawa lansia ke tempat pengobatan di luar rumah tangga, dan mencari informasi yang memadai tentang bentuk-bentuk pelayanan perawatan lansia yang tersedia di sekitar rumah tangga. Penolong perawatan dalam rumah tangga di sini bisa suami atau istri, anak-anak dewasa, atau orang dewasa yang lain.

Besar rumah tangga. Besar rumah tangga bisa mencerminkan jumlah anak yang dimiliki oleh

kepala rumah tangga ataupun orang lain yang tinggal bersama kepala rumah tangga. Dilihat dari nilai otonomi dan privasi yang dominan dalam kehidupan modern, maka besarnya jumlah anggota rumah tangga menjadi beban karena mencerminkan rendahnya tingkat kemandirian anggota keluarga. Sekalipun bisa berhubungan dengan beban, besar rumah tangga berkaitan dengan strategi kelangsungan hidup lansia. Pemilikan anak dalam pandangan ini merupakan jaminan ekonomis dan psikososial bagi lansia pada hari tua. Besar rumah tangga merupakan ukuran ketersediaan orang yang bisa dimintai pertolongan oleh lansia dalam pemeliharaan kesehatan, khususnya dalam memperoleh perawatan kesehatan di luar rumah tangga. Berpegang pada pandangan ini, dapat diprediksi bahwa makin banyak jumlah jiwa dalam rumah tangga, makin besar kemungkinan lansia menggunakan perawatan kesehatan di luar rumah tangga.

Status lansia dalam rumah tangga. Kedudukan kepala rumah tangga lazimnya dikaitkan dengan pemilikan sumber-sumber rumah tangga. Biasanya posisi ini tidak berubah ketika kepala rumah tangga menjadi tua. Bila anak atau anggota rumah

tangga bisa mandiri, merekalah yang akan pergi dari rumah orang tua. Sebaliknya, sebagian lansia yang pindah mengikuti anak disebabkan oleh posisi ekonomi mereka yang lemah untuk bisa menjalankan rumah tangga secara mandiri. Konsekuensi dari tinggal bersama anak adalah lansia tidak memiliki kekuasaan seperti bila mereka menjadi kepala rumah tangga. Kepala rumah tangga membuat keputusan-keputusan apakah masalah-masalah perawatan kesehatan lansia ditempatkan pada prioritas utama, tergantung dari keterlibatannya dengan masalah finansial, apabila lansia ini berperan sebagai kepala rumah tangga dan memiliki sumber-sumber yang diperlukan untuk perawatan kesehatan. Sebaliknya, jika ia bergantung pada orang lain, perawatan kesehatan lansia ini bukan lagi merupakan prioritas dan perhatian utama dari rumah tangga. Mereka akan memiliki kesempatan lebih kecil dalam hal mendapat perawatan kesehatan.

Status tempat tinggal. Dari status tempat tinggal, dapat dilihat dengan siapa lansia bertempat tinggal. Kehadiran orang dewasa dalam rumah tangga bisa menjadi mediator dalam berhubungan dengan sumber-sumber pelayanan eksternal

(Horowitz, 1985). Anggota rumah tangga yang masih muda atau seorang kepala rumah tangga membuat keputusan tentang pemenuhan kebutuhan lansia (Cafferata, 1987). Memiliki pasangan atau menikah memiliki sisi positif karena adanya komitmen moral yang menyangkut perhatian terhadap kesejahteraan tiap-tiap pasangan pada saat suka dan duka. Pasangan lansia merupakan sumber pertolongan dalam merawat dan memelihara kesehatan ketika salah satu pasangan menderita sakit (Stoller, 1982). Laporan penelitian telah memperlihatkan pengaruh dari dukungan sosial dan emosional serta keuntungan ekonomis yang dimiliki oleh orang yang memiliki pasangan tetap terhadap status kesehatan dan bahkan kepanjangan usia (Ross, Mirawsky & Goldstein, 1990; Umberson, Wartman & Kessler, 1992). Atas dasar itu, kehadiran pasangan akan mendorong pencarian pengobatan lebih awal dan lebih sungguh-sungguh daripada yang tidak memiliki pasangan.

Kehadiran anak balita. Penuaan penduduk di negara sedang berkembang sering dikaitkan dengan perlipatan persoalan sosial ketika kita sedang berurusan dengan masalah anak balita dan lansia. Kekhawatiran

utama adalah besarnya persoalan yang akan timbul dengan kondisi-kondisi kesehatan yang menyertai penuaan. Konsekuensi dari hal itu, bila terdapat lansia dan anak balita dalam suatu rumah tangga, perhatian keluarga terhadap lansia bisa menjadi lebih rendah dibandingkan terhadap balita.

