

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT KELOMPOK PKH DENGAN PENDEKATAN KELUARGA MENUJU INDONESIA SEHAT

Noveri Aisyaroh, Friska Realita

Universitas Islam Sultan Agung Semarang
noveri@unissula.ac.id, friskarealita@unissula.ac.id

ABSTRAK

Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia salah satunya dilakukan dengan program Indonesia sehat yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan dimana Program Indonesia Sehat terdiri dari 3 pilar utama. Upaya pencapaian dilaksanakan dengan mendayagunakan segenap potensi yang ada, yang dimulai dari unit terkecil dari masyarakat, yaitu keluarga. Keluarga sebagai fokus dalam pendekatan pelaksanaan Program Indonesia Sehat karena terdapat 5 fungsi keluarga, melalui pendekatan keluarga masalah-masalah kesehatan dengan pendekatan siklus hidup (*life cycle*) dapat tertangani sebagai titik awal terwujudnya masyarakat sehat. Untuk menyatakan status kesehatan keluarga dengan menggunakan 12 indikator utama, masing-masing indikator mencerminkan kondisi PHBS dari keluarga yang bersangkutan. Berdasarkan indikator tersebut akan diketahui Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga. Desain kegiatan melalui Program Keluarga Harapan (PKH) yang ada di Desa Gaji dengan 2 kegiatan utama, yaitu pendidikan kesehatan keluarga harapan dan bantuan pembuatan jamban bagi keluarga yang belum mempunyai jamban sendiri. Kegiatan pendidikan kesehatan dalam bentuk penyuluhan dilaksanakan 2 hari dengan total 68 peserta. Karakteristik peserta 69,1% berusia > 35 tahun, sebagian besar 41,2% pendidikan terakhir SD dan 55,9% tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga. Berdasarkan 12 indikator keluarga sehat kelompok PKH 89,71% kategori keluarga sehat, tetapi terdapat 1 keluarga yang belum mempunyai jamban dan sebagian besar 82,4% terdapat anggota keluarga yang merokok. Kelanjutan dari kegiatan ini perlu adanya pendidikan kesehatan tentang merokok bagi anggota keluarga yang merokok dan remaja untuk menumbuhkan kesadaran akan bahaya merokok baik bagi diri sendiri maupun orang lain atau anggota keluarganya dan pemasangan poster/pembagian leaflet bahaya merokok di Desa Gaji.

Kata Kunci : *pemberdayaan masyarakat, pendekatan keluarga, PKH*

PENDAHULUAN

Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992, kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Sedangkan menurut WHO, batasan kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik, mental maupun sosial, dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat. Masalah kesehatan merupakan hal yang perlu mendapat perhatian karena kesehatan merupakan investasi dalam mendukung pembangunan ekonomi serta berperan penting dalam upaya menanggulangi kemiskinan. Upaya menjaga status kesehatan, setiap individu harus meningkatkan

dan memelihara kesehatan melalui 4 aspek, yakni promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Pemerintah menjalankan Program Indonesia Sehat dalam rangka meningkatkan kualitas hidup manusia dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Upaya tersebut dengan didukung perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Berbagai permasalahan kesehatan harus ditangani untuk mencapai Indonesia Sehat 2015 – 2019 dengan fokus upaya pada : 1) menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi, 2) menurunkan prevalensi balita pendek

(*stunting*), 3) menanggulangi penyakit menular HIV-AIDS, tuberculosi dan malaria, 4) menanggulangi penyakit tidak menular, hipertensi, diabetes, obesitas, kanker dan gangguan jiwa.

Dalam mencapai prioritas pembangunan kesehatan, dilaksanakan dengan mendayagunakan semua potensi yang diselenggarakan secara terintegrasi. Sasaran dimulai dari unit terkecil dari masyarakat, yaitu keluarga dengan dihidupkannya “pendekatan keluarga”. Pendekatan keluarga sebagai fokus pelaksanaan program Indonesia Sehat karena keluarga mempunyai 5 fungsi, yaitu fungsi afektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi, dan perawatan atau pemeliharaan kesehatan.

Melalui pemberdayaan keluarga di bidang kesehatan, keluarga-keluarga mampu mempraktikkan PHBS dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat sesuai dengan 12 indikator keluarga sehat. Dengan demikian, seseorang, keluarga, kelompok atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri secara mandiri.

