

**STUDI KUALITATIF PEMETAAN LAYANAN KESEHATAN LANSIA DI  
GKI GEJAYAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat  
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran  
Pada Fakultas Kedokteran  
Universitas Kristen Duta Wacana



Disusun Oleh :

**DENNY HENDRAWAN**

**41150011**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS KRISTEN DUTA WACANA**

**YOGYAKARTA**

2019

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI**  
**SKRIPSI/TESIS/DISERTASI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Kristen Duta Wacana, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Denny Hendrawan  
NIM : 41150011  
Program studi : Kedokteran  
Fakultas : Kedokteran  
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Kristen Duta Wacana **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*None-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**STUDI KUALITATIF PEMETAAN LAYANAN KESEHATAN LANSIA DI  
GKI GEJAYAN**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti/Noneksklusif ini Universitas Kristen Duta Wacana berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama kami sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Yogyakarta  
Pada Tanggal : 14 Agustus 2020

Yang menyatakan



(Denny Hendrawan)  
41150011

**LEMBAR PENGESAHAN**

Skripsi dengan Judul :

**STUDI KUALITATIF PEMETAAN LAYANAN KESEHATAN LANSIA  
DI GKI GEJAYAN**

Telah diajukan dan dipertahankan oleh :

**DENNY HENDRAWAN  
41150011**

dalam Ujian Skripsi Program Studi Pendidikan Dokter  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Kristen Duta Wacana  
dan dinyatakan **DITERIMA**  
untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar  
Sarjana Kedokteran pada tanggal 19 Januari 2019

**Nama Dosen**

1. dr. Mitra Andini Sigilipoe, MPH  
(Dosen Pembimbing 1)
2. dr. Daniel Chriswinanto Adityo Nugroho, MPH  
(Dosen Pembimbing 2)
3. dr. Teguh Kristian Perdamaian, MPH  
(Dosen Penguji)

**Tanda Tangan**



**Yogyakarta, 20 Januari 2020**

**Disahkan oleh :**

Dekan,



dr. The Maria Meiwati Widagdo, Ph.D

Wakil Dekan I bidang Akademik,



dr. Christiane Marlene Sooai, M.Biomed

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Saya menyatakan bahwa sesungguhnya skripsi dengan judul:

### **STUDI KUALITATIF PEMETAAN LAYANAN KESEHATAN LANSIA DI GKI GEJAYAN**

Yang saya kerjakan untuk melengkapi sebagian syarat untuk menjadi Sarjana pada Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana Yogyakarta, adalah bukan hasil tiruan atau duplikasi dari karya pihak lain di Perguruan Tinggi atau instansi manapun, kecuali bagian yang sumber informasinya sudah dicantumkan sebagaimana mestinya.

Jika dikemudian hari didapati bahwa hasil skripsi ini adalah hasil plagiasi atau tiruan dari karya pihak lain, maka saya bersedia dikenai sanksi yakni pencabutan gelar saya.

Yogyakarta, 16 Desember 2019



(Denny Hendrawan)

41150011

## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana, yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : **Denny Hendrawan**

NIM : **41150011**

demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Kristen Duta Wacana Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non Exclusive Royalty-Free Right*), atas karya ilmiah saya yang berjudul:

### STUDI KUALITATIF PEMETAAN LAYANAN KESEHATAN LANSIA DI GKI GEJAYAN

Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini, Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan Karya Tulis Ilmiah selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Yogyakarta, 16 Desember 2019

Yang menyatakan,



Denny Hendrawan

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Studi Kualitatif Pemetaan Layanan Kesehatan Lansia di GKI Gejayan, Yogyakarta” sebagai syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran (S. Ked) di S1 Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana.

Berbagai hambatan dan kesulitan pasti penulis hadapi dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini, namun berkat bimbingan dan bantuan berbagai pihak yang berjasa, Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik. Terima kasih kepada pihak – pihak yang telah membimbing dan membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Dengan segala hormat, penulis mengucapkan terima kasih kepada ;

1. Tuhan Yang Maha Esa yang telah membimbing dan memberikan penulis kesehatan dan kekuatan dalam menjalani hingga menyelesaikan skripsi ini.
2. dr. Teguh Kristian Perdamaian, MPH selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan untuk menyempurnakan karya tulis ilmiah ini.
3. dr. Mitra Andini Sigilipoe, MPH selaku dosen pembimbing I yang telah membimbing dan membantu dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. dr. Daniel Chriswinanto A.N, MPH selaku dosen pembimbing II yang telah membimbing dan membantu dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.

