

ARAH BARU

KESEJAHTERAAN

SOSIAL

dari Inovasi Hingga Isu Kontemporer

Penulis:

Arif Maftuhin | Lathiful Khuluq | Ro'fah | Aryan Torrido
Asep Jahidin | Siti Solechah | Nurul Fajriyah Prahastuti
Muhammad Izzul Haq | Muh. Ulil Absor
Idan Ramdani | Noorkamilah



**ARAH BARU KESEJAHTERAAN SOSIAL
dari Inovasi Hingga Isu Kontemporer**

© Arif Maftuhin, dkk

xii + 246 halaman; 15,5 x 23 cm.

ISBN:

Hak cipta dilindungi oleh Undang-Undang.
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh
isi buku ini dalam bentuk apa pun juga tanpa izin tertulis dari
penerbit.

Cetakan I, November 2024

Penulis : Arif Maftuhin, dkk

Editor : Hanita Ayu

Sampul : Taufiq

Layout : Bagus

Diterbitkan Oleh:

Penerbit Samudra Biru (Anggota IKAPI)

Jln. Wonocatur Gg. Gayam No. 402 RT. 08/RW. 25

Banguntapan, Banguntapan, Bantul, DI Yogyakarta 55198

Email: admin@samudrabiru.co.id

Website: www.samudrabiru.co.id

WA/Call: 0812-2607-5872

**Sanksi Pelanggaran Pasal 113 Undang-Undang
Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta**

1. Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (Pasal 1 ayat [1]).
2. Pencipta atau Pemegang Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 memiliki hak ekonomi untuk melakukan: a. Penerbitan ciptaan; b. Penggandaan ciptaan dalam segala bentuknya; c. Penerjemahan ciptaan; d. Pengadaptasi, pengaransemenan, atau pentransformasi ciptaan; e. pendistribusian ciptaan atau salinannya; f. Pertunjukan Ciptaan; g. Pengumuman ciptaan; h. Komunikasi ciptaan; dan i. Penyeawaan ciptaan. (Pasal 9 ayat [1]).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang. Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah). (Pasal 113 ayat [3]).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah). (Pasal 113 ayat [4]).

ARAH BARU

KESEJAHTERAAN

SOSIAL

dari Inovasi Hingga Isu Kontemporer

DAFTAR ISI



PRAKATA	v
DAFTAR ISI.....	xi

BAGIAN SATU **INOVASI KESEJAHTERAAN SOSIAL**

FIKIH DIFABEL SEBAGAI IMPLEMENTASI FIKIH SOSIAL.....	2
<i>Arif Maftuhin</i>	

MASALAH DAN SOLUSI ATAS PEMENUHAN KEBUTUHAN LANSIA DI DESA PACIRAN, LAMONGAN JAWA TIMUR.....	28
<i>Lathiful Khuluq</i>	

BEYOND THE MEDICAL MODEL: MENUJU PRAKTEK PEKERJA SOSIAL YANG INKLUSIF BAGI PENYANDANG DISABILITAS ..	67
<i>Ro'fah</i>	

AGAMA DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT DESA	90
<i>Aryan Torrido</i>	

- PEKERJA SOSIAL DI PESANTREN: JAWABAN PRAKTIS ATAS
DO'A-DO'A YANG DIPANJATKAN ORANG TUA SANTRI 118
Asep Jahidin

BAGIAN DUA
ISU-ISU KONTEMPORER

- KEPEDULIAN SOSIAL MASYARAKAT INDONESIA ATAS
BENCANA KEMANUSIAAN DI TANAH PALESTINA 130
Siti Solechah
- SITUASI LANJUT USIA (LANSIA) DI INDONESIA:
PERSPEKTIF DEMAND DAN SUPPLY..... 152
Muh. Ulil Absor
- MENGENAL KONSEP KESEHATAN MENTAL..... 179
Nurul Fajriyah Prahastuti
- MENAKAR INTERKONEKSI PEKERJAAN SOSIAL DAN
EKOLOGI–PELUANG DAN PENGEMBANGANNYA
DI INDONESIA..... 204
Muhammad Izzul Haq
- PRAKTIK PEKERJAAN SOSIAL FORENSIK DI INDONESIA 220
Idan Ramdani
- PRAKTIK PEKERJAAN SOSIAL DALAM PERSPEKTIF TEORI
STRUKTURALISME KONSTRUKTIF PIERRE BOURDIEU..... 231
Noorkamilah

BAB 2

MASALAH DAN SOLUSI ATAS PEMENUHAN KEBUTUHAN LANSIA DI DESA PACIRAN, LAMONGAN JAWA TIMUR

Lathiful Khuluq



A. Pendahuluan

Penduduk Indonesia kini mengalami penuaan. Ada lebih dari 21 juta Lansia usia 60 tahun ke atas yang diberi usia harapan hidup panjang. Jumlah ini diprediksi akan terus meningkat menjadi 48 juta pada tahun 2035 yaitu sekitar 16 percent yang merupakan peningkatan lipat dua (BPS 2013). Kebanyakan lansia tersebut (57%) tinggal di wilayah pedesaan yang sedihnya lagi banyak ditinggal penduduk usia muda untuk berpindah ke kota atau luar negeri (Jalal 2014). Kondisi ini merupakan tantangan berat bagi sistem perawatan dan pelayanan Lansia berbasis keluarga dan masyarakat sebagaimana yang ada sselama ini. Sementara penelitian tentang masalah sosial seperti ini sudah mulai banyak dikaji dan dicari solusinya di negara-negara yang lebih berkembang secara ekonomi seperti Cina dan

Thailand (lihat seperti Knodel and Chayovan 2008), penelitian tentang situasi yang dihadapi oleh lansia di pedesaan Indonesia ini masih terbatas. Namun, terdapat sedikit penelitian etnografis jangka panjang di tiga masyarakat pada tahun 1999-2000 dan 2004-05 yang dilakukan oleh Kreager and Schroder-Butterfill.

Penelitian Kreager dan Butterfill fokus pada aspek faktor demografis dan etnografis pada kerentanan lansia tetapi tidak sampai mengkaji pada implikasi atau pendekatan kebijakan yang mungkin bisa dilakukan dalam konteks kebijakan pemerintah Indonesia. Mereka menyimpulkan bahwa tantangan demografis dan sosial sering dibutuhkan dalam mengkompromikan dalam pengaturan layanan terhadap lansia yang tidak selalu berarti menghasilkan layanan yang optimal, berkualitas, dan prima. Kedua peneliti itu menyimpulkan pentingnya melakukan penelitian pada level komunitas baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Ini lebih baik daripada menggunakan sampel statistik yang mengurangi penelitian pada lingkungan lokal dan dukungan masyarakat.

Di samping urbanisasi dan migrasi ke luar negeri penduduk usia muda dan karenanya hilangnya dukungan pelayanan dan perawatan personal atau langsung, ditemukan juga bahwa perubahan ekonomi di tingkat pedesaan telah merubah sumber-sumber pendapatan masyarakat lansia dan tanpa tanah garapan pertanian maupun perikanan. Juga komersialisasi pertanian telah menggerus kesempatan kerja masyarakat desa (Breman and Wiradi 2002) diperparah dengan mekanisasi yang menggantikan kesempatan kerja musiman (Fuglie 2010). Lebih lanjut, telah ditemukan bahwa produksi kerajinan dan *anyaman* peralatan rumah tangga telah menyusut dikarenakan persaingan pabrik modern yang memproduksi massal produk sejenis yang menyebabkan berkurangnya pendapatan utama kaum lansia di desa secara turun temurun sebelumnya.

Dari perspektif kebijakan, tanggungjawab utama untuk dukungan pada lansia di Indonesia tertumpu pada anggota keluarga mereka, khususnya tanggungjawab anak-anak mereka. Penelitian ini mengkaji sejauh mana interaksi antara penduduk lansia dan anak-anak mereka serta anggota keluarga lainnya termasuk interaksi sosial dan layanan sehari-hari (makanan, pendapatan, pemeliharaan rumah tangga, pengeluaran medis). Penelitian ini mengkaji bagaimana lansia memenuhi kebutuhan hidupnya dan bagaimana anggota keluarganya baik yang ada di desa maupun di luar desa ikut mendukung dalam pemenuhan kebutuhan tersebut.

Pada level desa, penelitian ini mengkaji kebutuhan sehari-hari lansia di tingkat keluarga atau masyarakat. Ini termasuk kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, dan tempat tinggal serta kesehatan, pekerjaan, spiritualitas, penghasilan, dan interaksi sosial. Ini pastinya berbeda antara laki-laki dan perempuan karena 84% penduduk Indonesia laki-laki menikah sedangkan hanya perempuan hanya 39% (Jalal 2014). Jadi, laki-laki lebih banyak dirawat oleh pasangannya.

Pada kenyataannya, tanggungjawab keluarga dan masyarakat tersebut lebih mudah dipenuhi ketika pemerintah menyediakan dukungan dalam prosesnya. Dukungan paling dasar adalah *Posyandu Lansia*, *Program Posdaya Lansia*, dan Puskesmas dengan fasilitas layanan untuk lansia. Pada program Posyandu dan Posdaya, relawan dan kader yang kerja di level desa dan mempunyai tanggungjawab untuk memonitor kesehatan dan kesejahteraan sosial lansia di desa. Fungsi utamanya adalah bagian dari sistem dukungan dan perawatan kesehatan. Pekerja bidang kesehatan menyediakan cek kesehatan dasar tetapi merujuk lansia yang membutuhkan perawatan dokter pada puskesmas.

Ketika seorang lanjut usia dirujuk ke tingkat sistem kesehatan yang lebih tinggi di mana biaya besar mungkin terlibat, asuransi kesehatan untuk orang miskin memainkan peran penting. Skema

asuransi kesehatan sosial *Askeskin*, diperkenalkan di Indonesia pada tahun 2005, dirancang untuk memungkinkan akses bagi orang miskin ke layanan kesehatan yang dibutuhkan, terutama layanan yang paling mahal. Sparrow, Suryadhi dan Widaya (2013) bersikeras bahwa orang miskin di Indonesia memiliki kecenderungan lebih rendah untuk membelanjakan relatif terhadap kebutuhan mereka tetapi *Askeskin* meningkatkan akses ke perawatan kesehatan di antara orang miskin. Namun, data yang tersedia tidak memungkinkan mereka untuk menyelidiki kualitas perawatan kesehatan yang diterima, alasan yang sering diberikan untuk menolak *Askeskin*. Mereka juga menyarankan agar perhatian diberikan pada kemungkinan respons perilaku penyedia layanan kesehatan. Pertanyaan-pertanyaan ini berlaku sama untuk sistem asuransi kesehatan universal baru yang diperkenalkan sejak 1 Januari 2014, *BPJS Kesehatan*. Pendekatan yang lebih intensif yang digunakan dalam studi yang diusulkan dalam aplikasi ini akan memungkinkan penyelidikan masalah-masalah ini.