BAHAN DAN METODE

Kegiatan pengabdian masyarakat ini bertujuan untuk memberdayakan masyarakat supaya PHBS diterapkan dalam kehidupan sehari-hari dalam lingkup keluarga. Sasaran langsung dalam kegiatan ini adalah keluarga PKH (Program Keluarga Harapan) yaitu keluarga miskin yang mendapatkan bantuan uang tunai sesuai dengan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan sebagai upaya percepatan penanggulangan kemiskinan yang telah ada sejak tahun 2007.

Metode yang digunakan selama kegiatan berupa penyuluhan tentang indikator keluarga sehat pada keluarga PKH Desa Gaji, Guntur, Demak sejumlah 68 orang dengan 2 kader. Koordinasi pelaksanaan melalui pendamping PKH dan kader. Pendamping PKH dan kader berpartisipasi dalam mengundang keluarga PKH serta menyediakan fasilitas tempat.

Penyuluhan dilaksanakan dalam 2 hari dengan RW yang berbeda. Diakhir penyuluhan, peserta mengisi 12 indikator keluarga sehat yang telah disediakan

dalam bentuk kuesioner. Peserta mengisi sesuai dengan kondisi keluarganya.

HASIL DAN DISKUSI

Penyuluhan dilaksanakan di Desa Gaji, Guntur Demak dengan sasaran keluarga PKH sejumlah 68 orang. Dengan pemberian penyuluhan tentang indikator keluarga sehat, diharapkan mampu melakukan PHBS di tingkat keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat.



Gambar 1. Suasana penyuluhan di rumah Kader

Berikut hasil pengisian kuesioner keluarga PKH :

1. Usia

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	20 - 35 tahun	21	30.9	30.9
	> 35 tahun	47	69.1	100.0
	Total	68	100.0	

Sebagian besar peserta dari keluarga PKH berusia > 35 tahun (69,1%), dimana pada usia tersebut seorang perempuan sudah berada pada masa reproduksi yang kurang sehat. Pada usia > 35 tahun diharapkan seorang perempuan sudah tidak hamil lagi karena akan berisiko terhadap ibu dan bayinya serta menggunakan alat kontrasepsi yang tepat.

2. Tingkat pendidikan

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak tamat SD	10	14.7	14.7
	tamat SD	28	41.2	55.9
	tamat SMP	21	30.9	86.8
	tamat SMU	8	11.8	98.5
	PT	1	1.5	100.0
	Total	68	100.0	

Berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar dengan pendidikan tamat SD (41,2%). Dengan latar pendidikan yang sebagian besar tamat SD maka perlu adanya sosialisasi secara intens terhadap keluarga dengan berbagai cara dan mudah dipahami.

3. Pekerjaan

Valid		Frequency	Percent	Cumulative
				Percent
	Tidak bekerja	38	55.9	55.9
	karyawan swasta	13	19.1	75.0
	wiraswasta	11	16.2	91.2
	petani	6	8.8	100.0
	Total	68	100.0	

Peserta yang mengikuti kegiatan, sebagian besar 55,9% tidak bekerja atau sebagai IRT (Ibu Rumah Tangga). Seorang ibu sangat berperan dalam mendidik anak dan mengatur rumah tangga, sehingga penting sekali membekali berbagai pengetahuan terutama masalah kesehatan supaya keluarga terjaga dari permasalahan kesehatan dan bisa melakukan deteksi dini atau upaya pencegahan.

4. Keluarga Sehat

Valid		Frequency	Percent	Cumulative
				Percent
	sehat	61	89.7	89.7
	pra sehat	7	10.3	100.0
	Total	68	100.0	

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Melalui pendekatan keluarga, upaya promotif dan preventif akan lebih mudah diterapkan. Berdasarkan 12 indikator keluarga sehat, sebagian besar keluarga PKH 89,7% kategori keluarga sehat. Namun demikian, masih terdapat 1 keluarga yang belum mempunyai jamban dan sebagian besar 82,4% terdapat anggota keluarga yang merokok.

Dari hasil temuan adanya anggota keluarga yang mempunyai kebiasaan merokok akan dapat mengganggu masalah kesehatan terutama gangguan saluran pernafasan baik perokok maupun anggota keluarganya. Sehingga perlu adanya penyuluhan tentang

merokok pada sasaran langsung maupun tidak langsung yang bertujuan untuk merubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat.

KESIMPULAN

Mengoptimalkan pemberdayaan masyarakat dengan metode pendekatan keluarga merupakan cara yang efektif untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat dimana jika terdapat keluarga keluarga yang sehat akan tercipta masyarakat yang sehat sehingga target pemerintah 2015-2019 Indonesia Sehat akan tercapai.