5. GKI Gejayan beserta admin, pengurus layanan kesehatan, dan majelis gereja yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian ini.
6. Kedua orang tua penulis yaitu Sunarto dan Merlin yang selalu memberikan restu, dan dukungan serta memberikan doa baik selama penulis menempuh pendidikan dan hingga akhirnya penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat selesai.
7. Kepada Angkatan 2015 yang telah mendukung serta memberikan motivasi satu sama lain.
8. Kepada Maria Grace (Angkatan 2016) dan Julian Silitonga (Angkatan 2016) yang telah membantu penulis dalam melakukan proses pengambilan data hingga pada akhirnya penelitian ini selesai.
9. Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari masih terdapat banyak kekurangan dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini sehingga kritik dan saran yang diberikan akan penulis terima untuk menjadikan karya tulis ilmiah ini menjadi lebih baik. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat untuk perkembangan ilmu pengetahuan khususnya sebagai bahan evaluasi untuk layanan kesehatan lansia yang ada.

Yogyakarta, 16 Desember 2019

Denny Hendrawan

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI .....	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
ABSTRAK .....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Tujuan Penelitian .....	4
1.3. Manfaat Penelitian .....	4
1.4. Keaslian Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1. Tinjauan Pustaka .....	6
2.2. Kerangka Teori .....	13
2.3. Kerangka Konsep .....	14
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>15</b>

3.1. Desain Penelitian.....	15
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	15
3.3. Populasi dan Subyek Penelitian.....	15
3.4. Kriteria Eligibilitas.....	16
3.5. Besar Sampel.....	17
3.6. Ijin Penelitian dan Pengambilan Data.....	18
3.7. Analisis Data.....	19
3.8. Etika Penelitian.....	21
3.9. Jadwal Penelitian.....	22
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>23</b>
4.1. Karakteristik Responden.....	23
4.2. Pemahaman Aset/Potensi.....	23
4.3. Bentuk Layanan Kesehatan yang terdapat di GKI Gejayan.....	25
4.4. Faktor Pendukung Layanan Kesehatan Lansia.....	29
4.5. Layanan Tambahan yang Dibutuhkan Gereja.....	30
<b>BAB V PEMBAHASAN.....</b>	<b>32</b>

5.1. Penggolongan aset/potensi.....	32
5.2. Bentuk Layanan Kesehatan yang terdapat di GKI Gejayan.....	35
5.3. Faktor Pendukung Layanan Kesehatan Lansia.....	41
5.4. Keterbatasan Penelitian.....	43
5.5. Kelebihan Penelitian.....	43
<b>BAB VI PENUTUP.....</b>	<b>44</b>
6.1. Kesimpulan.....	44
6.2. Saran.....	44
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>46</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>49</b>

# STUDI KUALITATIF PEMETAAN LAYANAN KESEHATAN LANSIA DI GKI GEJAYAN

Denny Hendrawan,<sup>1</sup> Mitra Andini Sigilipoe,<sup>2</sup> Daniel Chriswinanto A.N,<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> *Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana Yogyakarta*

Korespondensi: Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo 5-25 Yogyakarta, 55224, Telp: 0274-563929, Fax: 0274-8509590, Email: [kedokteranukdw@yahoo.com](mailto:kedokteranukdw@yahoo.com), Website: <http://www.ukdw.ac.id>

## ABSTRAK

**Latar Belakang** : Jumlah lansia di Indonesia khususnya di kota Yogyakarta meningkat dari tahun per tahun dan menimbulkan berbagai dampak baik itu positif maupun negatif. Positif apabila lansia menjadi aktif dan sehat, akan menjadi negatif apabila lansia menjadi tidak produktif sehingga biaya layanan kesehatan meningkat. Layanan kesehatan yang ada masih belum sistematis dan menjawab kebutuhan lansia sehingga diperlukan pemetaan aset/potensi untuk mendukung kesehatan lansia.

**Tujuan** : Untuk mengetahui aset/potensi gereja untuk mendukung layanan kesehatan lansia.

**Metode Penelitian** : Desain penelitian yang digunakan adalah rancangan desain penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan *asset based community*.