Memiliki anak balita dianggap sebagai hal yang dapat mengurangi prioritas perhatian keluarga terhadap lansia. Kemungkinan lansia yang tinggal bersama keluarga yang mempunyai anak balita untuk mendapat perawatan eksternal menjadi semakin kecil dibandingkan dengan mereka yang tinggal bersama keluarga tanpa anak balita. Variabel dan definisi operasional ini dapat dilihat pada Tabel 1.

Data dan Analisis

Data yang digunakan untuk analisis ini berasal dari Survei Sosial-Ekonomi Indonesia tahun 1993. Penelitian ini mengambil sampel anggota rumah tangga yang berusia 65 tahun ke atas yang mengeluh sakit dalam dua minggu terakhir, dan pada saat survei dilakukan mereka masih merasa sakit. Penelitian ini memusatkan pada kelompok usia 65 tahun ke atas karena diasumsikan kelompok ini lebih memerlukan bantuan orang lain

Tabel 1
Variabel dan Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional
Pelayanan Eksternal	1 bila lansia yang melaporkan sakit dalam kurun dua minggu terakhir dan mencari pertolongan dari pengobatan profesional ataupun tradisional. 0 bila lansia yang melaporkan sakit, tetapi mengobati sendiri atau tidak mencari pengobatan dari luar.
Struktur Rumah Tangga	
Bosar Rumah tangga	Jumlah anggota rumah tangga 4 atau > = 1; < dari 4 = 0
Status lansia dalam rumah tangga	"Korosidon" (1) hila lansia yang tercatat dalam roster rumah tangga sebagai anggota rumah tangga. Bila torcatat sebagai kepala rumah tangga atau suami/istri dianggap "bukan koresiden" atau "mandiri"
Status Tempat Tinggal	Dummy dengan 4 kategori: "tidak kawin tinggal sendiri", "tidak kawin, tetapi tinggal dengan orang dewasa lain", "kawin dan tinggal hanya dengan suami atau istri" (kategori rujukan), dan "kawin dan tinggal borsama istri atau suami dan orang dewasa yang lain".
Kehadiran balita	Rasio jumlah anak di bawah lima tahun di rumah tangga terhadap jumlah jiwa dalam rumah tangga.
Sosiodemografi	
Jenis kelamin	Laki-laki = 1; Perempuan = 0
Umur	Umur tahun dan dibagi ke dalam kategori: 65-69, 70-74 dan 75 ke atas. Kelompok rujukan adalah 65-69.
Status pendidikan tertinggi	Minimal pernah duduk di sekolah dasar = 1; Tidak pernah sekolah = 0
Status ekonomi rumah tangga	Dihitung berdasarkan pengeluaran rumah tangga per kapita. Ekenomi rendah bila berada di bawah parsentil 40%. Ekenomi menengah bila berada pada parsentil antara 40-80%. Ekenomi atas bila berada pada parsentil 80 ke atas.
Status Perketaan	Perdesaan = 1; perketaan = 0

dalam memenuhi perawatan kesehatan mereka.

Informasi tentang keluhan penyakit dan perawatan lansia dalam survei ini diperoleh secara tidak langsung dari wawancara terhadap kepala rumah tangga. Metode ini memiliki bias karena untuk rumah tangga dengan status sosial ekonomi lebih tinggi cenderung lebih peka melaporkan penyakit dibandingkan dengan rumah tangga dengan status sosial ekonomi yang rendah. Maka dari itu, ada kecenderungan bias pelaporan yang lebih tinggi bagi kelompok sosial atas dalam hal penggunaan pelayanan kesehatan. Penelitian ini melihat penggunaan tiga jenis perawatan kesehatan umum. Penggunaan perawatan medik profesional meliputi penggunaan fasilitas rumah sakit, dokter yang membuka praktek pribadi, klinik kesehatan, dan puskesmas. Karena penelitian ini bertujuan memahami peranan keluarga sebagai pembuat keputusan bagi lansia, yang menjadi variabel dependen utama adalah penggunaan perawatan eksternal yaitu setiap pengobatan medik yang diperoleh di luar lingkungan rumah tangga, termasuk perawatan dari dukun. Penggunaan perawatan yang diperoleh lansia termasuk perawatan pengobatan

oleh dirinya sendiri. Keluhan penyakit diklasifikasikan dalam beberapa kategori yang meliputi infeksi saluran pernafasan bagian atas, gangguan pencernaan, konvulsi, kecelakaan, dan lain-lain. Persentase yang tinggi dalam keluhan 'lain-lain' (70%) menggambarkan kondisi penyakit kronis yang umumnya diderita lansia. Sekitar 15% dari mereka yang mengeluhkan penyakit, tidak pernah mendapatkan pengobatan sama sekali. Kira-kira 30% melakukan pengobatan diri sendiri dan 19% berobat ke puskesmas.

