

PERAN *MEDICAL CHECK-UP* TERHADAP AKTIFITAS FISIK DASAR LANSIA: STUDI PANEL KELOMPOK LANJUT USIA 1993 – 2000

Indang Trihandini

Departemen Biostatistik dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

E-mail: dini05@ui.edu

Abstrak

Laporan Sidang Dunia Kedua tentang Lanjut Usia (2002) memperkirakan jumlah lansia di Indonesia menempati urutan ke empat terbesar di dunia dalam abad 21. SKRT 2001 menunjukkan angka disabilitas 88,9% lansia, termasuk disabilitas ringan, yang merupakan masalah besar bagi Indonesia. Di Amerika layanan kesehatan telah menurunkan angka disabilitas lansia dari 22,1% pada tahun 1984 menjadi 16% pada tahun 2002 (DHHS, 2003). Studi menggunakan data *Indonesian Family Life Survey* (SAKERTI) yang didesain panel di 13 provinsi dari tahun 1993 – 2000, dengan tiga kali pengambilan data. Studi bertujuan membuktikan hubungan antara *medical check-up* dengan pemeliharaan aktifitas fisik dasar pada lansia. Populasi dan sampel adalah pra-lansia aktif (aktif fisik dasar lansia) yang berusia 55 tahun atau lebih pada tahun 1993. Analisis yang digunakan adalah regresi logistik *multi-level*. Hasil studi didapatkan bahwa dari 1541 pra-lansia (pada tahun 1993), 1464 (89,54%) lansia masih dapat melakukan aktifitas fisik dasar pada tahun 2000. Angka insiden kejadian limitasi aktifitas fisik dasar sebesar 3,2/tahun, yang berarti dari 100 lansia sekitar 3 – 4 lansia akan mengalami disabilitas (memiliki limitasi aktifitas fisik dasar) setiap tahunnya. Hasil analisis mendapatkan bahwa rasio odds peran *medical check-up* terhadap aktifitas fisik dasar sebesar 1,85 (95% CI= 1,64 – 2,13) berarti lansia yang tidak melakukan *medical check-up* teratur berisiko mengalami disabilitas 1,85 kali dibandingkan dengan lansia yang melakukan *medical check-up* dengan teratur.

Abstract

The Effect of Medical Check-up and Basic Physical Activities Daily Living: Panel Study on among Indonesian Elderly 1993-2000. In the 21st Century, Indonesia becomes the fourth biggest ageing country in the World as reported by the Second World Assembly on Ageing (2002). The Indonesian Household Health Survey (2001) reported 88,9% of the elderly suffered from disability (including mild disability). In the US health services, medical check-up had significantly reduced disability from 22,1% in 1984 to 16% in 2002 (DHHS, 2003). The study has aims to confirm the relationship between medical check-up and basic physical activities daily living among elderly in Indonesia. Data used the Indonesian Family Life Survey. Those who were 55 years or older and active in 1993 were included for the study. In total, 1,541 were sampled. Multilevel logistic regression analyses were applied for modeling basic physical activities daily living. Among the sample, there were 1464 (89,54 %) in 2000 still active on basic physical activities daily living, and giving an incidence rate of 3.2% per year for limitation on basic physical activities daily living. This rate indicates that in a year, out of every 100 active elderly in Indonesia, between three and four elderly would have developed limited physical activity. The multivariate analysis showed that there were significant effects of medical check-up on maintaining in basic physical activities daily living among elderly (OR=1,85; 95% CI: 1,64 – 2,13). This suggests that elderly with routine medical check-up would have a chance to maintain their ability to perform daily activity almost twice compared to those who did not receive routine medical check-up.

Keywords: Indonesia, elderly, activities of daily living, ADL dynamic, medical check-up

1. Pendahuluan

“Gerontology is concerned primarily with problem of healthy aging rather than the prevention of aging”¹, sehingga tindakan preventif pada masalah kesehatan akibat penuaan menjadi lebih penting, daripada

preventif penuaan. Pentingnya menjaga kualitas hidup lansia, mendorong Kalache untuk memperkenalkan konsep “*active ageing*”². Untuk itu diperlukan upaya guna menekan limitasi aktifitas fisik dasar ataupun memperbaiki keadaan limitasi aktifitas fisik dasar menjadi abilitas.

Sejak tahun 1980 Amerika telah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan angka limitasi aktifitas fisik dasar dan berhasil meningkatkan persen lansia yang bebas dari limitasi aktifitas fisik dasar atau mampu beraktifitas fisik dasar. Laporan Departement Health and Human Services Amerika (2003) menunjukkan, angka peningkatan aktifitas fisik dasar pada lansia kelompok usia 65 tahun keatas naik dari 71% di tahun 1984 menjadi 74,7% di tahun 1999 dan 82% di tahun 2002, sedangkan angka limitasi aktifitas fisik dasar kronis turun dari 22,1% di tahun 1984 menjadi 19,7% di tahun 1999, dan tahun 2002 menjadi 16%. Aktifitas fisik dasar pada laporan tersebut diukur berdasarkan kemampuan aktivitas fisik keseharian atau yang dikenal dengan ADL/ *Activities of Daily Living* dengan menggunakan indeks KATZ^{3,4}.