Pemerintah Indonesia memiliki program sosial lain yang relevan dengan kesejahteraan orang lanjut usia. Yang paling penting adalah *Raskin*, yang dirancang untuk menyediakan beras dengan harga subsidi kepada 30 persen rumah tangga terbawah dalam distribusi pendapatan. Persentase ini akan lebih tinggi untuk rumah tangga orang lanjut usia. Dari perspektif kebijakan teoritis, ada tiga lembaga utama yang mungkin terlibat dalam memenuhi kebutuhan orang lanjut usia selain orang lanjut usia itu sendiri. Ini adalah keluarga, masyarakat setempat dan pemerintah. Tidak hanya di Indonesia tetapi di sebagian besar negara, ada tingkat kebingungan tentang bagaimana ketiga lembaga ini harus berinteraksi dalam penyediaan dukungan untuk orang lanjut usia dan tanggung jawab mana yang harus berlaku di setiap tingkat. Ada juga kebingungan tentang bagaimana menangani berbagai keadaan orang lanjut usia termasuk variasi dalam situasi keluarga mereka, kesehatan mereka, posisi ekonomi mereka dan budaya mereka. Studi ini bertujuan untuk menjelaskan dilema kebijakan teoritis ini.

Tentu saja, orang lanjut usia, terutama mereka yang berusia 60 tahun ke atas, sering kali masih sangat aktif dan memberikan kontribusi bagi anak-anak dan komunitas mereka. Mereka mungkin juga memiliki berbagai bentuk kekayaan. Studi ini tidak hanya akan meneliti kebutuhan orang lanjut usia, tetapi juga kontribusi mereka bagi orang lain.

Kajian secara kritis kebutuhan dan kontribusi warga lanjut usia Indonesia, mereka yang berusia 60 tahun ke atas, yang tinggal di desa-desa yang telah mengalami migrasi besar-besaran kaum muda. Apa saja kebutuhan mereka dan bagaimana serta sejauh mana kebutuhan mereka terpenuhi? Apakah ada perbedaan yang terkait dengan ketersediaan anggota keluarga dan penyediaan masyarakat di tingkat desa? Seberapa signifikan perbedaan berdasarkan jenis kelamin, status perkawinan, suku bangsa, dan status sosial ekonomi? Seberapa penting kebijakan kesehatan dan dukungan sosial pemerintah nasional dalam memenuhi kebutuhan warga lanjut usia? Bagaimana perbaikan dapat dilakukan?

Proyek ini akan menambah pengetahuan yang ada dengan melakukan kerja lapangan mengenai kebutuhan orang lanjut usia di pedesaan Indonesia untuk pekerjaan, pendapatan, perumahan, kesehatan dan kesejahteraan, perawatan sehari-hari dan interaksi sosial, serta sejauh mana kebutuhan mereka terpenuhi. Kerja lapangan akan mengkaji efektivitas program kebijakan yang ada dan mengkaji bagaimana program tersebut dapat ditingkatkan.

B. Kajian Pustaka dan Kerangka Teori

Dalam literatur, tidak ada studi khusus yang menguraikan dampak migrasi terhadap kesejahteraan psikososial dan kesejahteraan orang lanjut usia, khususnya di daerah pedesaan di Indonesia. Sebagian besar studi tentang penuaan didokumentasikan secara luas dalam konteks negara-negara maju. Contoh yang baik dari hal ini adalah Hayashi (2014) yang membandingkan peran organisasi masyarakat

sipil untuk populasi lanjut usia di tiga negara kesejahteraan, yaitu Jepang, Inggris, dan Swedia. Studi tersebut menemukan bahwa model peran masyarakat sipil untuk populasi lanjut usia bervariasi di antara negara-negara. Model Jepang menggunakan sumber daya masyarakat kuasi-pemerintah tradisional, sedangkan model Inggris menekankan kerja sama dan mengakui inovasi dan profesionalisme, dan model Swedia dicirikan oleh lokalisme dan kepekaan terhadap penggunaan tenaga kerja ‘konvensional’, dengan sukarelawan yang tidak dianjurkan.

Jönsson (2014) juga membandingkan perubahan hubungan antargenerasi dalam perawatan lansia antara Tiongkok dan Swedia. Penelitian ini meneliti pembagian tanggung jawab antara negara, pasar, keluarga atau masyarakat pada tingkat makro dan tingkat mikro. Penelitian ini menyelidiki siapa yang melakukan perawatan, siapa yang menerima manfaat dan layanan yang tersedia, bagaimana hubungan antara pemberi perawatan dan penerima perawatan, dalam kondisi ekonomi, sosial dan normatif apa perawatan dilakukan dan tingkat partisipasi pasar tenaga kerja perempuan. Shirahase (2014) meneliti transfer antargenerasi dalam keluarga dari perspektif ketimpangan sosial di Jepang. Penelitian ini menemukan bahwa ada tiga jenis transfer antargenerasi pribadi baik dari orang tua kepada anak-anak, dan dari anak-anak kepada orang tua: ko-residensi, remitansi, dan warisan aset. Arti ko-residensi telah berubah di Jepang di mana orang tua tidak lagi selalu menjadi penerima manfaat dari ko-residensi karena mereka mempertahankan peran kepala rumah tangga yang menyediakan dukungan ekonomi dasar bagi anggota keluarga yang lebih muda. Transfer swasta memecah belah masyarakat alih-alih mendistribusikan kembali sumber daya, karena generasi tua memberi lebih banyak daripada generasi muda.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kebijakan sosial. Telah banyak didokumentasikan bahwa peran utama pemerintah adalah meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui kebijakan sosial dengan berbagai cara. Yang pertama adalah melalui penciptaan

program layanan sosial. Layanan tersebut beroperasi di bidang kesehatan, pendidikan, perumahan, jaminan pendapatan, dan kesejahteraan keluarga dan masyarakat. Yang kedua adalah melalui peraturan perundang-undangan dan yang terakhir adalah melalui sistem pajak (Midgley & Livermore, 2008). Penelitian ini akan berfokus pada strategi pertama di mana hasil penelitian ini akan digunakan sebagai dasar untuk merekomendasikan program layanan sosial.

Dalam diskusi pada 13-19 Januari 2015 (perjalanan Utomo dan McDonald ke Jakarta), peneliti yang bekerja sama dengan Australian National University, dukungan untuk pekerjaan tersebut telah disetujui oleh badan-badan pemerintah Indonesia termasuk Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas/Dr Suharti), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN/ Dr.SudibyoAlimoeso), dan Yayasan Dana Sejahtera Mandiri (Prof.Dr. Haryono Suyono). Badan-badan ini telah sepakat untuk mendukung temuan penelitian di kalangan pembuat kebijakan di Indonesia melalui penyelenggaraan seminar dan cara-cara lainnya. Dengan cara ini, proyek tersebut akan menambah perdebatan tentang kebijakan alternatif untuk penuaan di Indonesia.

Perlu dicatat, pendekatan pelibatan para pengambil kebijakan, anggota Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) baik tingkat pusat maupun propinsi dan kabupaten sejak awal proyek ini telah berhasil diterapkan dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti kolaboratif dari ANU tentang "*Transisi Menuju Dewasa di Indonesia Longitudinal Panel Study*" <http://adsri.anu.edu.au/research/transition-to-adulthood> dan Studi Gender dan Kesehatan Reproduksi di Indonesia <http://adsri.anu.edu.au/research/gender-in-schools>. Dengan melibatkan pembuat kebijakan sejak awal, rekomendasi kebijakan yang dihasilkan dari studi ini dapat diterima dan diadaptasi langsung oleh pemerintah Indonesia.

Untuk menjawab pertanyaan penelitian di atas, penelitian ini akan menggunakan pendekatan metode campuran yang menggabungkan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Penelitian ini berfokus pada dampak migrasi terhadap pemenuhan kebutuhan kesejahteraan psikososial lansia berusia 60 tahun ke atas. Daerah pengambilan sampel akan mencakup semua dusun di Desa Bugoharjo, Kecamatan Pucuk, Kabupaten Lamongan, Jawa Timur.

Dalam pendekatan kuantitatif, pemilihan responden akan dilakukan dengan menggunakan *stratified random sampling* di tingkat komunitas. Total responden akan berjumlah sekitar 200 responden. Penelitian ini juga akan mengumpulkan data kepada 25 orang anak lansia yang tinggal bersama orang tua atau yang tinggal dekat dengan orang tua. Selain itu, penelitian ini juga akan mengumpulkan data kepada 15 orang anak lansia yang tinggal di Yogyakarta. Data dari anak lansia digunakan untuk meneliti transfer antargenerasi dalam hal ekonomi dan pengasuhan antara kedua generasi. Untuk pengumpulan data kualitatif, pemilihan informan kunci akan dilakukan secara purposive, begitu pula pemilihan rumah tangga untuk wawancara Life Story. Akan ada 7 wawancara untuk informan kunci dari kepala desa, kader *posyandu*, tokoh agama, pekerja sosial di tingkat kecamatan, kantor sosial kabupaten dan kantor kesehatan kabupaten. Wawancara ditujukan untuk mengidentifikasi masalah yang dihadapi oleh para lansia dan bagaimana pemerintah daerah mengatasi masalah tersebut melalui layanan sosial.

C. Kondisi Geografis Desa Paciran, Lamongan (Propinsi Jawa Timur)

Berbatasan dengan Laut Jawa di utara, wilayah kabupaten Tuban di barat, Jombang di Selatan dan Gresik di Timur, Kabupaten Lamongan merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Jawa Timur, Indonesia yang beribukota di Kota Lamongan yang berada di lintasan Jalan Besar (Jalan Pos atau Daendels) yang menghubungkan Kota Tuban di sebelah barat dan Kota Gresik menuju Surabaya di

sebelah timur (melintasi Paciran di Pantura, dan Kota Babat serta Lamongan di wilayah sebelah tengah Lamongan). Lamongan juga berbatasan dengan Kabupaten Mojokerto dan Kabupaten Jombang di selatan dan Kabupaten Bojonegoro serta Tuban di sebelah barat. Kota Lamongan berada sekitar 50 km sebelah barat Kota Surabaya. Lamongan adalah bagian dari kawasan Gerbangkertosusila (Gresik-Bangkalan-Mojokerto-Surabaya-Lamongan), wilayah aglomerasi Kota Surabaya.