Status lansia dalam rumah tangga diklasifikasikan ke dalam dua kategori. Mereka yang tercatat sebagai kepala rumah tangga atau pasangannya (suami atau istri) dalam daftar rumah tangga dikategorikan sebagai lansia yang tidak tergantung atau yang mandiri secara ekonomi. Mereka yang tidak termasuk kategori pertama disebut sebagai lansia yang tergantung. Di antara lansia yang tergantung ini jumlah terbesar berstatus sebagai ayah ibu (orang tua) atau mertua (84%). Kurang lebih 13% merupakan keluarga sedarah, dan sebesar 2,5% merupakan pembantu rumah-tangga atau lainnya.

Status lansia dalam suatu rumah tangga ditentukan oleh

proporsi antara anggota rumah tangga yang berusia di bawah lima tahun dengan jumlah jiwa dalam rumah tangga. Yang termasuk janda/duda adalah mereka yang sudah bercerai atau yang ditinggal mati pasangannya (suami atau istrinya). Kebanyakan lansia dalam studi ini tidak mendapat pendidikan formal. Dalam penelitian ini tingkat pendidikan dibagi menjadi dua, yaitu lansia yang tidak mendapat pendidikan formal (58%), dan mereka yang mendapat pendidikan Sekolah Dasar atau di atasnya. Hanya 5% dari kelompok yang kedua ini pernah bersekolah di Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama atau di atasnya. Status ekonomi rumah tangga berdasarkan distribusi persentil konsumsi per kapita setiap bulan, yaitu termasuk rendah jika berada kurang dari persentil 40, menengah atau sedang jika berada antara persentil 40 dan 80, dan tinggi jika berada di atas persentil 80.

Hasil

Hasil dari pengolahan data ini disajikan dalam tiga tabel yang dapat dilihat pada Lampiran. Tabel 2 memperlihatkan ciri lansia dan pola penggunaan berbagai jenis perawatan kesehatan. Tabel 3 menyajikan *rasio odds* untuk

ketiga bentuk perawatan kesehatan. Ketiga bentuk perawatan itu sengaja ditampilkan untuk melihat perbedaan ciri dari tiap-tiap variabel bebas. Tabel 4 menyajikan hasil regresi logistik untuk perawatan eksternal menurut status ekonomi rumah tangga. Uraian berikut ini lebih memusatkan pada hipotesis dan perlu mengacu pada Tabel 2, 3, dan 4 secara bersama-sama.

a. Ciri Lansia

Jumlah lansia yang memenuhi kriteria sakit dalam kurun dua minggu terakhir adalah 1824 orang. Jumlah laki-laki lebih banyak daripada perempuan. Umur lansia tersebar cukup merata pada tiga kelompok yang digunakan dalam analisis ini. Hampir sekitar 60% tidak pernah mengenyam pendidikan formal (sekolah). Hanya sekitar 12% lansia menyelesaikan sekolah dasar. Kira-kira 25% di antaranya mendapat pendidikan sekolah dasar, tetapi tidak tamat. Enam puluh persen lansia yang dianalisis tinggal di perdesaan.

Sebagian besar lansia adalah kepala rumah tangga atau istri. Sekitar tiga puluh persen lansia berstatus anggota rumah tangga, dan lansia yang tinggal bersama

keluarga ini sebagian besar adalah orang tua atau mertua (84 persen). Yang berstatus sanak keluarga sebesar 13 persen. Di luar itu terdapat 2,5 persen tidak memiliki hubungan keluarga. Dilihat dari sudut status tempat tinggal, lansia yang betul-betul tinggal sendiri ada sekitar 10 persen, yang tinggal bersama istri atau suami adalah 20 persen, dan selebihnya tinggal bersama keluarga.

Tiga puluh persen dapat menyebutkan keluhan spesifik yang mengelompok pada keluhan infeksi pernapasan atas, gangguan pencernaan, kejang atau kecelakaan, dan sebagian besar melaporkan keluhan "lain-lain" (70%). Karena kategori spesifik yang disediakan oleh survei ini condong mengarah kepada keluhan akut, tidak heran bila keluhan "lain-lain" di sini adalah dominan dan berkaitan dengan penyakit kronik pada lansia. Persentase lansia yang berstatus kepala rumah tangga (termasuk pasangan) lebih tinggi daripada yang sebagai anggota dalam hal penggunaan pelayanan profesional dan tradisional. Sebaliknya, persentase lansia bukan kepala rumah tangga atau pasangannya lebih tinggi daripada yang menjadi kepala rumah tangga dalam hal penggunaan perawatan

sendiri atau yang tidak mendapat pengobatan sama sekali.