Medical check-up. Menanggulangi dan mengobati penyakit kronis tidaklah mudah, serta memerlukan biaya yang cukup besar, begitu pula untuk merehabilitasi keadaan yang telah terlimitasi aktifitas fisik dasarnya. Limitasi aktifitas fisik dasar yang bukan berasal dari kecelakaan ataupun cacat bawaan lahir, tidak datang secara mendadak tetapi melalui suatu proses dan waktu. Pencegahan adalah upaya lebih baik, lebih mudah dan relatif lebih murah biayanya, apabila dibandingkan dengan pengobatan dan rehabilitasi. Upaya layanan kesehatan merupakan rangkaian pemeriksaan kesehatan untuk mendeteksi penyakit sejak dini walaupun seorang tersebut belum merasakan sakit, belum ada keluhan atau terlihat gejala penyakit, dikenal dengan istilah *medical check-up*.

Program pembinaan kesehatan usia lanjut sebagai salah satu kegiatan Puskesmas sebenarnya sudah dirintis sejak tahun 1986, pada tahun 1993 telah dikembangkan kegiatan berupa deteksi dini dan pemeriksaan kesehatan dengan menggunakan kartu menuju sehat (KMS). Namun pada kenyataannya belum banyak daerah yang mengembangkan program tersebut, bahkan oleh umumnya daerah dianggap belum prioritas, sehingga seringkali tidak ada alokasi dana yang diperuntukkannya⁵. Evaluasi upaya deteksi dini dan manfaat KMS pun belum pernah dilakukan, padahal berdasarkan laporan Departement Health and Human Services Amerika (2003) membuktikan adanya hubungan turunnya limitasi aktifitas fisik dasar di kalangan lansia yang diakibatkan upaya *medical check-up*, yang digunakan bersama-sama dengan teknologi kesehatan, dan peningkatan gaya hidup sehat⁶.

Rumusan Masalah. Diperkirakan terjadi peningkatan jumlah lansia di Indonesia pada tahun 2020 sebanyak 400% dibanding lansia tahun 1971. Apabila kesehatan dan kondisi lansia sama seperti tahun 2002 ataupun 2004, maka peningkatan lansia akan disertai dengan tingginya prevalensi penyakit kronis, dan limitasi aktifitas fisik dasar (terutama untuk limitasi aktifitas

fisik dasar fungsi tubuh) (SKRT 2004). Jika keadaan seperti tersebut terus berlangsung, maka beban negara akan semakin berat karena jumlah lansia yang tidak berkualitas semakin banyak. Besar beban negara terkait dengan besarnya biaya pemeliharaan kesehatan, tingginya masalah sosial, dan kesejahteraan yang harus ditanggung, serta perlunya penyediaan lingkungan dan dukungan bagi lansia untuk beraktifitas normal. Merujuk pengalaman negara Amerika tersebut perlu diketahui hubungan layanan kesehatan dengan aktifitas fisik dasar lansia, khususnya untuk Indonesia.

Pertanyaan penelitian. Bagaimana perubahan proporsi lansia dengan aktifitas fisik dasar dari tahun 1993 sampai dengan tahun 2000, dan sejauh mana peran utilisasi *medical check-up* mempengaruhi aktifitas fisik dasar pada kelompok lansia selama tahun 1993 sampai tahun 2000

Ruang lingkup penelitian. Penelitian menggunakan data panel survei besar yang dilakukan di 13 provinsi dari tahun 1993 – 2000. Kelebihan analisis data panel ini adalah bahwa studi ini dapat menguji perubahan dari waktu ke waktu⁷. Survei tersebut memiliki tingkat kesinambungan responden pada tahun 1993, 1997 dan 2000 mencapai 92%, yang sangat baik untuk analisis. Pada penelitian ini, data panel digunakan untuk menguji perubahan utilisasi *medical check-up* layanan dan aktifitas fisik dasar lansia atau dinamika aktifitas fisik dasar dari tahun 1993 sampai dengan tahun 2000. Survei IFLS (*Indonesia Family Life Survey*) telah mengumpulkan data rumah tangga, yang juga menyangkut lansia dan limitasi aktifitas fisik dasar sejak tahun 1993. Survei dikerjakan oleh Rand Corporation di Amerika bekerja sama dengan Lembaga Demografi Universitas Indonesia. Teknik analisis studi panel tersebut menggunakan regresi logistik multilevel. Analisis tersebut memungkinkan untuk mengamati perubahan dalam pemeriksaan berulang pada tahun 1993, 1997 dan 2000 (tingkat 1) yang dipengaruhi oleh faktor perorangan (tingkat 2) dan pengaruh kontekstual (tingkat 3 dan 4). Analisis ini dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak komputer seperti modul MLwiN ver 2.0 dan SPSS ver 15.