Kelahiran Kabupaten Lamongan diambil dari sumber Buku Wasiat Silsilah Kanjeng Sunan Giri yang ditulis tangan dalam huruf Jawa Kuno/Lama yang disimpan oleh Juru Kunci Makam Giri di Gresik. Dalam buku itu tertulis bahwa Tumenggung Surajaya diangkat menjadi Adipati Lamongan pada perjamuan agung tahun 976 H. Hari dan tanggal acara ini ditelusuri oleh panitia pencari Hari Jadi Lamongan dari tradisi kuno yang berlaku pada zaman Kasunanan Giri dan Kerajaan Islam di Jawa waktu itu. Adipati, Tumenggung serta para pembesar lainnya yang sudah memeluk agama Islam diangkat di acara Perjamuan Agung Hari Peringatan Islam tanggal 10 Dzulhijjah yang disebut Garebeg Besar atau Idhul Adha. Akhirnya, diputuskan bahwa Lamongan terlahir pada tanggal 10 Dzulhijjah Tahun 976 Hijriyah yang bertepatan dengan Hari Kamis Pahing tanggal 26 Mei 1569 M.

Secara geografis Kabupaten Lamongan terletak pada 6°51' - 7°02' Lintang Selatan dan 112°03' - 112°03' Bujur Timur dengan luas wilayah kurang lebih 1.812,8 km² atau ±3,78% dari luas wilayah Provinsi Jawa Timur. Dengan panjang garis pantai sepanjang 47 km, maka wilayah perairan laut Kabupaten Lamongan adalah seluas 902,4 km², apabila dihitung 12 mil dari permukaan laut.

Terdapat 27 kecamatan di Kabupaten Lamongan. Wilayah Kabupaten Lamongan terbagi oleh Sungai Bengawan Solo yang berada di tengah-tengah dengan 3 karakteristik yaitu: Bagian Tengah Selatan merupakan daratan rendah yang relatif agak subur yang

membentang dari Kecamatan Kedungpring, Babat, Sukodadi, Pucuk, Sekaran, Lamongan, Deket, Tikung, Sugio, Maduran, Sarirejo dan Kembangbaru. Bagian Selatan dan Utara merupakan pegunungan kapur berbatu-batu dengan kesuburan sedang. Kawasan ini terdiri dari Kecamatan Mantup, Sambeng, Ngimbang, Bluluk, Sukorame, Modo, Brondong, Paciran, dan Solokuro. Bagian Tengah Utara merupakan daerah Bonorowo yang merupakan daerah rawan banjir. Kawasan ini meliputi kecamatan Sekaran, Laren, Karanggeneng, Kalitengah, Turi, Karangbinagun, Glagah.

Kondisi topografi Kabupaten Lamongan dapat ditinjau dari ketinggian wilayah di atas permukaan laut dan kelerengan lahan. Kabupaten Lamongan terdiri dari daratan rendah dan bonorowo dengan tingkat ketinggian 0-25 meter seluas 50,17%, sedangkan ketinggian 25-100 meter seluas 45,68%, selebihnya 4,15% berketinggian di atas 100 meter di atas permukaan air laut. Jika dilihat dari tingkat kemiringan tanahnya, wilayah Kabupaten Lamongan merupakan wilayah yang relatif datar, karena hampir 72,5% lahannya adalah datar atau dengan tingkat kemiringan 0-2% yang tersebar di kecamatan Lamongan, Deket, Turi, Sekaran, Tikung, Pucuk, Sukodadi, Babat, Kalitengah, Karanggeneng, Glagah, Karangbinagun, Mantup, Sugio, Kedungpring, Sebagian Bluluk, Modo, dan Sambeng, sedangkan hanya sebagian kecil dari wilayahnya adalah sangat curam, atau kurang dari 1% (0,16%) yang mempunyai tingkat kemiringan lahan 40% lebih.

Kondisi tata guna tanah di Kabupaten Lamongan adalah sebagai berikut: baku sawah (PU) 44.08 Hektar, Baku sawah tidak resmi (Non PU) 8.168,56 Hektar, sawah tada hujan 25.407,80 Hektar, Tegalan 32.844,33 Hektar, pemukiman 12.418,89 Hektar, Tambak / kolam / waduk 3.497,72 Hektar, kawasan hutan 32.224,00 Hektar, kebun Campuran 212,00 Hektar, Rawa 1.340,00 Hektar, Tanah tandus / kritis 889,00 Hektar dan lain-lain 15.092,51 Hektar.

Sebagian kawasan pesisir berupa perbukitan. Formasi ini merupakan kelanjutan dari rangkaian Pegunungan Kapur Utara. Di bagian tengah terdapat dataran rendah dan bergelombang, dan sebagian tanah berawa. Di bagian selatan terdapat pegunungan, yang merupakan ujung timur dari Pegunungan Kendeng. Sungai Bengawan Solo mengalir di bagian tengah wilayah Lamongan membujur dari barat ke timur.

Sedangkan Desa Paciran merupakan salah satu desa yang ada di Kecamatan Paciran, Kabupaten Lamongan, provinsi Jawa Timur, Indonesia. Desa yang terletak di pantai Laut Jawa ini berada 40 kilometer di barat laut Surabaya, 30 km di timur Tuban, dan 30 km di utara Lamongan. Di desa ini terdapat 4 pondok pesantren besar, yakni: Pondok Pesantren Mazra'atul Ulum, Pondok Pesantren Karangasem, Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah, Pondok Pesantren Manarul Qur'an. Desa Paciran berada di wilayah dengan perbatasan Laut Jawa di utara, Kecamatan Panceng Kabupaten Gresik di timur, Kecamatan Solokuro di selatan, dan Kecamatan Brondong, keduanya masih wilayah Lamongan. Matapencaharian di Paciran didominasi oleh hasil tangkapan ikan di Laut Jawa, dibarengi dengan pertanian tada hujan di selatan, sedikit perikanan di pinggir sungai yang membelah Desa Paciran, serta perdagangan, pariwisata, dan sektor formal pegawai negeri dan guru serta informal tokoh-tokoh agama. Desa Paciran memiliki kepadatan tertinggi di Lamongan dengan penduduk lebih dari 10.000 jiwa. Paciran bisa dikatakan sentra pariwisata dari Kabupaten Lamongan, karena di daerah ini terdapat banyak objek pariwisata seperti Goa Maharani, Tanjung Kodok yang kini dikembangkan menjadi obyek wisata terkenal di Indonesia bernama WBL (Wisata Bahari Lamongan). Sedangkan di wilayah Kecamatan Paciran, terdapat Masjid Sendang Duwur, Makam Sunan Drajat dan Mataair hangat serta pemandiannya tidak jauh di selatan makam ini.

D. Masalah Lansia dan Solusinya

Populasi penduduk dunia dimulai dari penduduk negara-negara maju, dan kini sudah merambah ke negara-negara berkembang yang juga sudah mulai meningkat kesejahteraan dan perawatan kesehatannya. Penduduk dunia mengalami apa yang disebut “*Global Graying*,” penuaan dunia, dimana usia harapan hidup semakin meningkat sehingga jumlah penduduk usia tua relatif lebih banyak daripada masa-masa sebelumnya (George dalam dalam M.C.Hokenstad dan James Midgley, 1997). Hal ini diperparah dengan semakin menurunnya angka kelahiran bayi terutama di daerah maju dan hampir maju seperti negara-negara Eropa Barat, Amerika Utara, Australia, Selandia Baru, Jepang, bahkan Singapura, India, dan China.

Lansia banyak menghadapi berbagai masalah yang perlu penanganan segera dan terintegrasi. Perspektif biopsikososial-spiritual merupakan perspektif yang paling banyak dipergunakan dan diterima dalam berbagai aktivitas profesional pelayanan kemanusiaan khususnya pekerjaan sosial. Untuk memahami manusia secara utuh; pikiran, perilaku, perasaan, harapan, aspirasi, keinginan, kebutuhan, penyakit dan gangguan maka harus memahami manusia itu dalam konteks situasi/lingkungan di mana individu berada pada masa lalu dan masa kini. Terdapat beberapa masalah yang dialami oleh lanjut usia ditinjau dari perspektif biopsikososial-religius. Kerentanan, kesulitan hidup terkait dengan kondisi kesehatan yang semakin menurun dan ketidakmampuan kerja bagi sebagian besar Lansia menyebabkan kelompok umur ini memerlukan kebijakan khusus dalam penanganan dan pendampingan. Manajemen kasus (*case management*) untuk mengurus masalah dan kebutuhan Lansia dibutuhkan segera terutama dalam memenuhi kebutuhan dasar, perumahan, kesehatan, terisolasi, dan sebagainya. Perlu diadakan kebijakan khusus “menyayangi” Lansia berupa silaturrahmi dan kunjungan ke Lansia-lansia. Juga dibutuhkan “ruang publik,” khusus dan ramah Lansia dimana Lansia bisa bercengkerama dengan sesama

dan dapat bersosialisasi terutama mengingat banyak Lansia yang ditinggalkan oleh anggota keluarganya baik karena meninggal lebih dulu atau hijrah dan bermigrasi ke daerah lain seperti ke kota, Luar Jawa, bahkan ke Luar Negeri.

Di Lamongan pada umumnya dan Desa Paciran pada khususnya, migrasi ke luar daerah sudah menjadi kebutuhan terutama untuk bekerja baik di sektor formal maupun informal seperti sebagai dosen dan guru, PNS, penjual Soto Lamongan, Pecel Lele Lamongan, maupun TKI/TKW di Malaysia dan Saudi Arabia. Kondisi geografis yang agak tandus di sebelah utara karena tanahnya didominasi oleh pegunungan kapur Kendeng Utara, rawan banjir luapan Bengawan Solo di bagian tengah Lamongan, dan Pegunungan Kapur di bagian Selatan Lamongan dibarengi dengan budaya merantau menyebabkan banyak anak muda dan dewasa penduduk Lamongan yang hijrah ke luar daerah. Hal ini menyebabkan kebanyakan penduduk yang tersisa dan ditinggal di kampung daerah Lamongan adalah anak-anak, sebagian perempuan, dan terutama Lansia. Ini menyebabkan Lansia mengalami '*double burden*' beban ganda yaitu harus mengurus diri sendiri dan mengurus sebagian anggota keluarganya terutama anak cucu yang ditinggal di rumah. Perasaan terisolasi dan terbebani menimpa sebagian besar Lansia di Lamongan.