Seperti yang terlihat pada Tabel 2, di antara 1.824 lansia, kira-kira 15% diantaranya tidak mendapat perawatan sama sekali. Sebesar 44% tidak mendapat perawatan di luar lingkungan rumah tangga. Hanya sekitar 38% lansia mempunyai kesempatan mendapat perawatan profesional (dokter). Kira-kira seperempat dari jumlah subjek penelitian merupakan lansia yang termasuk dalam kategori bukan kepala rumah tangga atau pasangannya.

b. Pengaruh Faktor Sosiodemografi

Tinggal di perdesaan secara negatif diasosiasikan dengan penggunaan perawatan profesional. Karena puskesmas dan klinik-klinik lainnya yang berada di pelosok ditujukan untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan penduduk perdesaan termasuk profesional, diperkirakan tidak ada perbedaan antara penduduk perdesaan dan penduduk perkotaan dalam penggunaan perawatan kesehatan secara profesional. Analisis ini menunjukkan tidak ada perbedaan yang berarti dalam hal kesempatan mendapat perawatan eksternal

antara lansia yang tinggal di perdesaan dengan kesempatan yang dimiliki lansia yang berada di perkotaan. Pada ketiga model, umur dan jenis kelamin tidak berhubungan dengan ketiga bentuk penggunaan pelayanan.

Pengaruh dari pendidikan bagi mereka yang sempat mendapatkan pendidikan jelas berbeda dibandingkan dengan mereka yang tidak pernah sekolah sama sekali. Peningkatan nilai *odds ratio* yang berlaku untuk ketiga regresi terhadap perawatan profesional kemungkinan menunjukkan peran kesadaran individu tentang kesehatan dan penerimaan kultural kesehatan modern pada subjek yang mempunyai pendidikan yang lebih tinggi. Adapun mereka yang tidak pernah mendapat pendidikan sekolah sama sekali menunjukkan separo kemungkinan dari mereka yang pernah bersekolah.

Pengaruh status sosial ekonomi rumah tangga dapat dilihat pada Tabel 3. Status sosial-ekonomi yang rendah berhubungan secara negatif dengan tiga jenis perawatan yang diperoleh lansia. Model I menunjukkan bahwa lansia yang termasuk dalam kelompok status sosial-ekonomi rendah lebih kecil kemungkinannya dalam memperoleh perawatan kesehatan dibandingkan

dengan mereka yang termasuk kelompok sosial-ekonomi tinggi. Dalam model pertama dan kedua, pengaruh ini secara statistik tetap signifikan. Akan tetapi sebaliknya, pengaruh kelompok dengan status sosial-ekonomi sedang mengalami perubahan dari tidak signifikan pada model pertama menjadi sedikit signifikan pada model kedua ($p < 0.10$), hingga sangat signifikan pada model ketiga. Artinya, penggunaan pelayanan kesehatan profesional berhubungan linear dengan status ekonomi rumah tangga.

c. Besar Rumah Tangga

Tidak seperti yang diharapkan, besar rumah tangga tidak mencerminkan ketersediaan pemberi pertolongan perawatan dalam rumah tangga. Tabel 2 memperlihatkan tidak ada perbedaan yang berarti dalam perawatan eksternal (Model 2) dan profesional (Model 3). Akan tetapi, persentase lansia yang mendapat perawatan (versus tidak mendapat perawatan) lebih tinggi sebesar 4% daripada persentase pada rumah tangga kecil. Tabel 3 dan 4 sama-sama tidak menunjukkan *odds ratio* berarti dalam hal pengaruh besar rumah tangga. Hasil ini mengatakan bahwa perawatan

lansia bukan mencerminkan sisi kuantitas anggota rumah tangga.

d. Status Lansia dalam Rumah Tangga

Status lansia berhubungan dengan pola perawatan lansia. Analisis bivariat (Tabel 2) menunjukkan bahwa terdapat selisih sebesar 12% dalam hal lansia yang mendapat perawatan (di dalam maupun di luar rumah tangga). Keadaan ini tetap konsisten dalam hal perawatan profesional yang diperoleh lansia (10%). Pengaruh ini dikuatkan oleh bukti yang tersedia pada Tabel 3. Meskipun pengaruh negatif dari status koresidensi makin berkurang dari model 1 ke model 3, yang nyata dari Tabel 3 adalah adanya pengaruh yang bermakna dan berarti pada model 1 dan 2. Lansia yang bukan kepala rumah tangga memiliki kesempatan mendapat perawatan kesehatan sebesar kurang lebih separo dari kesempatan yang dimiliki oleh lansia yang menjadi kepala rumah tangga atau pasangannya. Pada ketiga kelompok rumah tangga berdasarkan tingkat status sosial ekonomi, status koresidensi berhubungan terbalik dengan pola perawatan lansia, tetapi hanya yang kelas menengah yang signifikan. Temuan ini mengisyaratkan bahwa mereka yang tidak

banyak mempunyai kontrol terhadap sumber-sumber yang dimiliki rumah tangga akan kecil kemungkinannya untuk memperoleh dukungan keluarga yang cukup, sewaktu mereka membutuhkan bantuan perawatan yang benar-benar dibutuhkan.