Keterbatasan penelitian ini adalah program layanan kesehatan yang ada pada data IFLS (*Indonesian Family Life Survey*) bukan program layanan kesehatan yang dikembangkan oleh Depkes tahun 2001, yang meliputi pemanfaatan KMS lansia, posyandu lansia, atau puskesmas santun lansia. Oleh karenanya, penelitian tersebut belum bisa digunakan untuk mengevaluasi program Depkes tersebut.

2. Metode Penelitian

Disain yang digunakan adalah panel data dengan teknik awal pengambilan sampel diawali dengan terpilihnya 13

provinsi dari 27 provinsi di Indonesia. Pemilihan ke 13 provinsi didasarkan pada jumlah penduduk per provinsi yang diurut dari yang terbanyak sampai dengan yang terkecil, dengan menggunakan kumulatif frekuensi diambil sebanyak 85% dari total penduduk Indonesia,

Populasi pada penelitian ini adalah penduduk berusia 55 tahun keatas yang ada di Indonesia pada tahun 1993. Sampel adalah responden yang berusia 55 tahun yang diambil dari populasi diatas pada tahun 1993 dan tetap dapat diwawancarai menjadi responden di tahun 2000. Total responden yang didapat adalah sebanyak 1635 responden yang digunakan untuk penelitian ini, hanya yang mereka aktif. Sehingga didapat 1541 responden yang dapat melakukan aktifitas fisik dasar pada tahun 1993. Perhitungan besar sampel berdasarkan ⁸, untuk kejadian dikotomis multilevel. Besar sampel dihitung 382 lansia. Apabila diperhitungkan dengan mengikut sertakan disain efek sebesar 2, maka besar sampel untuk masing kelompok menjadi 764 responden, sehingga total sampel ideal = 1528 responden. Jumlah sampel terpilih dari IFLS cukup memadai.

Studi mengukur aktifitas fisik dasar sebagai kemampuan seseorang melakukan aktifitas fisik dasar sehari-hari seperti: mandi, berpakaian, berdiri dari duduk di kursi, menyapu lantai kamar. Penilaian tidak didasarkan pada jumlah skore, dikatakan aktif apabila keseluruhan dari fungsi tersebut tidak terganggu, sedangkan terlimitasi apabila salah satu dari aktifitas tidak dilakukan sendiri.

Pengolahan dan analisis data

Tahap pengolahan data yang dilakukan adalah: 1) *editing*; 2) *coding*; 3) *cleaning*; 4) *scoring*; 5) gabung. Data selanjutnya disesuaikan dengan tujuan penelitian dengan cara: 1) mengurutkan data; 2) memberikan koding; 3) mengelompokkan data sesuai dengan tujuan penelitian, atau membuat variabel komponen dengan mencobakan berbagai metode, misalkan dengan membuat perpotongan data yang sesuai, dengan mengikut sertakan sensitifitas dan spesifisitas. Analisis yang digunakan adalah regresi logistik *multi-level*.

3. Hasil dan Pembahasan

Distribusi dan Karakteristik Dasar Lansia

Proporsi lansia laki-laki dan perempuan relatif sebanding, sedangkan distribusi proporsi lansia tersebut bertumpuk hampir 80% nya di pulau jawa dari total lansia di Indonesia, hasil ini sesuai dengan Sensus (2000) yang dilakukan BPS⁹. Perkembangan lansia perkotaan dengan pedesaan berdasarkan Sensus penduduk Indonesia (1990) dan Sensus Penduduk Indonesia (2000), mendapatkan adanya pertumbuhan lansia yang cepat di perkotaan dibanding di pedesaan. Pada tahun 1990 jumlah rasio lansia di perkotaan vs pedesaan adalah 1:3,5, dan di tahun 2000 rasio tersebut

menjadi 1:2. Apabila rasio tersebut dibandingkan dengan rasio lansia perkotaan dengan pedesaan yang ada dalam penelitian ini, maka dapat dikatakan komposisi lansia pada data penelitian ini sesuai dengan gambaran lansia di Indonesia tahun 1993. Kondisi lain yang cukup kuat dapat menggambarkan lansia di tahun 1993, adalah gambaran pendidikan formal yang rendah seperti yang ada pada data BPS (2000). Berdasarkan pada data BPS didalam buku Pedoman Rencana Aksi Nasional (2003) ¹⁰ terlihat bahwa sekitar 90% lansia hanya berpendidikan SD kebawah. Hasil serupa juga didapatkan pada data penelitian ini, yaitu sebanyak 49% lansia tidak bersekolah dan 42,6% lansia berpendidikan SD, selebihnya untuk pendidikan setingkat SMP keatas. Kondisi ini oleh Hugo (2000) ¹¹ dikaitkan pada kondisi sejarah bangsa Indonesia, yang saat itu negara belum dapat menjamin kebutuhan warganya untuk mengecap pendidikan yang sesuai, dikarenakan sedikitnya fasilitas sekolah yang memperbolehkan bangsa pribumi untuk ikut bersekolah. Seperti diketahui lansia saat itu adalah lansia yang lahir dan tumbuh di jaman negara Indonesia baru akan merdeka, dan responden penelitian ini minimal lahir pada tahun 1940. Melihat pada kondisi yang digambarkan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa data penelitian ini merupakan bagian dari populasi lansia tahun 1993.