Meski demikian, kohesi komunal yang masih tinggi didukung oleh kuatnya spiritualitas dan organisasi sosial baik yang tergabung dalam Muslimat Nahdlatul Ulama maupun Aisyiyah Muhammadiyah yang juga aktif mengadakan pertemuan pengajian yang dihadiri oleh perempuan Lansia dan ibu-ibu dewasa menjadikan Lansia di daerah Lamongan tidak separah kondisi perempuan di daerah lain semisal di daerah Gunung Kidul Yogyakarta. Di daerah ini, banyak lansia yang mengalami beban ganda karena menderita penyakit menahun, mengasuh cucu, dan hidup terisolasi jauh dari tetangga diperparah dengan kontur geografis yang berbukit-bukit. Akibat negatifnya, banyak Lansia yang menderita penyakit kronis psiko-sosial, stress dan depresi yang mengakibatkan sebagian dari mereka melakukan

bunuh diri dengan cara gantung diri. Fenomena ini terkenal dengan sebutan “Pulung Gantung.” Sebagian masyarakat di Gunung Kidul mempercayai bahwa Lansia yang menggantung-diri disebabkan mendapat bisikan “Wahyu” atau “Pulung,” untuk mengakhiri hidupnya. Ini bisa saja merupakan mekanisme penghalusan kata atau moralitas “penerimaan,” atas fenomena bunuh diri Lansia sehingga Lansia dan masyarakat tidak merasa disalahkan dan dihujat. Di Lamongan, fenomena bunuh diri Lansia model ini tidak pernah terdengar. Meski demikian, kasus penelantaran Lansia sehingga mati pelan-pelan tentunya ada. Hal ini terutama terjadi pada keluarga miskin yang tidak sanggup membiayai perawatan sakit parah berkepanjangan seperti stroke berat sehingga terpaksa keluarga membawa pulang pasien Lansia yang sakit dari rumah sakit dengan perawatan sadanya di rumah yang mempercepat kematian Lansia. Untuk mencegah dan mengatasi penelantaran Lansia model seperti ini, pemerintah perlu mempunyai petugas khusus seperti dokter, perawat, atau pekerja sosial untuk mendampingi Lansia dan memastikan mereka mendapat pelayanan yang standar dan wajar untuk mengatasi kesulitan hidup mereka terutama dalam hal perawatan kesehatan dan masalah kesejahteraan lainnya.

Kondisi fisik, mental dan emosional Lansia perlu mendapat perhatian. Secara biologis, kondisi fisiologis lansia mengalami beberapa penurunan fungsi. Gangguan penyakit kronik seringkali muncul pada kondisi ini, seperti gangguan sistem cardiovascular, diabetes melitus dan sebagainya. Gangguan psikologis juga rentan menyerang lansia seperti kecemasan (*anxiety*), dementia, depresi ataupun mengigau.

Kondisi psikologis Lansia, tahap akhir kehidupan seseorang sebagaimana dikemukakan oleh Erikson (1963) adalah krisis psikologis, yaitu krisis integritas versus keputusasaan. Pencapaian integritas oleh lanjut usia mencerminkan arti dari kehidupannya, dalam hal ini individu secara bijaksana dapat mengerti kehidupan dirinya, menyadari tentang kemunduran potensi dan penampilan,

serta siap menghadapi kematian tanpa rasa takut. Dengan kata lain, lanjut usia yang telah mencapai integritas, menerima semua peristiwa yang sudah terjadi kepadanya tanpa berusaha untuk menyangkal beberapa fakta yang tidak mengenakkan. Jika lanjut usia gagal atau tidak mencapai integritas, jika tidak mampu mencapai integritas, maka keputusasaan akan mewarnai kehidupan masa tua, yakni penolakan terhadap kehidupan masa lalu, ketakutan pada kematian karena mereka merasa tidak cukup waktu untuk memperbaiki kesalahan masa lalu. Adapun tugas-tugas perkembangan lanjut usia meliputi antara lain:

1. Dapat menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan fisik
2. Mencari kegiatan yang bersifat pribadi untuk mengganti tugas-tugas terdahulu di waktu muda
3. Melakukan kegiatan sosial di masyarakat

Kemampuan memenuhi kebutuhan masing-masing lansia tentunya berbeda, hal tersebut tergantung pada kondisi serta sumber-sumber yang ada pada lansia tersebut. Beberapa lansia ada yang menerima transfer uang dari anak-anak rantau ke Lansia yang tinggal di desa-desa di Lamongan, termasuk Paciran. Ini sejalan dengan tradisi dan kepercayaan agama Islam yang menjunjung tinggi harkat dan martabat Lansia. Berbagai dan membantu Lansia apalagi keluarga sendiri sangat dianjurkan. Ini sangat membantu karena kebanyakan Lansia tidak mempunyai uang pensiun yang memadahi karena sewaktu masih produktif bekerja di sektor non formal atau sektor formal golongan rendah yang jumlah uang pensiunnya tidak cukup. Ini juga dipengaruhi oleh laju inflasi yang melebihi nilai uang yang didapat dari pensiun. Sementara itu, banyak Lansia yang tidak memiliki skema investasi atau asuransi di hari tua. Sehingga, mereka cenderung bertahan hidup dengan bantuan dari anak keturunannya baik yang hidup di desa setempat maupun yang sedang bekerja di luar desa, merantau ke kota, Luar Jawa, atau Luar Negeri.

Level pendidikan kebanyakan Lansia di Paciran sekarang ini masih relatif rendah karena mereka terlahir dari zaman ketika pendidikan belum merata dan belum begitu dipentingkan. Kebanyakan Lansia tidak lulus SD. Sedikit yang bisa lulus setingkat sekolah menengah atau bahkan perguruan tinggi. Mereka yang kini Lansia adalah yang lahir pada era awal kemerdekaan yang kondisi ekonomi dan pendidikan Indonesia kala itu masih sangat memprihatinkan. Namun, ada banyak kekuatan yang dimiliki Lansia seperti penjaga moralitas dan agama, sumber pengetahuan dan implementasi tradisi, bahasa, dan pengetahuan serta ketrampilan hidup. Lansia biasanya lebih bijak dan penuh dengan kesabaran yang bisa menjadi panutan dan sumber keteladanan bagi kaum muda,

E. Ragam Kebutuhan Lansia

Lanjut usia sebagai manusia memiliki kebutuhan-kebutuhan sebagaimana umumnya, yaitu kebutuhan makanan, perlindungan, perawatan kesehatan dan kebutuhan-kebutuhan sosial dalam mengadakan hubungan dengan orang lain. Bagi lansia pemenuhan kebutuhan yang diberikan dengan baik dapat membantu dalam proses beradaptasi atau menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang dialaminya. Kebutuhan-kebutuhan *primer* pada lansia dapat dilihat sebagai berikut:

1. Kebutuhan Fisik

Kebutuhan fisik bagi lansia meliputi kebutuhan akan sandang, papan dan pangan. Pemenuhan kebutuhan gizi sangat mempengaruhi kemampuan dan kehidupan lansia karena lansia akan mengalami perubahan fisik seperti lambatnya tanggapan dan munculnya penyakit kronik yang progresif. Untuk itu pemenuhan kebutuhan fisik bagi lansia disesuaikan dengan keadaan lansia yaitu: kesehatan, keamanan dan kenyamanan. Kebutuhan kesehatan mencakup jaminan kesehatan, perawatan kesehatan fisik dan mental.

2. Kebutuhan Psikologis

Kebutuhan psikologis dan spiritual bagi lansia adalah kebutuhan yang diberikan yang dapat memberikan semangat dan dorongan dalam kehidupan sehari-hari seperti menumbuhkan rasa percaya diri bahwa lansia masih tetap dibutuhkan keluarga/masyarakat, memberikan semangat bahwa potensi yang ada dalam diri lansia dapat digunakan/ bermanfaat bagi orang lain. Begitu juga pada sisi psikologisnya, lansia mengalami perubahan-perubahan dalam sensori, persepsi dan keberfungsian mental. Kebutuhan mental pada lansia meliputi kebutuhan akan rasa percaya diri (dibutuhkan oleh keluarga atau orang lain), kebutuhan akan penghargaan dan perhatian dari anggota keluarga, teman akrab dan masyarakat.

3. Kebutuhan Sosial

Yaitu kebutuhan akan suatu tata kehidupan dan penghidupan baik material maupun spiritual yang diliputi oleh rasa keselamatan, kesusilaan dan ketenteraman lahir dan batin. Lanjut usia juga mengalami perubahan-perubahan peranan dan hubungan individu dalam struktur sosial. Menurut Direktur Jendral Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial, pemenuhan kebutuhan sosial meliputi:

- a. Perlindungan Sosial
- b. Bantuan Sosial
- c. Pemeliharaan Taraf Kesejahteraan Sosial,

4. Kebutuhan Perlindungan Hukum

Perlu diupayakan bantuan hukum bagi lansia agar tidak dianiaya, diterlantarkan dan hak-haknya tetap diakui dan dihargai.

Kebutuhan-kebutuhan kedua (*sekunder*) lanjut usia antara lain meliputi;

- a. Kebutuhan dalam melakukan aktivitas.
- b. Kebutuhan dalam pengisian waktu luang dan rekreasi.

- c. Kebutuhan yang bersifat kebudayaan, seperti informasi dan pengetahuan, keindahan, dan lain-lain.
- d. Kebutuhan yang bersifat politis, yaitu meliputi status, perlindungan hukum partisipasi dan keterlibatan dalam kegiatan kemasyarakatan dan negara atau pemerintah.

Kebutuhan yang bersifat keagamaan/spiritual seperti memahami akan makna kehadiran dirinya di dunia ini dan memahami hal-hal yang tidak diketahui atau di luar kehidupan, termasuk kematian.

Indonesia mengikuti jejak negara-negara maju yang mengalami tren semakin tinggi angka penduduk usia lanjut. Hal ini disebabkan oleh semakin membaiknya gizi masyarakat, semakin terdidik masyarakat sehingga mempunyai kesadaran untuk hidup sehat. Hal ini juga dikarenakan masyarakat sekarang mulai menerapkan gaya hidup yang sehat dengan pola gizi cukup dan seimbang, istirahat yang cukup maupun olahraga yang teratur serta menghindari kondisi stress fisik dan psikis yang bisa menjadi pemicu penuaan dini. Kombinasi fasilitas kesehatan yang cukup memadahi, gaya hidup yang lebih bagus, dan kesejahteraan yang meningkat menyebabkan angka harapan hidup rata-rata orang Indonesia semakin meningkat.