e. Status Tempat Tinggal

Kehadiran pasangan memiliki arti dalam perawatan lansia. Sebagaimana yang terlihat pada Tabel 2, lansia pasangan (bersatus kawin) menunjukkan persentase lebih rendah dalam hal tidak memperoleh perawatan (versus yang mendapat perawatan). Hal ini sejalan dengan persentase yang tinggi pada lansia berpasangan dalam hal memperoleh perawatan profesional. Pada kolom 3 (% perawatan rumah tangga) dari tabel yang sama, persentase lebih tinggi dari yang tidak berpasangan menggunakan perawatan rumah. Pada Tabel 3 dan 4, pengaruh kehadiran pasangan ini dapat dilihat pada variabel status tempat tinggal. Pada variabel ini, lansia yang memiliki pasangan dan tinggal berdua saja dijadikan kelompok rujukan. Meskipun tidak ada yang sangat bermakna secara statistik, lansia yang memiliki pasangan menunjukkan kesempatan yang lebih baik daripada yang tidak memiliki

pasangan (Model 2 dan 3). Pada Tabel 4 yang menjelaskan perawatan eksternal menurut status ekonomi rumah tangga, pengaruh kehadiran pasangan itu hanya jelas pada kelas bawah. Sebaliknya, yang penting dari tabel ini adalah tentang pengaruh kehadiran orang lain. Tinggal sendiri tidak merupakan masalah pada kelompok ekonomi atas, tetapi hal ini sangat jelas dan signifikan pada kelas menengah. Hidup bersama orang lain maupun pasangan lebih baik daripada hidup sendiri. Apakah itu pasangan atau orang lain tampaknya tidak ada perbedaan berarti. Yang penting adalah kehadiran orang lain yang bisa memberikan pertolongan.

f. Kehadiran Anak Balita

Efek dari kehadiran anak balita bertolak belakang dari dugaan semula. Yang diharapkan dari asumsi tentang berkurangnya perhatian pada lansia karena ada anak balita adalah pengaruh yang negatif dari status kehadiran anak balita itu. Meskipun tidak bermakna, hasil regresi ganda terhadap jenis perawatan memperlihatkan efek yang positif pada model 2 dan 3. Namun, bila dilihat dari status ekonomi (Tabel 4), pengaruh kehadiran balita berbeda antara yang berada pada

kelas ekonomi bawah dan yang menengah ke atas. Pada rumah tangga ekonomi menengah dan atas, pengaruhnya negatif. Pada ekonomi kelas bawah, pengaruh kehadiran balita ini positif (dan bermakna) pada pelayanan eksternal. Efek yang tidak terduga dari kehadiran balita pada kelompok ekonomi bawah ini mungkin berkaitan dengan konteks kampanye kesehatan anak yang secara luas dilakukan oleh pemerintah (Rustam, 1986; Lenart, 1988; Leinbach, 1988; Government of Indonesia & UNICEF, 1989).

Kesimpulan

Temuan utama dari analisis ini adalah adanya perbedaan dalam penggunaan pelayanan kesehatan oleh lansia berdasarkan status lansia dalam rumah tangga. Sebagaimana disebutkan pada pengantar bahwa kapasitas rumah tangga untuk merawat lansia sebenarnya diragukan. Perubahan mobilitas penduduk dan status perempuan di negara yang sedang berkembang membatasi anggota rumah tangga dalam perawatan lansia. Penemuan dari studi ini tidak memberikan indikasi adanya hambatan, tetapi struktur rumah tangga telah sebagian menjelaskan pelayanan kesehatan lansia. Artinya, lansia

tidak bisa begitu saja diserahkan pada urusan rumah tangga. Status lansia sebagai kepala rumah tangga atau pasangan dari kepala rumah tangga tampaknya menentukan pola pencarian pelayanan bagi lansia. Artinya, faktor akses pada sumber-sumber rumah tangga menentukan lansia memperoleh pengobatan di luar rumah. Hal ini diperkuat oleh kelas ekonomi masyarakat. Pengaruh status lansia itu makin kentara pada kelompok ekonomi bawah. Ada perbedaan yang nyata dalam pola pelayanan lansia yang tinggal sendiri dibandingkan dengan yang tinggal bersama orang lain.

Penemuan ini menjadi dasar bagi pentingnya penekanan kebijakan-kebijakan mendekatkan pelayanan ke rumah tangga-rumah tangga khusus. Sistem perawatan publik dan sistem perawatan rumah tangga yang berbasis pada puskesmas dan rumah sakit perlu mendapat perhatian. Isyarat tentang pentingnya peran pembawa informasi mengenai pelayanan kesehatan yang tersedia di luar rumah tangga ditunjukkan oleh hubungan positif antara kehadiran anak balita dan penggunaan pelayanan eksternal. Meskipun kegiatan posyandu ditujukan pada kesehatan ibu dan

anak, integrasi pelayanan kesehatan membuat kaum perempuan memperoleh informasi yang lebih baik tentang perilaku perawatan kesehatan dan mengetahui ketersediaan pelayanan kesehatan yang sesuai di daerahnya. Bila penggunaan pelayanan ini dipengaruhi oleh informasi yang masuk ke rumah tangga, merancang kampanye promosi kesehatan dalam berbagai lingkungan pekerjaan dan lembaga-lembaga masyarakat sangat diperlukan. Kajian lebih lanjut tentang peran siswa sekolah lanjutan atas terhadap pemeliharaan lansia, misalnya, juga merupakan bagian yang penting dalam kampanye kesehatan.