Aktifitas fisik dasar lansia

Jumlah responden yang mengalami limitasi untuk melakukan aktifitas fisik dasar setiap tahun observasi menunjukkan peningkatan, seperti pada tahun 1993 terdapat 94 (5,8%) responden yang tidak dapat beraktifitas fisik dasar, meningkat menjadi 126 (7,7%) responden di tahun 1997, dan menjadi 171 (10,5%) responden di tahun 2000. Besar rate insidens responden dari tahun 1993 - 2000 adalah 3,2/tahun. Nilai ini dapat diartikan bahwa dari 100 responden lansia 3 - 4 lansia tidak dapat beraktifitas fisik dasar setiap tahunnya.

Hasil dari ketidak mampuan beraktifitas fisik dasar lansia pada tabel 1 (satu) dibandingkan dengan limitasi aktifitas fisik dasar dari SKRT 2001 ¹² dan 2004 ¹³, ditemukan nilai yang sangat berbeda. Seperti contoh: ketidak mampuan beraktifitas fisik dasar lansia pada penelitian ini berkisar 5,7%, 7,7% dan 10,5 % untuk tahun 1993, 1997 dan 2000 dan untuk limitasi aktifitas fisik dasar SKRT 2004 didapatkan sebesar 86%, dan setelah dilakukan pengkajian pengukuran, ternyata terdapat perbedaan metode pengukuran yang digunakan. Perbedaan tersebut disebabkan pengukuran yang dilakukan oleh SKRT 2001 dan 2004 didasarkan menurut klasifikasi ICF atau *International Classification Function* (WHO, 2002) ¹⁴. Limitasi aktifitas fisik dasar SKRT 2001 dan 2004 dikelompokkan berdasarkan fungsi dan struktur tubuh, aktifitas, partisipasi dan faktor kontekstual, sedangkan pengukuran kemampuan beraktifitas fisik dasar lansia yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagian dari pengukuran limitasi

Tabel 1. Gambaran aktifitas fisik dasar lansia dalam waktu pengamatan, Survei IFLS 1993 – 2000

| Variabel | Tahun | | | | | |
|--------------------------------|-------|------|------|------|------|------|
| | 1993 | | 1997 | | 2000 | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Aktif Fisik Dasar | | | | | | |
| Tidak aktif | 94 | 5,8 | 126 | 7,7 | 171 | 10,5 |
| Aktif | 1541 | 94,2 | 1509 | 92,3 | 1464 | 89,5 |
| Dinamika Aktifitas Fisik Dasar | | | | | | |
| Aktif | 1541 | 94,2 | 1437 | 87,9 | 1381 | 84,5 |
| Tidak Aktif - Aktif | 0 | 0,00 | 72 | 4,4 | 83 | 5,1 |
| Aktif - Tidak Aktif | | 0,00 | 104 | 6,4 | 128 | 7,8 |
| Tidak Aktif | 94 | 5,8 | 22 | 1,3 | 43 | 2,6 |

aktifitas fisik dasar SKRT, yaitu pengukuran perawatan diri dalam SKRT 2001.

Ketidakmampuan beraktifitas fisik dasar pada lansia kadang tidak bersifat permanen, hal ini seperti yang terlihat pada Tabel 1 (satu). Tabel 1 (satu) memperlihatkan beberapa lansia kembali mampu melakukan aktifitas fisik dasar. Perubahan kemampuan aktifitas fisik dasar pada lansia disebut sebagai dinamika aktifitas fisik dasar. Sebanyak 72 lansia dari 94 lansia yang pada tahun 1993 dan sebanyak 83 lansia dari 126 lansia pada tahun 1997 yang tadinya tidak dapat beraktifitas fisik dasar, kini mampu beraktifitas fisik dasar, dengan rasio perubahan sebesar 77% pada tahun 1997 dan 66% pada tahun 2000. Secara sekilas perubahan tersebut cenderung mengecil, sehingga mendorong untuk mengetahui lebih dalam tentang variabel yang mempengaruhinya.