Namun, seiring dengan proporsi dan prosentasi jumlah penduduk lansia yang lebih banyak dari sebelumnya, masalah-masalah yang dihadapi lansia juga semakin banyak dan perlu diusahakan penyelesaiannya. Masalah-masalah tersebut antara laian adalah masalah kesehatan, ekonomi, isolasi, keamanan dan sebagainya. Masalah kesehatan banyak dihadapi oleh lansia karena pada masa-masa ini terutama fase lansia tua 70 tahun ke atas. Gangguan kesehatan sering terjadi pada lansia dan menimbulkan beberapa masalah antara lain lansia mengalami *empty nest* (kesepian), anggota keluarganya, terutama anak-anaknya sudah mandiri dan keluar rumah pindah ke rumah sendiri di kota yang sama bahkan di luar kota.

Penjabaran dari masalah-masalah Biopsikososial-spiritual pada lansia tersebut adalah sebagai berikut (Rustanto, 2015):

a. Dimensi Biologi/Fisiologi

Hooymann dan Kiyak (1999) yang dikutip oleh Adi Fahrudin (2000) mengatakan bahwa proses penuaan secara biologi merupakan perubahan fisik yang menyebabkan berkurangnya efisiensi sistem organ tubuh manusia, seperti jantung dan sistem sirkulasi. Beberapa tanda-tanda fisik lanjut usia merupakan perubahan-perubahan dalam wujud fisik seperti; lambatnya tanggapan, kehilangan keberfungsiannya motorik dan sensori, kecenderungan pada keletihan yang lebih cepat, penurunan tenaga dan beberapa atau semua hal ini kadang-kadang digabungkan dengan penyakit-penyakit kronik atau progresif akibat suatu sifat ketidakmampuan. Selanjutnya perlu dipahami bahwa usia lanjut bukan merupakan sebab dari kematian. Kematian lebih disebabkan oleh suatu penyakit atau patologi. Hal ini karena berbagai perubahan dalam organisme manusia atau perubahan sejak saat kelahiran hingga kematian yang sifatnya tak pasti. Substansi vital dalam sel-sel yang dipergunakan telah habis, kehilangan informasi atau kesalahan dalam memberikan kode dari materi genetik asas (DNA), kelebihan protein dalam sel, atau sejak saat terjadinya proses konsepsi.

Kehilangan sel sejalan dengan rentang kehidupan organisme, termasuk kehilangan sel-sel neuron (sel dasar dari sistem saraf). Hal ini dipercayai mempunyai hubungan langsung pada rupa dan perilaku manusia sejalan dengan pertambahan usia. Walaupun perubahan tubuh berhubungan dengan lanjut usia, akan tetapi pengaruh persepsinya berkurang. Demikian pula pandangan dan pendengarannya mengalami penurunan secara bertahap dalam energi dan fungsionalnya walaupun telah muncul penurunan organik. Dengan kata lain ada suatu penurunan dalam mekanisme homeostatik dalam organisme yang membuat kepekaan individu meningkat terhadap tekanan lingkungan.

b. Dimensi Psikologi

Menurut Hooyman dan Kiyak (1999) dikutip oleh Adi Fahrudin (2000), proses penuaan psikologi merujuk kepada perubahan dalam hal proses sensori, proses persepsi dan keberfungsian mental (seperti memori, pembelajaran dan intelelegensi), kapasitas penyesuaian, dan kepribadian. Perilaku orang lanjut usia sering dibandingkan dengan individu yang lebih muda. Perbedaan yang tampak antara dua kelompok dilihat pada aspek-aspek psikologi dari lanjut usia, seperti kemampuan intelektual mereka untuk belajar, pemecahan masalah dan berkreasi. Agaknya, masing-masing kelompok umur mempunyai kejadian yang berbeda dan situasi sosial yang berbeda. Hal itu menunjukkan bahwa penerimaan intelektual lebih berhubungan daripada kesakitan dan penyakit dari lanjut usia.

Kecerdasan termasuk bagian penting dalam kehidupan seorang lanjut usia manakala mereka dapat meningkatkan penggunaan kemampuan untuk mengakses, menginterpretasikan dan memanipulasi lingkungannya. Para lanjut usia dapat mengalami penurunan keberfungsian pengetahuannya yang dapat diukur, namun demikian mereka dapat bekerja dengan lingkungannya melalui cara-cara yang bersifat non-intelektual. Sejumlah kajian tentang *memori* menunjukkan bahwa penampilan lanjut usia kurang baik dalam eksperimen yang memerlukan pengingatan dalam jangka pendek. Kalkulasi numerik dan kecepatan tanggapannya tampak agak berkurang sejalan dengan usia. Namun keberfungsian verbal muncul secara terus menerus mengalami peningkatan. Ada bukti yang kuat bahwa orang terus belajar dan merespon pengalaman baru hingga kematian tiba.

Dalam hal kepribadian manusia yang berhubungan dengan pertambahan usia, sering individu muncul dengan citra diri dan konsep diri yang berbeda dari imaginasiya. Hal ini dapat mempengaruhi sikap mentalnya yang akan memberi pengaruh terhadap hubungannya dengan orang lain. Sering individu menjadi menyadari dirinya, mereka dapat menarik diri dari kejadian-

kejadian sosial dan mulai menolak identitas yang menjadi miliknya dan memperkuat apa yang dia percaya sebagai penyebab penolakan masyarakat pada dirinya, yaitu melalui penekanan tentang kemudaan dan keindahan fisik. Menurut Atchley, (2000) yang dikutip oleh Adi Fahrudin bahwa hal ini bersamaan dengan kejadian-kejadian kehidupan yang berhubungan dengan lanjut usia, seperti masa pensiun, akan semakin memperkuat *citra diri negatif (negative self image)*.

c. Dimensi Sosial

Hooymann dan Kiyak (1999) yang dikutip Adi Fahrudin (2000) mengatakan bahwa proses penuaan sosial (*social aging*) merupakan perubahan peranan dan hubungan individu dalam struktur sosial, misalnya dengan keluarga dan kawan-kawan, dalam peranan yang berbayar dan tak berbayar, dan dengan organisasi termasuk kumpulan keagamaan dan politik. Seperti halnya proses penuaan biologi dan psikologi, dalam proses penuaan sosial ini peranan sosial para lanjut usia dan hubungan mereka juga berkurang. Hal ini mencakup kehilangan dari fungsi-fungsi pemeliharaan anak, kehilangan dari peranan kakek-nenek, kehilangan pekerjaan, dan beberapa peranan lainnya. Disini menunjukkan adanya bukti bahwa dampak negatif dari “*kehilangan peranan*” dan isolasi sosial. Tampaknya, hilangnya sumber-sumber yang progresif cenderung menimbulkan perasaan kehilangan bantuan. Perasaan ini pada gilirannya, menimbulkan adanya kebimbangan pada orang lanjut usia yang mencoba untuk mengatasinya, dengan cara-cara penyesuaian yang berbeda, beberapa diantaranya bahkan gagal.

Stres sebagai hasil dari perubahan yang drastik seperti hilangnya penghasilan, kematian dari pasangan hidupnya atau relokasi dari berbagai pilihan menimbulkan *shock* pada orang lanjut usia dan menyebabkan penyimpangan perilaku, emosional dan fisik. Kurang penting untuk dilontarkan, beberapa dari penyimpangan ini mungkin dapat dicegah dengan praktik dan kebijakan sosial

yang akan menggantikan lingkungan sosialnya lebih simpatik untuk orang-orang lanjut usia. Adaptasi dan penyesuaian pada lanjut usia yang penting adalah sebagian tergantung pada sejarah kehidupannya, akibat perubahan yang begitu besar dan mendadak seperti perubahan status, sifat hubungan-hubungan yang terdahulu dan caranya dalam mengatasi krisis kehidupan yang lalu, juga tergantung pada kemauan dari masyarakat untuk memberikan pelayanan dan dukungan sebelum atau selama mengalami krisis.

Masyarakat manusia memiliki kebiasaan yang berbeda dalam memperlakukan orang-orang lanjut usia yang tidak memiliki kemampuan. Ada masyarakat yang kurang menghargai keberadaan lanjut usia, bahkan ada masyarakat yang membiarkan lanjut usia terlantar kelaparan hingga meninggal, sehingga meninggalkan kesan adanya perlakukan salah terhadap lanjut usia, Sementara pada masyarakat yang lain ada yang memperlakukan orang lanjut usia dengan baik, tetap menghormati keberadaan mereka.

Secara individual, orang lanjut usia secara dramatis dipengaruhi oleh interaksi mereka dengan orang-orang lainnya melalui sistem mikro, mezzo, dan makro. Sistem mikro yakni interaksi antara individu lanjut usia dengan lingkungan terdekat, seperti dengan keluarga atau lembaga pelayanan dimana mereka tinggal. Sistem mezzo, merupakan interaksi lanjut usia dengan lingkungan di luar keluarga/lembaga, seperti dengan masyarakat setempat, dan sistem makro dimana individu lanjut usia berada dalam lingkungan masyarakat yang lebih luas. Dalam kaitannya dengan sistem makro, ada dua dimensi, yaitu :

- Dimensi *pertama*: memberikan perhatian terhadap masalah orang lanjut usia secara individual yang berhubungan dengan sistem atau lingkungan makro, meliputi ; kemiskinan, kekurangan gizi, berbagai masalah kesehatan, perlakuan salah terhadap lanjut usia, dan ketiadaan transportasi yang khusus bagi mereka.

- Dimensi *kedua*: peran sistem lingkungan makro untuk memberikan perhatian terhadap masalah yang dihadapi lanjut usia, yang berfokus pada pemberian dukungan dan pelayanan

d. *Dimensi Spiritual*

Perubahan-perubahan fisiologi, psikologi dan sosial turut memberi pengaruh pada perubahan pada dimensi religius. Lanjut usia yang dapat menerima hakekat penuaan mereka menganggap hari tua merupakan peluang untuk pengisian dengan kehidupan beragama. Namun tidak sedikit pula diantara lanjut usia tersebut terutama perubahan fisiologi, psikologi dan sosial yang drastik menyebabkan mereka kehilangan keyakinan akan Tuhannya. Hal ini turut memberi implikasi pada perubahan dalam aspek harapan hidup mereka. Motivasi kehidupan mereka turut berubah. Dalam dimensi religius, faktor penting yang perlu dipahami pekerja sosial adalah bagaimana falsafah hidup, kedamaian hidup, makna hidup, tujuan hidup, semangat hidup pada lanjut usia serta bagaimana ketegaran iman yang mereka tunjukkan ketika menghadapi cobaan dalam kehidupan mereka.