Akhirnya, keterbatasan dari analisis ini harus disebutkan. Penelitian ini berbasis pada keluhan penyakit yang dilaporkan oleh kepala rumah tangga. Pertanyaan tentang jenis penyakit apa yang pernah diderita oleh anggota rumah tangga pada waktu dua minggu terakhir masih bersifat umum dan tidak bisa mengukur status keparahan penyakit yang sama bagi tiap-tiap rumah tangga untuk mencari pengobatan. Di samping itu, besar kemungkinan bahwa jenis penyakit yang diderita lansia ini bersifat kronik sehingga ada kecenderungan bias untuk

mendiamkan masalah itu dan karena itu tidak memerlukan pencarian pelayanan kesehatan. Bagi lansia yang menjadi kepala rumah tangga dan berada pada status ekonomi atas, mereka condong lebih cepat untuk melakukan pencarian pengobatan (Dean, 1992; Caunte & Glandon, 1990) karena itu pengaruhnya bisa lebih tinggi dari apa yang sesungguhnya terjadi. Pada masa mendatang, pengukuran yang lebih objektif diperlukan agar dapat memprediksi secara lebih rasional.

Sumber informasi mengenai penyakit ini bisa juga mengalami problem keakuratan informasi. Karena informasi ini ditanyakan kepada kepala rumah tangga, sebagian lansia menjawab langsung tentang keadaan mereka. Selebihnya, mereka diwakili oleh anak atau orang lain. Dalam hal ini, mungkin ada kecenderungan bagi kepala rumah tangga yang melaporkan

keluhan dan pencarian pengobatan pada anggota rumah tangga yang lansia akan lebih tinggi untuk menyesuaikan permintaan normatif dalam berhadapan dengan penyakit. Karena itu, pengaruh dari dampak status lansia yang ikut keluarga anak bisa lebih tinggi daripada keadaan yang sebenarnya.

Perlu diingat bahwa ukuran-ukuran struktur rumah tangga dalam analisis ini adalah proksi terhadap kegiatan pemberian perawatan yang terdapat di lapangan dan kemandirian ekonomi lansia. Masih banyak kemungkinan-kemungkinan strategi dan keterbatasan rumah tangga yang tidak terungkap dan dibahas dari ukuran-ukuran yang dipakai ini. Mekanisme dan strategi rumah tangga dalam pemeliharaan kesehatan lansia perlu diteliti lebih lanjut dengan menggunakan variabel-variabel yang lebih langsung.

Referensi

- Adlakha, A. and Rudolph A. J. 1994. "Aging Trends: Indonesia", *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 9(1):99-108.
- Andersen, R. M. 1968. *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*. Chicago: Center for Health Administration.
- Beland, F. 1984. "The family and adults 65 years of age and over: coresidency and availability of help", *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 21: 302-317.
- Cafferata, G. L. 1987. "Marital status, living arrangements, and the use of health services by elderly persons", *Journal of Gerontology* 42(6):613-618.
- Caldwell, J. C. 1979. "Education as a factor in mortality decline, an examination of Nigerian data", *Population Studies* 33(3):395-413.
- Caunte, M.A. and Glandon, G.L. 1990. "Health belief, attitude and behavior of older persons: an analysis of advances in research and future directions", in Sidney Stahl, *The Legacy of Longevity: Health and Health Care in Later Life*. Aubury Park: Sage Publications. Pp. 165-185.
- Chang T. P. 1994. "Family changes and elderly in Asia, in the ageing of Asian Populations". *Proceedings of the United Nations Round Table on the Ageing of the Asian Populations, Bangkok May 4-6, 1992*, pp. 33-38.
- Chen, A. J. Jones G., Domingo L., Pitaktepsombati P., Sigit H., and Masitah B. M. 1989. *Ageing in Asean: Its Socio-Economic Consequences*. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- Dean, K. 1992. "Health related behavior: concepts and methods", in Marcia G. Ory, Ronald P Abeles & Paula Darby Lipman (eds.) *Ageing, Health and Behavior*. Newbury Park: Sage Publications.
- Flegg, A. T. 1982. "Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in a developing society", *Demography* (19):391.
- Gerstel, N., Riesman, C.K. & Rosenfield, S. 1985. "Explaining the symptomatology of separated and divorced women and men: the role of material conditions and social networks", *Social Forces* 64: 84-101.
- Government of Indonesia and UNICEF. 1989. *Situation Analysis of Children and Women in Indonesia, a report*. Jakarta.