Medical check-up

Hasil penelitian ini mendapatkan hanya 9,1% lansia yang melakukan *medical check-up* pada tahun 1993, 9,5% di tahun 1997 dan 10% tahun 2000. *Medical check-up* adalah salah satu bentuk layanan kesehatan yang bersifat *preventif*, dan dapat pula digunakan sebagai langkah skrining¹⁵. Jika ditinjau dari sudut lansia yang melakukan *Medical check-up*, maka dapat diartikan sebagai kesadaran untuk menjaga kesehatan. Mengacu pada target skrining dari indikator keberhasilan layanan kesehatan 2010 sebanyak 30% lansia melakukan skrining, 100% lansia di Panti Wredha melakukan skrining dan 30% puskesmas melaksanakan konseling lansia⁵. Berdasarkan pada hasil penelitian dan target yang diharapkan, maka target masih sangat jauh sekali untuk tercapai.

Peran *medical check-up* untuk menjaga agar lansia tetap aktif terbukti dalam penelitian ini. Hasil tersebut dapat dilihat pada tabel 2 yang menunjukkan bahwa *medical check-up* (OR= 1,85, 95% CI= 1,64 – 2,13) terbukti

berhubungan dengan aktifitas fisik dasar lansia. Selanjutnya setelah dilakukan control terhadap variabel perancu, maka didapatkan hasil adanya beberapa variabel perancu yang terbukti mempengaruhi hubungan *medical check-up* dengan aktifitas fisik dasar pada lansia. Faktor perancu tersebut adalah rawat inap dalam satu tahun terakhir (OR= 0,55, 95% CI= 0,37 – 0,73), memiliki riwayat pendidikan formal SD (OR= 1,52, 95% CI= 1,17 – 1,87) dan pendidikan formal diatas SD (OR=2,53, 95% CI=2,37 – 2,7), tidak memiliki penyakit kronis (OR= 2,22, 95% CI= 1,98 – 2,46), tidak depresi (OR= 2,16, 95% CI= 1,90 – 2,42) dan tidak pernah merokok (OR= 1,49, 95% CI= 1,14 – 2,17).

Peran utilisasi layanan kesehatan untuk meningkatkan keadaan bebas limitasi aktifitas fisik dasar sudah diterapkan oleh Amerika. Pengalaman tersebut didapat didalam laporan US departement of Health and Human Services (2003)⁶ yang hasil menunjukkan bahwa Amerika dapat menurunkan keadaan limitasi aktifitas fisik dasar di kelompok lansia, dengan peningkatan persen lansia bebas limitasi aktifitas fisik dasar kelompok usia 65 tahun keatas dari 71% ditahun 1984 menjadi 74,7% ditahun 1999, 82% ditahun 2002, sedangkan untuk persen keadaan limitasi aktifitas fisik dasar kronis turun dari 22,1% ditahun 1984 menjadi 19,7% di tahun 1999. dan saat ini menjadi 16%.

Turunnya limitasi aktifitas fisik dasar di Amerika terjadi karena adanya peningkatan gaya hidup sehat dan peningkatan utilisasi layanan kesehatan (*medical check-up*) yang disertakan dengan perkembangan perawatan, teknologi dan pengobatan. Teknik *medical check-up* yang cukup berperan dalam menjaga aktifitas fisik dasar lansia adalah papsmear, mammography, dan teknik diagnosa dini lainnya, disamping adanya perkembangan perawatan seperti bedah tempurung kaki, tulang punggung dan bedah jantung dengan teknologi tinggi.

Hal yang sama ditemukan oleh Goldman (2004)¹⁶ dalam *Health status and Medical Treatment of the Future Elderly*, yang mendapatkan bahwa tindakan layanan kesehatan seperti *medical check-up* memberi dampak pada penurunan kejadian limitasi aktifitas fisik dasar, dan limitasi fungsi tubuh, serta meningkatkan status kesehatan lansia. Masih dalam tulisannya, Goldman menyinggung sudah banyak tindakan dan terapi yang dapat mendiagnosa dini suatu penyakit, mengkoreksi penyakit dan mengurangi akibat dari penyakit kronis, yang member dampak positif terhadap penurunan limitasi aktifitas fisik dasar, khusus untuk diagnosa dini suatu penyakit, saat ini layanan pentapisan cukup sensitif dan spesifik untuk melihat gejala awal dari suatu penyakit, serta tindakan pencegahan lainnya.