UCAPAN TERIMA KASIH

1. Atas terlaksananya kegiatan pengabdian masyarakat ini, kami mengucapkan terima kasih kepada :
2. Dwi Ari Bowo selaku Kepala Desa Gaji, Guntur Demak.
3. Ir. H. Prabowo Setiyawan, M.T., Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, SH., Sp.KF selaku Dekan Fakultas Kedokteran.
5. Machfudloh, S.SiT., MH.Kes selaku Ketua Program Studi D3 Kebidanan.
6. Dr. Heru Sulisty, SE., M.Si selaku Ketua LPPM beserta penanggung jawab pengabdian masyarakat di LPPM.
7. Pendamping PKH beserta kader Desa Gaji, Guntur Demak.
8. Rekan-rekan semua yang telah membantu kegiatan pengabdian masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA/RUJUKAN

- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK DAN MASALAH DISFUNGSI KELUARGA PADA KELOMPOK LANSIA DI PANTI YAYASAN PENYANTUNAN MENTAL PSIKIATRI (BINA KASIH)

^{*1}Desi, ²Sionika Putri, ²Wise Awalita Kurnia Putri Setjo, ²Netty Delina Surlia, ²Sarli Selfia Gobuino, ²Mila Weya, ²Adelce Ferly Behuku, ²Sesilya Kristina Saibele, ²Midy Riana, ²Tomi Kristanto, ²Ferdy Samuel Sapulette, ²Gresyela Claudia Kakay, ²Jufriana Yuwono Vera Adi, ²Suty Anggreis Buladja, ²Sepriyadi A D, ²Enjelina Rosa Pebrianti Yoku, ²Shendy Lusynthia Marwa, ²Christy Julyanti Jacobs, ²Ricky

1. Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Kristen Satya Wacana, Salatiga
2. Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Kristen Satya Wacana, Salatiga

*e-mail korespondensi: desi@staff.uksw.edu

ABSTRAK

Latar belakang dan Tujuan: Permasalahan lansia yang meliputi penurunan fungsi tubuh akibat proses penuaan (degenerasi sel-sel tubuh) menjadi semakin kompleks ketika ia pun terdiagnosa mengalami gangguan kesehatan mental, ditempatkan di sebuah panti dan jarang menerima perhatian langsung dari keluarga. Kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) bertujuan untuk meningkatkan interaksi sosial lansia akibat sakit mental yang kemusian didukung dengan masalah disfungsi keluarga. **Metode:** Masalah disfungsi keluarga pada 35 lansia yang tinggal di Panti Bina Kasih-Salatiga, Jawa Tengah ditemukan melalui proses pengkajian keperawatan geriatri, uji keabsahan data bersama pengurus panti dan analisa data terhadap masalah-masalah yang ditemukan. Responden yang terlibat merupakan kelompok lansia dengan masalah gangguan mental. **Hasil:** Berdasarkan data pengkajian, didapatkan 66,6% lansia mengalami disfungsi keluarga yang selanjutnya berpengaruh pada interaksi sosial antar responden yang semakin menurun. Sehingga TAK, yang merupakan kegiatan dengan nilai-nilai sosial tinggi, menjadi program yang diterapkan pada kelompok lansia untuk meningkatkan interaksi sosial.

Kata Kunci: *Disfungsi Keluarga, Lansia, TAK*

PENDAHULUAN

Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia pada tahun 2017 memaparkan data bahwa pada tahun 2021, akan terjadi lonjakan angka lansia di Indonesia sebanyak 10 % dari total lansia saat ini yaitu kurang lebih 23.4 juta atau setara dengan 8.97 % dari total penduduk Indonesia. Hal ini tentunya menjadi sebuah tantangan bagi bangsa Indonesia di berbagai aspek kehidupan, baik kesehatan, sosial, ekonomi, maupun lingkungan. Terkait dengan hal tersebut sebelumnya, tidak bisa dipungkiri bahwa kondisi kesehatan yang menurun karena faktor usia dapat berimplikasi pada peningkatan beban bagi

keluarga/kerabat/dan sahabat dalam menanggung kebutuhan hidup mereka.

Kondisi fisik lansia yang pada umumnya mengalami gangguan kesehatan serta kebutuhan pemenuhan kualitas hidup lansia oleh anggota keluarganya merupakan 2 hal yang pada saat-saat ini memunculkan “kebimbangan” bagi keluarga. Berdasar hal tak jarang fungsi keluarga mengalami pergeseran sistem dukungan dan bahkan ketidaktesediaannya bagi lansia. Situasi ini banyak dialami oleh lansia lebih-lebih pada mereka yang tinggal dan menghabiskan masa tuanya di Panti Jompo (Setyoadi, 2010).