- Hart, J. T. 1971. "The inverse care law", *The Lancet* (1):405-412.
- Haug, M.L., Namazi, W. & Namazi K.H. 1989. "Self care among older adults", *Social Science and Medicine* 29: 171-183.
- Horowitz, A. 1985. "Family caregiving to the frail elderly", *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (5):194-246.
- Jain, A. K. 1985. "Relative roles of female education and medical services for decreasing infant mortality in rural India", in S. B. Halstead, J. A. Walsh, and K.S. Warren (eds.), *Good Health at Low Cost*. New York: Rockefeller Foundation, pp. 187-189.
- Johnston, C.L. 1983. "Dyadic family relationship and family supports: an analysis of the family care giver", *Gerontologist* 23 :377-383.
- Knodel, J., Chayovan, N. & Siriboon, S. 1992. "The impact of fertility decline on familial support for the elderly: an illustration from Thailand", *Population and Development Review* 18(1): 79-103.
- Koch-Weser D. and Yankauer A. 1991. "What makes infant mortality rates fall in developing countries?", *American Journal of Public Health* 81(1):12-13.
- Leinbach, T. R. 1988. "Child survival in Indonesia", *Third World Planning Review* 10(3):255-269.
- Lenart, J.C. 1983. "Lessons for the developed - from the third world", *World Health Forum* 9: (3):454-460.
- Lindenbaum, S. 1989. "Maternal education and health care process in Bangladesh: the health and hygiene of the middle class", in John Caldwell and Gigi Santow, *Selected Readings in the Cultural, Social and Behavioral Determinants of Health, Health Transitions Series No. 1*. Canberra: Health Transition Centre the Australian National University, pp. 425-440.
- Mason, Karen Oppenheim. 1992. "Family change and support of the elderly in Asia: What do we know?", *Asia-Pacific Population Journal* 7(3):13-32.
- McAuley, W.J. , Travis, S.S. & Safewright, M. 1990. "The relationship between formal and informal health care services for the elderly", in Sidney Stahl, *The Legacy of Longevity: Health and Health Care in Later Life*. Aubury Park: Sage Publications. Pp. 201-216.
- Preston, S. H. 1985. "Resources, knowledge and child mortality: a comparison of the US in the late nineteenth century and developing countries today", *Proceedings of International Population*

- Conference, Florence 5-12 June, Vol 4.
- Radford, A. J. 1980. "The inverse care law in Papua New Guinea", in N. F. Stanley and R. A. Joske (eds.), *Changing Disease Patterns and Human Behaviour*. London: Academic Press, pp. 324-343.
- Ross, C.E., Mirawsky, J. & Goldstein, K. 1990. "The impact of the family on health - the decade in review", *Journal of Marriage and the Families* 52(4): 1059-1078.
- Rustam, Kardinah Soeparjo. 1986. "Grass-Root development with the PKK", *Prisma* (40):77-84.
- Stanton, B. and Clemens J. 1989. "User fees for health care in developing countries: a case study of Bangladesh", *Social Sciences and Medicine* 29(10):1199-1205.
- Stoller, E. 1982. "Sources of support for the elderly during illness", *Health and Social Work* 7: 111-122.
- Streatfield, Kin, Masri Singarinbun, and Ian Diamond. 1990. "Maternal education and child immunization", *Demography* 27(3):447-455.
- Subedi, J. 1989. "Modern health services and health care behavior: a survey in Kathmandu, Nepal", *Journal of Health and Social Behavior* 30(4):412-420.
- Thornton, A and Fricke T. E. 1989. "Social change and the family: comparative perspectives from the West, China, and South Asia", in J. Mayone Sycos, *Demography as an Inter-Discipline*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Umberson, D., Wartman, C.B., & Kessler, R.C. 1992. "Widowhood and depression: exploring long term gender differences in vulnerability", *Journal of Health and Social Behavior* 33: 10-24.
- Ward, R. A. 1977. "Services for older people: an integrated framework for research", *Journal of Health and Social Behavior* (19): 61-70, March.
- Woods, N.F. 1996. "Women and their health", in Phil Brown, *Perspectives in Medical Sociology*, Second Edition. Prospect Height: Waveland Press.
- Worobey, J. & Angel, R. 1990. "Functional capacity and living arrangement of unmarried elderly persons", *Journal of Gerontology* 45: 95-101.
- Zaidi, S. A. 1985. "The urban bias in health facilities in Pakistan", *Social Science and Medicine* 20(5):473-482.
- Zich, C.C. & Smith, K.R. 1988. "Recent widowhood, remarriage and changes in economic well being", *Journal of Marriage and the Families* 50: 233-244.