Ebrahim (1998)¹⁷ juga berpendapat bahwa layanan *medical check-up* merupakan salah satu dari layanan

Tabel 2. Model Akhir efek Medical Chek Up dengan Keaktifitasan Fisik Dasar Pada Lansia Survei IFLS 1993 – 2000

| Variabel | B | OR | CI 95% OR |
|---------------------------------|---------------|---------|-------------|
| Konstanta | - | 4,443 | |
| Layanan Kesehatan | | | |
| <i>Medical check-up</i> | 0,617 | 1,85 | 1,64 - 2,13 |
| Rawat Inap satu tahun terakhir | -0,60 | 0,55 | 0,37 - 0,73 |
| Pendidikan | | | |
| Berpendidikan SD | 0,42 | 1,52 | 1,17 - 1,87 |
| Berpendidikan diatas SD | 0,93 | 2,53 | 2,37 - 2,70 |
| Tidak mempunyai penyakit kronis | 0,80 | 2,22 | 1,98 - 2,46 |
| Faktor Risiko | | | |
| Tidak Merokok | 0,50 | 1,65 | 1,35 - 1,95 |
| Merokok | -0,41 | 0,67 | 0,46 - 0,88 |
| Tidak Depresi | 0,77 | 2,16 | 1,90 - 2,42 |
| Lingkungan Sosial Level 4 | | | |
| Perkotaan vs Pedesaan | 0,258 | (0,082) | |
| MOR | 1,62 | | |
| 95% CrI | (1,32 - 1,93) | | |

kesehatan yang penting untuk lansia, karena selain untuk meningkatkan hidup sehat, juga bebas dari limitasi aktifitas fisik dasar. Hal senada diungkapkan oleh Kawaguchi sebagai direktur WHO Kobe (2002)¹⁸ bahwa untuk mengurangi limitasi aktifitas fisik dasar, diperlukan layanan kesehatan, dan perkembangan ilmu pengetahuan serta teknologi yang dapat membantu kearah tersebut. WHO (2002) melaporkan bahwa utilisasi Layanan kesehatan dapat dijadikan kunci penurunan limitasi aktifitas fisik dasar¹⁹.

Pembahasan dari berbagai pendapat semakin memperjelas peran *medical check-up* untuk dalam mendeteksi awal kelainan/penyakit sehingga dapat mencegah penyakit atau kelainan yang mungkin timbul secara dini. Studi juga sejalan dengan bahasan tersebut dengan menemukan peran *medical check-up* pada lansia yang rutin melakukannya, maka kesehatannya terjaga sehingga menjadi tetap aktif. Namun demikian adakalanya *medical check-up* tidak dapat membuat lansia menjadi aktif kembali pada lansia yang telah terlimitasi aktifitas fisik dasar hariannya, hal tersebut disebabkan peran *medical check-up* yang harusnya diambil alih oleh peran layanan kesehatan rehabilitasi atau geriatric rehabilitasi²⁰.

Permasalahan dalam utilisasi *medical check-up*

Masalah kesehatan lansia seringkali tidak khas dan banyak yang menyangkut dengan masalah bio-psiko-sosial (Darmojo, 2006)²¹, oleh karena itu perlu dilakukan tindakan skrining yang tepat dan terpadu dalam upaya penanganannya maupun pencegahan agar masalah kesehatan yang ada tersebut tidak berkembang,

atau tidak semakin berat sehingga lansia hidup berkualitas. Masalah klasik yang sering ditemui adalah ketidaktahuan lansia dan tidak adanya dana untuk membiayai lansia tersebut. Sulastomo (2005) mengatakan bahwa biaya pemeliharaan kesehatan bagi lansia merupakan masalah baru. Oleh karena itu ada kecenderungan jaminan kesehatan diserahkan pada tanggung jawab perorangan²².

Permasalahan dalam meningkatkan utilisasi *Medical check-up* adalah layanan kesehatan tersebut tidak murah, sehingga lansia memerlukan penjamin pembiayaan kesehatan. Namun pada kenyataannya *medical check-up* seringkali tidak termasuk dalam layanan yang dijamin dalam asuransi. Hal ini didukung oleh penelitian Klein, D (2004) yang mendapatkan bahwa lansia yang rentan dan sering tertunda/terlambat mendapatkan layanan kesehatan, dikarenakan kurang terjamin kesehatannya²³ atau mereka tidak memiliki penjamin. Chaix (2005), mendapatkan bahwa rendahnya proporsi utilisasi lansia ke fasilitas kesehatan disebabkan lansia tinggal di daerah yang terpencil²⁴. Untuk tempat *medical check-up* sebagian besar lansia melakukannya di rumah sakit atau puskesmas, karena kedua fasilitas tersebut memiliki fasilitas yang cukup lengkap dibanding dengan fasilitas lainnya. Berdasarkan hal tersebut Depkes (2005) telah membuat program layanan kesehatan lansia dengan penekanan pada beberapa upaya, yang salah satunya adalah upaya pembinaan dan layanan kesehatan. Upaya pembinaan dan layanan kesehatan tersebut meliputi upaya promotif, preventif dan diagnosa dini dan pencegahan kecacatan dan rehabilitatif²⁵. Namun demikian sampai saat ini layanan kesehatan tersebut belum berjalan dengan baik. Hal ini terbukti dengan belum banyaknya rumah sakit dan puskesmas yang menyediakan fasilitas dan pelayanan khusus lansia (Badan Penelitian dan Pengembangan Hak asasi Manusia, 2005)²⁶.