Realitanya, saat ini, panti jompo merupakan alternatif terdekat bagi suatu keluarga atau bahkan seseorang untuk memutuskan anggota keluarganya atau lansia itu sendiri, untuk tinggal di situ. Terlepas dari apakah keputusan tersebut merupakan sebuah keterpaksaan atau tidak, namun pada umumnya dilatarbelakangi dengan pernyataan “tidak ingin merepotkan anggota keluarga” atau “tidak ada waktu/repot jika harus ditambah mengurus lansia”. Padahal menurut World Health Organization (WHO), bahwa lansia harus dijamin kualitas hidupnya yang meliputi aspek fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Keempat domain ini tidak akan terpenuhi jika sumber dukungan lansia yaitu keluarga kurang atau bahkan tidak lagi terlibat dalam melaksanakan fungsinya terhadap. Apalagi jika lansia memiliki masalah kesehatan penyerta lainnya seperti gangguan mental. Tentunya, sistem dukungan dari keluarga merupakan hal penting yang harusnya dijalankan

Gangguan mental pada lansia yang dimaksud meliputi gangguan yang terjadi akibat pengalaman traumatis hidup yang membuat lansia terkena penyakit mental Zkisofrenia, maupun akibat penurunan fungsi saraf seperti dimensia (Nugroho, 2008).

Keadaan di atas memiliki dampak besar bagi permasalahan kualitas hidup lansia. Apalagi jika ditambah dengan terganggunya dukungan dan fungsi keluarga yang seharusnya memberikan pendampingan bagi lansia untuk melalui proses penuaan.

BAHAN DAN METODE

Perancangan Pengabdian masyarakat ini berawal dari pengkajian kepada kelompok Lansia di Panti Yayasan penyantunan Mental Psikiatri (Bina Kasih) Salatiga dengan menggunakan Apgar Keluarga, *Geriatric Depression Scale*. Oleh karena kelompok lansia yang menjadi responden memiliki riwayat penyakit gangguan mental, data yang diperoleh kemudian diuji keabsahannya dengan melakukan triangulasi data pada pengurus panti. Saat semua data terkumpul berdasar data subjektif, objektif serta data pendukung lainnya, maka dilakukan analisa data dan musyawarah dengan

pihak panti untuk menentukan kegiatan/program yang tepat untuk menangani masalah responden.

Responden merupakan Lansia (unur 50 tahun ke atas) dengan riwayat penyakit gangguan mental. Total anggota kelompok lansia yang terlibat sebanyak 35 orang.

HASIL DAN DISKUSI

Hasil dari pengkajian ditemukan masalah disfungsi keluarga dan gangguan interaksi sosial. Sementara hasil musyawarah terhadap masalah yang ditemui memutuskan untuk memberikan program Terapi Aktivitas Kelompok

a. Disfungsi Keluarga

Berdasarkan data pengkajian APGAR Keluarga, didapatkan 66,6% lansia mengalami disfungsi keluarga. Dengan rata-rata masalah yang disampaikan meliputi:

1. Hampir tidak pernah lagi dikunjungi keluarga
2. Merasa ditinggalkan oleh keluarga

Data subjektif dari permasalahan ini telah divalidasi kepada pengurus panti dan darinya, ditemukan bahwa benar, bahkan hampir 80 % penghuni panti sudah sangat jarang dikunjungi keluarganya, beberapa diantaranya bahkan tidak pernah lagi dijenguk oleh keluarga. Selain karena banyak anggota keluarga lansia yang tinggal di luar kota Salatiga, ada pula yang memang tidak dapat lagi dihubungi. Kondisi ini tentu membuat fungsi keluarga sebagai sistem support menjadi terganggu. Ditinggalkan oleh orang-orang yang dikasihi tentunya dapat memicu hadirnya perasaan kesepian pada lansia, dan tak jarang, perasaan ini akan mengarahkan lansia pada perilaku-perilaku menarik diri dari lingkungan sosial dan mengarah pada depresi (Gunarsa, 2004)

b. Gangguan Interaksi Sosial

Gangguan interaksi sosial dipicu oleh Gangguan Mental yang dimiliki Lansia dan didukung dengan Disfungsi Keluarga yang dialami. Masalah tersebut meliputi:

1. Lansia lebih sering menyendiri dan punya resiko mengalami depresi menurut hasil dari pengkajian depresi.
2. Jarang dikunjungi keluarga pun membuat emosi beberapa lansia menjadi labil (marah-marah yang selanjutnya diluapkan saat berinteraksi dengan teman-temannya

Hasil diatas merupakan beberapa tanda dan gejala depresi yang juga ditemui pada pengkajian dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS). Kelompok lansia dalam program ini memiliki masalah yang cukup kompleks, selain memiliki riwayat penyakit mental, lansia tidak mendapat dukungan moril yang adekuat dari keluarga atau orang-orang yang dikasihinya.