Di Lamongan, banyak anak muda yang merantau ke kota-kota lain di Indonesia bahkan banyak yang bermigrasi ke luar negeri menjadi TKI (Tenaga Kerja Indonesia), TKW (Tenaga Kerja Wanita) baik di Malaysia dan negara-negara Asia Tenggara serta Asia Timur maupun negara-negara di Timur Tengah, terutama Saudi Arabia. Di sepanjang wilayah pantai utara Lamongan yang mempunyai kultur nelayan, banyak lansia mengalami masalah ganguan jantung, stroke, kolesterol tinggi, asam urat, diabetes dan berbagai masalah terkait dengan *degeneratif*, penurunan fungsi tubuh. Hal ini antara lain dikarenakan pola hidup para lansia yang terlalu banyak makan protein tinggi terutama menu hewani makanan laut dan kurang mengkonsumsi sayur-mayur dan buah. Pola hidup kurang olahraga juga memicu masalah kaum lansia karena kurangnya kesadaran akan pentingnya olahraga meski sampai usia tua.

Umumnya lansia akan mengalami gangguan penglihatan seperti gangguan penglihatan dekat, penglihatan dinamis (membaca huruf bergerak), sensitivitas terhadap cahaya, pencarian visual (mencari petunjuk, misalnya), dan kecepatan memproses informasi visual mengalami penurunan fungsi tubuh. Maka diperlukan kacamata dan perawatan dokter spesialis mata untuk menjaga keberfungsiang anggota tubuh seperti mata bagi kaum lansia. Kacamata baca untuk fokus pada obyek-obyek dekat seperti *presbyopia* atau kaca mata untuk rabun dekat seperti *myopia*.

Seiring dengan bertambahnya usia, masalah kesehatan inilah yang sering menjadi keluhan utama para lansia. Gaya hidup yang kurang sehat terutama merokok juga memicu masalah kesehatan yang cukup serius. Untuk itu, pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial seperti Layanan geriatrik di Puskesmas, Posyandu Lansia, Senam Lansia, Pengajian Lansia, Club Lansia sangat dibutuhkan yang diharapkan mampu memperbaiki kualitas dan kebermaknaan hidup lansia.

Di negara-negara maju seperti Amerika Serikat yang lebih makmur, para lansia dapat memenuhi kebutuhannya rata-rata relatif lebih baik. Sebuah penelitian menyatakan bahwa lansia paruh baya di Amerika Serikat berusia 60 tahun ke atas memiliki “kondisi fisik, kognitif, dan emosional yang baik serta merasa puas dengan kualitas hidup mereka” (Papalia, 2009: 221). Namun, penelitian skala nasional lainnya menyebutkan masalah kesehatan sebagai masalah utama yang dihadapi lansia bahkan di negara maju (Papalia, 2009: 221). Masalah kesehatan fisik dan mental, hubungan dengan keluarga dan teman sebaya, keuangan, rekreasi dan waktu luang, spiritualitas dan kegiatan keagamaan, lansia cenderung lebih puas, terutama dari kelompok yang lebih mapan.

Mahatma Gandhi dan Hillary Clinton merupakan diantara sedikit lansia yang mengalami punca karir politik dan sosial di usia senja. Bahkan mereka sanggup berusaha menggapai cita-cita baru

yang lebih bergengsi. Hillary misalnya, meskipun kalah, berani dua kali berkompetisi untuk memperebutkan karir politik politik puncak sebagai presiden Amerika Serikat. Pertama, dia kalah dari Barack Obama di seleksi calon wakil presiden level partainya yaitu Partai Demokrat. Kedua, dia berhasil menjadi calon presiden wakil partainya berhadapan dengan Donald Trump dari Partai Republik, tetapi sayangnya kalah tipis dari rivalnya tersebut. Ini membuktikan bahwa usia lanjut tidak menghalangi sebagian orang untuk berkiprah di masyarakat menggapai tujuan hidup baru yang lebih menantang.

Banyak lansia yang merasa sudah berhasil mengantarkan anak-anaknya menggapai cita-cita mulia yang diinginkannya. Tetapi, banyak yang mengalami kemunduran finansial dibarengi dengan kemunduran fungsi fisik dan psikis tubuh. Banyak juga yang mengalami sindroma kesepian, keterkucilan, isolasi (*empty nest*) rumah yang hanya ditinggali berdua dengan pasangannya atau ditinggali sendiri seperti sarang burung yang kosong. Ditambah lagi, banyak lansia yang menanggung beban ganda dengan mengasuh cucu-cucunya yang ditinggal merantau ayahnya ke kota atau ke luar negeri atau cucu-cucu yang yatim piatu, ditinggal pergi orangtuanya selamanya.

“*Use it or Lose it!*”! (Pakailah atau bakal hilang). Seluruh anggota tubuh manusia memiliki fungsi-fungsi tertentu yang jika terus dipakai dan dirawat seperti mesin akan terus terjaga keberfungsiannya. Bagi mereka yang biasa menggunakan dan merawatnya dengan berolahraga teratur, makan dan minum asupan gizi yang sehat dan seimbang, menghindari mengkonsumsi zat-zat yang berbahaya seperti merokok, narkoba, terlalu banyak kolesterol dsb. dapat bertahan hidup lebih lama dan dengan kualitas hidup yang lebih prima. Fungsi sensorik, motorik, dan sistemik, reproduktif dan seksual menurun di usia senja.

F. Kebijakan terkait Lansia

Kesejahteraan Sosial menurut Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 Pasal 1 menyatakan bahwa kesejahteraan sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya. Undang-Undang no. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia pasal 1 ayat 1 menyebutkan bahwa kesejahteraan adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan sosial baik material maupun spiritual yang diliputi oleh rasa keselamatan, kesusilaan, dan ketenteraman lahir batin yang memungkinkan bagi setiap warga negara untuk mengadakan pemenuhan kebutuhan jasmani, rohani, dan sosial yang sebaik-baiknya bagi diri, keluarga, serta masyarakat dengan menjunjung tinggi hak dan kewajiban asasi manusia sesuai dengan Pancasila. Begitu juga bagi lansia, yang menjadi warga negara berhak atas hak-hak kesejahteraannya.

Lanjut usia mempunyai hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Sebagai penghormatan dan penghargaan kepada lanjut usia diberikan hak untuk meningkatkan kesejahteraan dalam undang-undang no. 13 tahun 1998 pasal 5 disebutkan:

1. Pelayanan keagamaan dan mental spiritual
2. Pelayanan kesehatan
3. Pelayanan kesempatan kerja
4. Pelayanan pendidikan dan pelatihan
5. Kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana dan prasarana umum
6. Kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum
7. Perlindungan sosial
8. Bantuan sosial

Dan dalam Undang-Undang No. 13 tahun 1998 pasal 6 juga diatur bahwa lansia mempunyai kewajiban, yaitu:

1. Membimbing dan memberi nasihat secara arif dan bijaksana berdasarkan pengetahuan dan pengalamannya, terutama di lingkungan keluarganya dalam rangka menjaga martabat dan meningkatkan kesejahteraannya;
2. Mengamalkan dan mentransformasikan ilmu pengetahuan, keahlian, keterampilan, kemampuan dan pengalaman yang dimilikinya kepada generasi penerus;
3. Memberikan keteladanan dalam segala aspek kehidupan kepada generasi penerus.

Kebijakan lain terkait lansia yang berlaku di Indonesia lainnya ialah Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan bagian 3 pasal 138, (1) upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis sesuai dengan martabat kemanusiaan. (2) pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lanjut usia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis. Pasal 140, upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia dan penyandang cacat dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.

Melihat kecenderungan meningkatnya jumlah penduduk Lansia di atas, pemerintah perlu mendorong dan memfasilitasi masyarakat untuk menyelenggarakan usaha-usaha kesejahteraan sosial terutama bagi lansia tidak potensial. Agar pelayanan lebih professional di masa depan, perlu disiapkan pekerja sosial yang memiliki pengetahuan mengenai gerontology atau sekitar yang berkaitan dengan lansia. Pelayanan Kesejahteraan Sosial Lansia tidak harus di panti. Tetapi lebih indah jika ditempatkan di dalam keluarga - keluarga sebagai cerminan nilai-nilai Islam yang umumnya dianut bangsa Indonesia dan budaya yang berkembang. Sedangkan pekerja sosial untuk lansia

bisa bekerja di rumah atau di dalam keluarga tersebut (www.kemsos.go.id).

G. Pelayanan Sosial (Social Services) bagi Lansia

Spicker (1995) menyatakan bahwa pelayanan sosial meliputi jaminan sosial, perumahan, kesehatan, pekerjaan sosial dan pendidikan (sebagai lima besar). Romanyshyn (1971) memberikan penjelasan tentang pelayanan sosial sebagai usaha-usaha untuk mengembalikan, mempertahankan dan meningkatkan keberfungsian sosial individu-individu dan keluarga-keluarga melalui sumber-sumber sosial pendukung dan proses-proses yang meningkatkan kemampuan individu-individu dan keluarga-keluarga untuk mengatasi stres dan tuntutan kehidupan sosial yang normal (Rustanto, 2015). Pengertian ini mendekati pengertian dalam undang-undang No. 11 tahun 2009 (pasal 1 ayat 2) yang menyatakan bahwa pelayanan kesejahteraan sosial adalah upaya yang terarah, terpadu dan berkelanjutan yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial dan perlindungan sosial.

Pelayanan kepada lansia ada yang bersifat pencegahan timbulnya masalah pada lanjut usia, perawatan dan pemulihan atas permasalahan lanjut usia serta pengembangan potensi sesuai dengan kemampuan agar tetap menjadi lansia yang aktif dan produktif. Pelayanan pada lansia harus memperhatikan prinsip, tidak memberi stigma (destigmatisasi), tidak mengucilkan (deisolasi), menghindari sikap sensitif (desensitisasi), pemenuhan kebutuhan yang tepat, pelayanan komprehensif, tidak membesar-besarkan masalah (dedramatisasi) dan menghindari sikap belas kasihan (desimpatisasi) (Rustanto, 2015).

1. Tidak memberikan stigma (destigmatisasi)

Pada dasarnya lansia dan masalah-masalah yang menyertainya seperti kesepian, kurang pendengaran dan penglihatan, lemah secara fisik, ialah suatu proses alamiah yang suatu saat pasti terjadi kepada semua orang. Kesulitan-kesulitan seperti tersebut di atas terasa cukup berat bagi lanjut usia untuk menanggungnya, oleh karena itu tidak perlu diberikan kepadanya cap baru antara lain “lanjut usia tidak berguna lagi”.