Untuk mempercepat layanan kesehatan, Depsos dalam Rencana Aksi Sosial untuk kesejahteraan Lansia (2003) telah membuat beberapa strategi, yang pada strategi 3 dan 5 bertujuan untuk memperkuat upaya pelayanan kesehatan lansia. Strategi tersebut dilakukan dengan publikasi atau kampanye bentuk layanan kesehatan lanjut usia, optimalisasi peran institusi (puskesmas), meningkatkan profesionalisme SDM untuk memberikan layanan berkualitas bagi lansia, menyediakan sarana obat-obatan dan mengoptimalisasi peran serta masyarakat dan pemberdayaan kelompok masyarakat. Pada strategi tersebut dijabarkan kedalam beberapa kegiatan, namun baik strategi ataupun kegiatan tersebut tidak ada satupun yang masuk dalam penguatan skrining di masyarakat, maupun institusi kesehatan. Demikian pula halnya dengan upaya untuk menggali potensi berupa penghimpunan dana, kerjasama dengan masyarakat umum, institusi lain dalam meningkatkan peran skrining pada lansia²⁷.

Setiati dan Rahardjo (2001) menawarkan konsep pelayanan geriatrik terpadu yang melakukan pengkajian secara komprehensif di Indonesia. Pelayanan tersebut melibatkan berbagai tingkat institusi pelayanan dan rumah tinggal lansia. Koordinasi yang kuat sangat diperlukan untuk dapat menjalin pelayanan yang terpadu dan holistik tersebut²⁸. Sampai saat ini kerjasama belum berjalan dan memang perlu dikaji kemungkinannya. Saat ini di Indonesia beberapa kerjasama antar institusi telah ada tapi belum banyak dan tidak terpadu (Thabrany, dan Trihandini, 2006)²⁹ seperti yang diusulkan oleh Setiati dan Rahardjo. Bentuk kerjasama tersebut bersifat hanya pada penanganan kasus, tidak pada program berkala.

4. Kesimpulan

Jumlah responden yang mengalami limitasi untuk melakukan aktifitas fisik dasar pada setiap tahun observasi selalu meningkat, seperti di tahun 1993 terdapat 94 responden (5,75%) tidak dapat beraktifitas fisik dasar, meningkat menjadi 126 responden (7,71%) pada tahun 1997 kemudian menjadi 171 responden (10,46%) pada tahun 2000.

Besar *rate insidens* limitasi aktifitas fisik dasar dari tahun 1993 - 2000 adalah 3,2/tahun, yang berarti dari 100 lansia 3 - 4 lansia tidak dapat beraktifitas fisik dasar setiap tahunnya. Bila diasumsikan kondisi lansia tetap, maka jika jumlah lansia mencapai 18 juta akan terdapat 720.000 lansia setiap tahunnya terlimitasi untuk beraktifitas fisik dasar.

Medical check-up yang teratur dapat mempertahankan lansia untuk dapat aktif berdasarkan pengukuran aktifitas fisik dasar sebesar 1,85 kali dibandingkan lansia tersebut tidak melakukan *medical check-up* (OR = 1,85, CI 95%: 1,64 - 2,13), setelah dikontrol dengan tingkat pendidikan formal, menderita penyakit kronis, merokok, dan depresi.

Pada perhitungan yang menggunakan teknik multilevel perlu kiranya rincian variabel yang mempengaruhi variasi didalam provinsi atau yang lainnya. Sebagai contoh penelitian ini mendapatkan peran kontekstual dari perkotaan yang ditampilkan dengan ukuran MOR (Median Odds Rasio) sebesar 1,62, artinya apabila seseorang lansia pindah dari kota yang memiliki proporsi lansia dengan keaktifitasan fisik dasar yang rendah ke kota lain yang memiliki proporsi lansia dengan keaktifitasan fisik dasar yang tinggi, maka risiko lansia untuk mendapatkan aktifitas fisik dasar menjadi 1,62 kali, setelah di kontrol dengan medical check-up, rawat inap, tingkat pendidikan formal, menderita penyakit kronis, merokok, dan depresi. Hal tersebut diduga karena adanya perbedaan kota dan pedesaan pada rasio keberadaan fasilitas kesehatan dan keragaman layanan kesehatannya, berikut ketersediaan

akses. Pada studi ini variabel tersebut tidak ada, sehingga hasil kontekstual yang terbukti bermakna kurang berbunyi.