Tabel 2
Ciri Subjek dan Persentase Penggunaan Berbagai Jenis Pelayanan
menurut Variabel Independen

Variabel	(%)	% Tidak mendapat pelayanan	% Perawatan rumah tangga	% Perawatan tradisional	% Perawatan Profesional
	N=1824 (100)	n=282 (15)	n=529 (29)	n=327 (18)	n=686 (38)
Tempat tinggal					
- Perkotaan	35	13	25	12	50
- Perdesaan	65	17	31	21	31
Jenis kelamin					
- Laki-laki	54	13	29	18	40
- Perempuan	46	19	29	18	34
Umur					
- 65-69	35	12	30	17	41
- 70-74	30	15	29	19	37
- 75 +	35	19	28	18	35
Tingkat pendidikan					
- Tidak pernah sekolah	83	17	30	19	33
- Pernah sekolah	17	9	22	11	58
Jiwa dalam rumah tangga					
- < 4	66	14	29	19	38
- > 4	35	18	28	17	40
Status sosial ekonomi					
- Rendah	38	22	33	19	26
- Menengah	40	13	28	20	39
- Tinggi	22	9	23	13	55
Status kehadiran pasangan					
- Tanpa pasangan	43	19	32	18	32
- Dengan pasangan	57	13	27	18	42
Status lansia dalam rumah tangga					
- Bukan kepala atau pasangannya	28	24	31	14	30
- Kepala atau pasangan	72	12	28	19	40
Status tempat tinggal					
- Tanpa pasangan tinggal sendiri	9	16	31	20	32
- Tanpa pasangan tinggal bersama orang lain	35	20	31	17	32
- Berpasangan tinggal berdua saja	20	14	27	20	39
- Berpasangan tinggal bersama dan orang lain	36	12	27	17	44

Tabel 3
Rasio Odds Bentuk Perawatan Kesehatan Lansia

	Model 1	Model 2	Model 3
Variabel bebas	Mendapat perawatan	Perawatan tradisional dan profesional	Perawatan profesional
Tempat tinggal			
- Perkotaan	1.0	1.0	1.0
- Perdesaan	1.0	0.9	0.6***
Jenis kelamin			
- Laki-laki	1.0	1.0	1.0
- Perempuan	1.1	0.8	0.9
Umur			
- 65-69	1.0	1.0	1.0
- 70-74	1.1	0.9	0.8
- 75 +	0.8	0.9	0.9
Tingkat pendidikan			
- Tidak pernah sekolah	1.0	1.0	1.0
- Pernah sekolah	1.3	1.4	1.6***
Status sosial ekonomi			
- Rendah	0.4***	0.5***	0.4***
- Menengah	0.7	0.8*	0.6***
- Tinggi	1.0	1.0	1.0
Jiwa dalam rumah tangga			
- < 4	1.0	1.0	1.0
- ≥ 4	1.0	1.1	1.0
Kehadiran Balita	1.0	2.1	1.5
Status lansia dalam rumah tangga			
- Kepala atau pasangannya	1.0	1.0	1.0
- Anggota rumah tangga	0.5***	0.6***	0.8
Status tempat tinggal			
- Tanpa pasangan tinggal sendiri	0.9	0.7*	0.7
- Tanpa pasangan tinggal bersama orang lain	1.4	0.9	0.9
- Berpasangan tinggal berdua saja	1.0	1.0	1.0
- Berpasangan tinggal bersama dan orang lain	1.5*	1.2	1.2

Notes: *** = p < 0.01 ** = p < 0.05 * = p < 0.10

Tabel 4
Ringkasan *Odds Ratio* dalam Penggunaan Pelayanan Eksternal
menurut Status Sosial-Ekonomi

Variabel Independen	Status sosial ekonomi		
	Rendah (n=695)	Sedang (n=738)	Tinggi (n=391)
Tempat tinggal			
- Perkotaan	1.0	1.0	1.0
- Perdesaan	1.2	0.9	0.6*
Jenis kelamin			
- Perempuan	1.0	1.0	1.0
- Laki-laki	0.9	0.9	0.7
Umur			
- 65-69	1.0	1.0	1.0
- 70-74	0.9	0.7	1.4
- 75 +	1.3	0.8	0.8
Pendidikan			
- Tidak pernah sekolah	1.0	1.0	1.0
- Pernah sekolah	1.9**	1.2	1.2
Besar rumah tangga			
- < 4	1.0	1.0	1.0
- ≥ 4	0.9	1.2	1.4
Kehadiran balita	18.1***	0.2	0.2
Status lansia dalam rumah tangga			
- Kepala atau pasangannya	1.0	1.0	1.0
- Anggota rumah tangga	0.6	0.5***	0.6
Status tempat tinggal			
- Tanpa pasangan tinggal sendiri	0.8	0.5**	1.0
- Tanpa pasangan tinggal bersama orang lain	0.9	1.0	0.8
- Berpasangan tinggal berdua saja	1.0	1.0	1.0
- Berpasangan tinggal bersama dan orang lain	1.3	1.0	1.4

Notes: *** = $p < 0.01$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.10$