2. Tidak mengucilkan (deisolasi)

Sama seperti manusia lain, lanjut usia tidak ingin dikucilkan dari pergaulan sosialnya, melainkan ia juga ingin mencintai dan dicintai, menerima dan diterima, menemani dan ditemani, manghargai dan dihargai.

3. Menghindari sikap sensitif (desensitifikasi)

Seperti manusia lainnya lanjut usia memiliki perasaan sensitif (marah, tersinggung, kecewa, tidak berharga) atas kesulitan-kesulitan yang menyertai kelanjutusiaannya. Untuk itu ia perlu ditolong untuk menghadapi kesulitan-kesulitannya.

4. Pemenuhan kebutuhan secara tepat

Program-program yang dirancang untuk menolong lanjut usia dalam mengatasi masalah-masalah atau meningkatkan peranan sosialnya harus dapat secara nyata memenuhi kebutuhannya secara tepat dimana lansia berada.

5. Pelayanan secara komprehensif

Program-program yang dirancang untuk menolong lanjut usia dalam mengatasi masalah-masalahnya atau meningkatkan peranan sosial mereka harus beraneka ragam dalam arti tidak hanya sekedar memberi alat bantu mobilitas (kursi roda, misalnya), tetapi jauh lebih daripada itu yaitu memberi ketrampilan mobilitas mandiri dan memberi akses ke sumber-sumber yang lebih luas.

6. Tidak membesar-besarkan masalah (dedramatisasi)

Kelanjutusiaan menimbulkan beberapa kesulitan seperti kesepian, kurang pendengaran dan penglihatan, lemah secara fisik, dan lain-lain. Dalam hal ini ia harus diberikan pengertian agar tidak membesar-besarkan seolah-olah kesulitan itu tidak dapat diatasi lagi.

7. Menghindari sikap belas kasihan (desimpatisasi)

Memperlihatkan simpati yang bernada belas kasihan dapat mendorong timbulnya perasaan tidak berdaya bagi diri lanjut usia. Kepadanya hendaknya diberi dorongan semangat yang membuatnya tegar dan dapat mengatasi secara mandiri.

8. Pelayanan yang cepat dan tepat

Pelayanan sosial bagi lanjut usia haruslah dilakukan secara cepat dan tepat. Cepat berarti tidak berbelit-belit dan dalam waktu relatif singkat dan tepat berarti sesuai kebutuhan, masalah dan kemampuan penerima pelayanan.

9. Pelayanan yang bermutu

Pelayanan yang bermutu adalah pelayanan yang menjamin kepuasan penerima pelayanan. Untuk menjamin kepuasan, maka kualitas pelayanan sangat menentukan.

10. Pelayanan yang efektif dan efisien

Disamping cepat dan tepat dan memberi jaminan mutu implementasi program-program yang dirancang bagi lanjut usia harus memperhatikan prinsip tepat guna dan tepat sasaran.

11. Pelayanan yang akuntabel

Pelayanan yang diberikan harus dapat dipertanggung jawabkan kepada masyarakat.

H. 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 bisa mendapatkan pelayanan kesehatan. Posyandu lansia merupakan pengembangan dari kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan bagi lansia yang penyelenggaranya melalui program Puskesmas dengan melibatkan peran serta para lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam penyelenggaranya. Posyandu lansia/kelompok usia lanjut adalah merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan bersumber daya masyarakat atau/UKBM yang dibentuk oleh masyarakat berdasarkan inisiatif dan kebutuhan itu sendiri khususnya pada penduduk usia lanjut. Pengertian usia lanjut adalah mereka yang telah berusia 60 tahun keatas.

Tujuan pembentukan posyandu lansia secara garis besar antara lain :

1. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, sehingga terbentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lansia
2. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat usia lanjut.

Sasaran Posyandu Lansia terbagi menjadi sasaran langsung dan tidak langsung, pembagiannya adalah sebagai berikut

1. Sasaran langsung
 - Kelompok pra usia lanjut (45-59 tahun)
 - Kelompok usia lanjut (60 tahun keatas)
 - Kelompok usia lanjut dengan resiko tinggi (70 tahun ke atas)
2. Sasaran tidak langsung
 - Keluarga dimana usia lanjut berada
 - Organisasi sosial yang bergerak dalam pembinaan usia lanjut

Masyarakat luas

Mekanisme Pelayanan Posyandu Lansia

Berbeda dengan posyandu balita yang terdapat sistem 5 meja, pelayanan yang diselenggarakan dalam posyandu lansia tergantung pada mekanisme dan kebijakan pelayanan kesehatan di suatu wilayah kabupaten maupun kota penyelenggara. Ada yang menyelenggarakan posyandu lansia sistem 5 meja seperti posyandu balita, ada juga hanya menggunakan sistem pelayanan 3 meja, dengan kegiatan sebagai berikut:

1. Meja I: pendaftaran lansia, pengukuran dan penimbangan berat badan dan atau tinggi badan
2. Meja II: Melakukan pencatatan berat badan, tinggi badan, indeks massa tubuh (IMT). Pelayanan kesehatan seperti pengobatan sederhana dan rujukan kasus juga dilakukan di meja II ini.
3. Meja III: melakukan kegiatan penyuluhan atau konseling, disini juga bisa dilakukan pelayanan pojok gizi.

I. Kendala Pelaksanaan Posyandu Lansia

Pelaksanaan posyandu lansia tidak terlepas dari hambatan dan kendala baik dari penyelenggara, penerima layanan maupun pihak diluar program. Beberapa kendala yang dihadapi lansia dalam mengikuti kegiatan posyandu antara lain:

1. Pengetahuan lansia yang rendah tentang manfaat posyandu. Pengetahuan lansia akan manfaat posyandu ini dapat diperoleh dari pengalaman pribadi dalam kehidupan sehari-harinya. Dengan menghadiri kegiatan posyandu, lansia akan mendapatkan penyuluhan tentang bagaimana cara hidup sehat dengan segala keterbatasan atau masalah kesehatan yang melekat pada mereka. Dengan pengalaman ini, pengetahuan lansia menjadi meningkat, yang menjadi dasar pembentukan sikap dan dapat mendorong minat atau

motivasi mereka untuk selalu mengikuti kegiatan posyandu lansia.

2. Jarak rumah dengan lokasi posyandu yang jauh atau sulit dijangkau

Jarak posyandu yang dekat akan membuat lansia mudah menjangkau posyandu tanpa harus mengalami kelelahan atau kecelakaan fisik karena penurunan daya tahan atau kekuatan fisik tubuh. Kemudahan dalam menjangkau lokasi posyandu ini berhubungan dengan faktor keamanan atau keselamatan bagi lansia. Jika lansia merasa aman atau merasa mudah untuk menjangkau lokasi posyandu tanpa harus menimbulkan kelelahan atau masalah yang lebih serius, maka hal ini dapat mendorong minat atau motivasi lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu. Dengan demikian, keamanan ini merupakan faktor eksternal dari terbentuknya motivasi untuk menghadiri posyandu lansia.

3. Kurangnya dukungan keluarga untuk mengantar maupun mengingatkan lansia untuk datang ke posyandu.

Dukungan keluarga sangat berperan dalam mendorong minat atau kesediaan lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu lansia. Keluarga bisa menjadi motivator kuat bagi lansia apabila selalu menyediakan diri untuk mendampingi atau mengantar lansia ke posyandu, mengingatkan lansia jika lupa jadwal posyandu, dan berusaha membantu mengatasi segala permasalahan bersama lansia.

4. Sikap yang kurang baik terhadap petugas posyandu.

Penilaian pribadi atau sikap yang baik terhadap petugas merupakan dasar atas kesiapan atau kesediaan lansia untuk mengikuti kegiatan posyandu. Dengan sikap yang baik tersebut, lansia cenderung untuk selalu hadir atau mengikuti kegiatan yang diadakan di posyandu lansia. Hal ini dapat dipahami karena sikap seseorang adalah suatu cermin kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek. Kesiapan

merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara-cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya suatu respon

Penanganan yang selama ini dilakukan di rumah sakit maupun puskesmas untuk mengurangi keluhan gangguan tidur umumnya dengan penatalaksanaan farmakologis dan non-farmakologi yang meliputi pendekatan hubungan antara pasien dan tenaga medis, konseling dan psikoterapi serta sleep hygiene (Japardi 2002). penyembuhan secara non-farmakologis terhadap gangguan tidur pada lansia sangat diperlukan untuk meminimalkan efek terapi farmakologis. Selain itu upaya yang dapat dilakukan dengan cara promotif, yaitu dengan meningkatkan kesehatan pada lansia yang salah satunya dapat dilakukan dengan olahraga atau senam secara teratur (Prayitno, 2002).

Senam lansia adalah salah satu bentuk kesegaran jasmani yang ditujukan kepada kelompok lansia (Suroto, 2004). Senam lansia merupakan olahraga ringan yang mudah dilakukan dan tidak memberatkan (Anggriyana,2010) dan juga merupakan salah satu tindakan di dalam terapi prilaku yang mengembangkan metode fisiologis melawan ketegangan dan kecemasan.

Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2000, jumlah lansia meningkat tiga kali lipat menjadi 14,4 juta dari 1971 sebanyak 5,3 juta. Sementara jumlah lansia pada 2020 diproyeksikan menjadi 28,8 juta, atau 11,34% dari jumlah penduduk. Dari jumlah lansia yang terus meningkat itu, lansia perempuan lebih mendominasi yakni 52% dibandingkan lansia laki-laki sebanyak 48%. Hal ini disebabkan perempuan memiliki usia harapan hidup lebih lama dari laki-laki. Meningkatnya jumlah penduduk lansia dari tahun ke tahun disebabkan menurunnya angka fertilitas dan mortalitas yang diiringi meningkatnya usia harapan hidup. Untuk itu, dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk lansia, dibutuhkan perhatian dari semua pihak dalam mengantisipasi berbagai permasalahan yang

berkaitan dengan penuaan penduduk. Sebab, penuaan penduduk membawa berbagai implikasi baik dari aspek sosial, ekonomi, hukum, politik dan kesehatan. Tak hanya itu, tantangan lain yang dihadapi lansia adalah mulai terkikisnya hubungan antargenerasi. Ini terutama lansia perempuan yang merupakan kelompok masyarakat yang paling rentan untuk terabaikan dan tersisihkan karena mengalami multidiskriminasi.