Daftar Acuan

1. WHO. The World Health Report 1997. Conquering Suffering, Enriching Humanity. World Health Organization, Geneva, 1998.
2. Kalache, A & Barreto, S.A & Keller, I. *Global Ageing: The Demographic Revolution in All Cultures and Societies*. Age and Ageing. Cambridge, University Press, 2005.
3. Lynch, SM; Brown, JS; Harmsen, KG. The Effect of Altering ADL Thresholds on Active Life Expectancy Estimates for Older Persons. The Journals of Gerontology, Vol 58B, No 3, May 2003.
4. Mor, V; Perls, TT. Measuring Functional Decline in population aging in a Changing World and an Evolving biology. The Journals of Gerontology, Vol 59A, No 6, Jun 2004.
5. Depkes RI. Modul I Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan. Jakarta. 2001.
6. Manton, K.G. *Epidemiological, Demographic, and Social Correlates of Disability among the Elderly*. Departement of Health and Human Services, Assisstant Secretary for Planning and Evaluation office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy. September 2003.
7. Valerie, D.L. *Leveraging Longitudinal Data in Developing Countries: Report of a Workshop*. Washington, DC, USA. National Academies Press, 2002.
8. Twisk, J.W.R. *Applied Multilevel Analysis. A practical Guide*. Cambridge Univeristy Press. 2006.
9. Badan Pusat Statistik dan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial. *Analisa Data Makro Penyanggah Masalah Kesejahteraan Sosial Hasil Susenas 2000*. 2000.
10. Departemen Sosial Republik Indonesia. *Pedoman Rencana Aksi Nasional Untuk Kesejahteraan Lanjut Usia 2003*.
11. Hugo, Graeme. *Lansia-elderly people in Indonesia at the turn of the century*, dalam Ageing in the Asia-Pasific Region: Issues, policies and future trends. Editor: David R. Phillips, 2000.
12. DepKes RI. *Laporan Studi Morbiditas 2001: Pola Penyakit di Indonesia (Survei Kesehatan Nasional 2001)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan – DepKes RI, 2002.
13. DepKes RI. *Laporan Studi Mortalitas 2004: Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas (Survei Kesehatan Nasional 2004)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan – DepKes RI, 2005.
14. WHO. *International Classification for Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization, 2001.

15. Ghufron, A. *Medical check-up*, Akan mendidik lebih Optimal. <http://www.ugm.ac.id>, 09 November 2006. Di akses 20 Juli 2007.
16. Goldman.D.P et al. Health Trends and Medical Innovation for the Future Elderly. Health Affairs. 26 September 2005.
17. Ebrahim,S. *Changing Pattern of Disease and Dissability*. Ageing and Health. A Global Challenge for the 21st century, Proceeding of a WHO Symposium Kobe, WHO Kobe Center. 10 – 13 November 1998.
18. Kawaguchi, Y. WHO Kobe Centre Thematic Activities at the Valencia Forum: *Development of Health and Welfare Systems-adjusting to ageing*. World Health Organization, 2002.
19. WHO. *Health and Ageing, A discussion paper*. Department of Health Promotion, Non Communicable Disease Prevention and Surveillance. World Health Organization, 2002.
20. Aberg, A.C. General Motor Function Assesment and Perceptions of Life Satisfaction during and after Geriatric Rehabilitation. ACTA Univeristatis Upsaliensis, Uppsala 2003.
21. Darmojo, R.B. Teori Proses Menua dalam Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Editor: Darmojo, R.B dan Martono, H.H. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Univeristas Indonesia. 2006.
22. Sulastomo. *Membiyai pemeliharaan Kesehatan Lansia dalam jaminan kesehatan: pokok-pokok pikiran*. Makalah dalam “ Fasilitasi pengembangan perlindungan Pemeliharaan Kesehatan lanjut Usia di Cisarua, Jawa Barat, tanggal 19 – 21 Desember 2005.
23. Klein, D; Turvey, C; Wallace, R. Elders who delay medication because of cost: Health Insurance, Demographic, Health and Financial Correlates. The Gerontologist, vol 44, no 6, Dec 2004.
24. Chaix, B; Veugelers, PJ; Boelle, PY, Chauvin P. Access to general practitioner services: the disabled elderly lag behind in underserved areas. European Journal of Public Health, Vol 15, no 3, Hal 282-287, 7 june 2005
25. Depkes R.I. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Direktorat Kesehatan Keluarga. Pedoman Pelatihan Kader Kelompok Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan.. Bandung. 2006
26. Badan Penelitian dan Pengembangan Hak asasi Manusia, Departemen Kehakiman dan Hak Asasi Manusia R.I. Kajian Pemenuhan Hak-Hak Manula. Jakarta, 2005
27. Departemen Sosial Republik Indonesia. *Pedoman Rencana Aksi Nasional Untuk Kesejahteraan Lanjut Usia 2003*.
28. Setiati, S dan Rahardjo, T.B. Konsep Pelayanan Geriatri Terpadu. Warta Demografi, th 31 no 1, 2001.
29. Thabrany, H. dan Trihandini, I. Penyusunan Master Plan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Terpadu di Panti Werdha DKI. 2007.