Lansia sebagai kelompok yang beresiko, perlu untuk didampingi masa-masa tuanya. Hal ini dilakukan untuk peningkatan derajat kualitas hidup lansia dimanapun dan dalam kondisi apapun mereka (Darmojo, 2006).

c. Terapi Aktivitas Kelompok

Dalam Ilmu Keperawatan Jiwa terdapat beberapa jenis terapi modalitas yang sering digunakan untuk membantu pasien dengan gangguan kesehatan mental, salah satunya adalah Terapi Aktivitas Kelompok (TAK). TAK merupakan aktivitas yang dilakukan secara berkelompok pada populasi yang memiliki karakteristik yang sama (Keliat, 2005). TAK dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan interaksi sosial antar lansia sebagai upaya untuk menurunkan resiko depresi baik yang menjadi bagian dari sakit mentalnya maupun yang diperparah dengan masalah disfungsi keluarga (Keliat, 2010).

Program yang dicanangkan di panti Bina Kasih merupakan program yang memiliki durasi selama 1 tahun kepada lansia dan selanjutnya dievaluasi. TAK diberikan satu kali setiap minggu dan melibatkan pengurus panti. Selama tiga bulan pertama, pelaksanaan TAK dilakukan oleh tim Mahasiswa Keperawatan sekaligus merupakan

pendampingan bagi pengurus panti. Dan pada bulan-bulan selanjutnya dilakukan oleh pengurus panti. Monitoring dan evaluasi rutin dilakukan di akhir bulan untuk menilai tanda dan gejala depresi lansia menggunakan GDS.

Hasil sementara dari bulan TAK, partisipan mengalami penurunan dalam hal munculnya gejala depresi serta terjadi pembentukan sistem dukungan baru yang berasal dari sesama landia dalam panti. Hasil ini menunjukkan kebenaran pandangan bahwa defenisi keluarga bawasannya tidak sebatas adanya hubungan darah melainkan kepada mereka yang dapat menjalankan sebagian besar fungsi-fungsi keluarga.

KESIMPULAN

Ditemukan masalah utama yaitu disfungsi keluarga dan gangguan interaksi sosial pada kelompok lansia dengan riwayat gangguan mental sehingga untuk tetap mempertahankan bahkan meningkatkan

interaksi sosialnya maka diberikan program TAK rutin satu minggu satu kali dengan durasi selama 1 tahun. Proses monitoring dan evaluasi dilakukan satu bulan sekali dan evaluasi menyeluruh pada akhir tahun.

UCAPAN TERIMA KASIH

Syukur kepada Tuhan atas rahmatnya kami bisa menyelenggarakan kegiatan pengabdian masyarakat ini. Terima kasih kami sampaikan kepada Pimpinan dan pengajar di PSIK UKSW yang merancang dan mendukung terselenggaranya kegiatan ini. Juga kepada pengurus Panti Rehabilitasi Mental Bina Kasih salatiga yang telah membuka pintu bagi kami untuk berinteraksi dan “berbagi” bersama seluruh penghuni panti. Terakhir, kepada seluruh rekan-rekan mahasiswa yang telah berpartisipasi dalam kegiatan ini.

DAFTAR PUSTAKA/RUJUKAN

- Darmojo. (2006). Buku ajar geriatri ilmu kesehatan usia lanjut. Jakarta: FKUI.
 Gunarsa, S.D. (2004). Psikologi perkembangan anak dan remaja. Jakarta: Gunung Mulia.

- Keliat, B.A. & Akemat. (2005). Keperawatan Jiwa: terapi aktivitas kelompok. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A. & Akemat. (2010). Model Praktik Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Nugroho, W. (2008). Keperawatan gerontik dan geriartrik. Jakarta: EGC.
- Setyoadi, Noerhamdani, Ermawati. (2010). Perbedaan Tingkat Kualitas hidup pada lansia wanita di komunitas dan panti. (Online), http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/viewFile/621/641_umm_scientific_journal.pdf, Di akses tanggal 25 Agustus 2018.
- Statistik Penduduk Lanjut Usia 2017. Badan Pusat Statistik. ISSN 2086-1036. No. Publikasi 04220.1801. Indonesia.