Berlandaskan UU No.13 Tahun 1993, pemberdayaan perempuan lanjut usia dan penyandang cacat adalah penting karena merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan berbangsa dan bernegara baik secara nasional dan internasional. Selain itu Penduduk Lanjut Usia (Lansia) dan Penyandang Cacat telah memiliki landasan hukum yang kuat yaitu UU-RI Nomor 13 tahun 1998 pasal 25 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia dan UU-RI Nomor 4 tahun 1997 tentang Penyandang Cacat serta Keppres Nomor 52 tahun 2004 tentang Komite Nasional Lanjut Usia. Ketiga kebijakan tersebut menjadi komitmen negara untuk diimplementasikan di tingkat pemerintah pusat, propinsi dan kabupaten/kota sesuai dengan Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah. Di samping itu masih ada komitmen-komitmen lain yang perlu menjadi rujukan dan landasan di dalam mengantisipasi persoalan lanjut usia dan penyandang cacat, antara lain, komitmen global sesuai dengan *Second World Assembly on Ageing di Madrid* tahun 2002 yang merujuk kepada keikutsertaan lanjut usia dalam pembangunan, akses universal dan setara bagi layanan kesehatan secara komprehensif yaitu mencakup promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, kemudian hasil Konferensi Kependudukan ICPD tahun 1994 dan Konferensi Dunia ke-4 tentang Wanita tahun 1995, menyepakati adanya rencana tindak dalam perlindungan lanjut usia bidang kesehatan.

Komitmen regional sesuai dengan hasil Seminar di Shanghai pada tahun 2002 tentang “Strategi Implementation” bahwa lanjut usia bukanlah merupakan beban, melainkan suatu keberhasilan; Komitmen BIWAKO Millenium Framework di Jepang tahun 2002

yang merupakan agenda aksi bagi Penyandang Cacat Asia Pasifik dan menghasilkan 7 agenda aksi dimana aksi kedua berbunyi Wanita Penyandang Cacat.

Latar belakang program pemerintah dalam menyelenggarakan perlindungan perempuan lansia itu pernah disampaikan oleh Menteri Pemberdayaan Perempuan Meutia Hatta Swasono dalam Pertemuan Penyusunan Kebijakan Pemberdayaan Perempuan Lanjut Usia dan Penyandang Cacat Produktif pada 24 Maret 2005 di Jakarta. Pertemuan tersebut adalah tindaklanjut pengimplementasian Rencana Aksi Nasional (RAN) tahun 2003-2008 untuk Kesejahteraan Lanjut Usia dan Rencana Aksi Nasional (RAN) tahun 2004-2013 untuk Penyandang Cacat sebagaimana ditetapkan oleh Departemen Sosial RI. Kementerian Pemberdayaan Perempuan terlibat dalam perumusan kebijakan, khususnya pemberdayaan perempuan lanjut usia dan penyandang cacat. Strategi Kementerian Pemberdayaan Perempuan dalam mewujudkan kebijakan adalah melakukan pendekatan yang terpadu berbasis masyarakat melalui kombinasi dukungan formal dan informal yang mencakup unsur-unsur keluarga, masyarakat, pemerintah, dunia usaha dan lanjut usia serta penyandang cacat itu sendiri untuk mengantisipasi persoalan-persoalan yang dihadapi.

Bagian dari langkah antisipatif adalah memberdayakan perempuan lanjut usia dan penyandang cacat yang masih potensial dan produktif, yakni yang bercirikan bertahannya derajat kesehatan dengan disertai kemampuan, pengalaman dan kearifan yang dimilikinya. Ini semua perlu perlu diberdayakan untuk kepentingan dirinya, keluarganya bahkan masyarakat di sekitarnya. Tanpa langkah antisipatif, potensi perempuan lansia akan terabaikan dan mengakibatkan suatu pemberoran sumberdaya manusia. Agar seluruh potensi dan sumberdaya manusia yang ada menjadi efektif bagi pembangunan bangsa, maka perempuan lanjut usia dan perempuan penyandang cacat yang mampu produktif harus memperoleh peluang melalui pemberdayaan untuk menjadi warga

yang produktif). Produk rekomendasi dari berlakunya kebijakan ramah lansia adalah menciptakan lingkungan yang ramah lansia menjadi hal yang krusial bagi Kota Denpasar. Keterlibatan setiap elemen masyarakat menjadi hal yang dibutuhkan, seperti keterlibatan masyarakat dari berbagai usia, pemerintah kota, perguruan tinggi, dan juga sektor swasta. Lingkungan ramah lansia membutuhkan pembangunan infrastruktur yang berkelanjutan dan juga aspek sosial yang memberikan dukungan bagi kesejahteraan lansia.

J. Kesimpulan

Peningkatan angka usia harapan hidup (UHH) di Indonesia merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan. Meningkatnya usia harapan hidup tersebut memberikan arti adanya peningkatan taraf hidup masyarakat Indonesia. Namun, keberhasilan ini menyebabkan masalah lain yaitu peningkatan jumlah warga usia lanjut yang sudah tidak produktif. Adanya peningkatan tersebut memberikan tantangan baru bagi Indonesia dalam melakukan pelayanan dan pemeliharaan bagi warga usia lanjut. Lansia membutuhkan pelayanan khusus karena dianggap sebagai individu yang rentan akan permasalahan sosial seperti ketidakmampuannya memenuhi kebutuhannya sendiri. Akibat tidak terpenuhinya kebutuhan lansia, maka muncullah berbagai masalah baik fisik, psikologis maupun sosial. Untuk itu, lansia memerlukan perhatian khusus baik dari anggota keluarga yang lain, pemerintah maupun masyarakat dalam bentuk pelayanan yang mampu meningkatkan kualitas hidup lansia baik secara fisiologis, psikologis sosial maupun aspek spiritualnya.

Sesuai mandat Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, bahwa hak lansia salah satunya adalah mendapatkan aktivitas pemberdayaan yang ditujukan agar lanjut usia dapat melaksanakan fungsi sosial dan berperan aktif dalam masyarakat. Pelayanan tersebut dapat berupa pelayanan kesehatan, perlindungan dan bantuan sosial juga pemberdayaan.

Upaya peningkatan kesejahteraan bagi lansia adalah tugas dan tanggungjawab pemerintah, pemerintah daerah dan juga partisipasi masyarakat.

Praktik pekerjaan sosial yang didukung oleh teori (*body of knowledge*), pelayanan (*body of skills*), dan advokasi kebijakan serta etika dan nilai (*Body of ethics and values*) yang proper dan kompeten dari para pekerja sosial perlu terus dikembangkan dan didayagunakan untuk mengatasi dan minimal mengurangi masalah-masalah yang terkait dengan warga lanjut usia (senior) yang telah berkontribusi banyak pada pembangunan Indonesia ketika masa produktifnya. Pekerja sosial bisa berperan dalam lingkup mikro (konseling, pendampingan, pemberdayaan individual dan keluarga kecil), mezo (mendayagunakan kelompok, keluarga besar, panti asuhan lansia, pesantren lansia dll) serta level makro (advokasi kebijakan ramah lansia, lingkungan ramah lansia, layanan sosial dan kesehatan untuk lansia, dan keberpihakan politik pada kesejahteraan lansia) serta level global (Persatuan Bangsa-bangsa peduli Lansia seperti Unicef untuk anak-anak). Pekerja sosial bisa menjadi penghubung berbagai layanan sosial, kesehatan, spiritual dan psikologis untuk peningkatan kualitas hidup para lansia.

Daftar Pustaka

- Abbasi-Shavazi, M. J., & Sadeghi, R. (2014). *Socio-cultural Adaptation of Second-generation Afghans in Iran. International Migration*.
- Breman, J., & Wiradi, G. (2002). *Good times and bad times in rural Java: Case study of socio-economic dynamics in two villages towards the end of the twentieth century*. Leiden: KITLV Press.
- Central Bureau of statistic (2013). *Result Analysis SUSENAS 2012 on the treatment of elderly*. Central Bureau of statistic Jakarta
- Fuglie, K. O. (2010). Total factor productivity in the global agricultural economy: Evidence from FAO data. *The shifting patterns of agricultural production and productivity worldwide*, 63-95.

- George, Janet. (1997). "Global Graying: What Role for Social Work?" dalam M.C.Hokenstad dan James Midgley (ed.), *Issues in International Social Work. Global Challenges for a New Century*. New York: NASW Press.
- Hayashi, M. (2014). The 'Gap-Filling'Role of Civil Society Organisations for an Ageing Population in a Global Context: A Comparative Study of Three Welfare States-Japan, Britain and Sweden. In *XVIII ISA World Congress of Sociology (July 13-19, 2014)*. Isaconf.
- Direktur Jendral Perlindungan dan rehabilitasi Sosial. Kebijakan dan Program Pelayanan Sosial Lanjut Usia di Indonesia, 09 Desember 2003.
- Jönsson, I. (2014). Ingrid Jönsson and Yuegen Xiong: Changing Intergenerational Relationships in Contemporary China and Sweden: Consequences for Eldercare. In *XVIII ISA World Congress of Sociology (July 13-19, 2014)*. Isaconf.
- Knodel, J. E., & Chayovan, N. (2008). *Population ageing and the well-being of older persons in Thailand*. University of Michigan, Institute for Social Research.
- Kreager, P., & Schröder-Butterfill, E. (2007). Gaps in the family networks of older people in three Indonesian communities. *Journal of cross-cultural gerontology*, 22(1), 1-25.
- Midgley, J., & Livermore, M. (Eds.). (2008). *The handbook of social policy*. Sage Publications.
- Papalia, Diane E., Sally Wendkos Olds, dan Ruth Duskin Feldman. (2009). Human Development Perkembangan Manusia, terj. Brian Marwensdy. Jakarta: Salemba Humanika, 2009).
- Rustanto, Bambang. (2015). Pekerjaan Sosial Lanjut Usia, Bahan Ajar.
- Sparrow, R., Suryahadi, A., & Widyanti, W. (2013). Social health

insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Social Science & Medicine*, 96, 264-271.

Shirahase, S. (2014). Intergenerational Transfer within Families from the Perspective of Social Inequality in Japan. In *XVIII ISA World Congress of Sociology (July 13-19, 2014)*. Isaconf.

Kebijakan dan Program Pelayanan Sosial Lanjut Usia di Indonesia, Direktur Jendral Perlindungan dan rehabilitasi Sosial, 09 Desember 2003.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut usia