**Hasil Penelitian** : Responden berjumlah 7 orang yang terdiri dari 3 orang laki-laki dan 4 orang perempuan pada FGD 1 dan berjumlah 8 orang yang terdiri dari 4 orang laki – laki dan 4 orang perempuan. Hasil FGD didapatkan aset/potensi yang tersedia sebagian telah dimanfaatkan secara optimal, sebagian belum dilakukan pemberdayaan.

**Kesimpulan** : Fungsi pemetaan terhadap suatu aset/potensi yang dilakukan di suatu komunitas/gereja efektif untuk mendukung layanan kesehatan lansia.

**Kata kunci** : aset/potensi, layanan kesehatan, lansia sehat secara *holistic*.

# CUALITATIVE STUDY OF ELDERLY HEALTH CARE MAPPING ON THE GEJAYAN CHURCH

Denny Hendrawan,<sup>1</sup> Mitra Andini Sigilipoe,<sup>2</sup> Daniel Chriswinanto A.N,<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> *Faculty of Medicines Universitas Kristen Duta Wacana Yogyakarta*

Correspondence: Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo 5-25 Yogyakarta, 55224, Telp: 0274-563929, Fax: 0274-8509590, Email: [kedokteranukdw@yahoo.com](mailto:kedokteranukdw@yahoo.com), Website: <http://www.ukdw.ac.id>

## ABSTRACT

**Background:** The number of elderly people in Indonesia, especially in the city of Yogyakarta, has increased from year to year and has had both positive and negative impacts. Positive if the elderly become active and healthy, it will be negative if the elderly become unproductive so that the cost of health services increases. Existing health services are still not systematic and address the needs of the elderly, so it is necessary to map assets / potential to support elderly health.

**Objective:** To find out the assets / potential of the church to support elderly health services.

**Research Methods:** The research design used was a qualitative research design and using the asset based community approach.

**Results:** Respondents were 7 people consisting of 3 men and 4 women in FGD 1 and 8 people in FGD 2 consisting of 4 men and 4 women. The results of the FGDs found that the available assets / potential have been used optimally, some have not yet been empowered.

**Conclusion:** The mapping function of an asset / potential carried out in a community / church is effective in supporting elderly health services.

**Keywords:** assets / potentials, health services, holistic healthy elderly.

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 LATAR BELAKANG

Besarnya jumlah penduduk lansia di Indonesia di masa depan membawa dampak positif maupun negatif. Berdampak positif, apabila penduduk lansia berada dalam keadaan sehat, aktif dan produktif. Di sisi lain, besarnya jumlah penduduk lansia menjadi beban jika lansia memiliki masalah penurunan kesehatan yang berakibat pada peningkatan biaya pelayanan kesehatan, penurunan pendapatan/penghasilan, peningkatan disabilitas, tidak adanya dukungan sosial dan lingkungan yang tidak ramah terhadap penduduk lansia. (Yasonna,2015)

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Komposisi penduduk tua bertambah dengan pesat baik di negara maju maupun negara berkembang, hal ini disebabkan oleh penurunan angka fertilitas (kelahiran) dan mortalitas (kematian), serta peningkatan angka harapan hidup (*life expectancy*), yang mengubah struktur penduduk secara keseluruhan. Proses terjadinya penuaan penduduk dipengaruhi oleh beberapa faktor, misalnya: peningkatan gizi, sanitasi, pelayanan kesehatan, hingga kemajuan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi yang semakin baik.

Menurut data proyeksi penduduk, diperkirakan tahun 2017 terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9,03%) merupakan penduduk dengan usia menuju tua atau *ageing population*. Hal ini turut mempengaruhi angka harapan hidup yang meningkat mencapai 70,7 tahun (BPS, 2015). Menurut Yasonna (2015) ada 3 hal yang mempengaruhi peningkatan umur harapan hidup yaitu: (1) kemajuan dalam bidang kesehatan, (2) meningkatnya sosial ekonomi dan (3) meningkatnya pengetahuan

masyarakat. Dalam perkembangannya Negara Republik Indonesia dengan tingkat pertumbuhan penduduknya yang tinggi, dengan tingkat penduduk usia lanjutnya yang tiap tahun terus bertambah, maka dengan demikian secara tidak langsung makin tinggi pula harapan hidup penduduknya. Dengan harapan hidup penduduknya yang tinggi maka tingkat kesejahteraan penduduk juga semakin meningkat. Diperkirakan persentase lansia di Indonesia akan mencapai 11,34% pada tahun 2020 dan Indonesia akan menjadi negara ke-5 yang paling banyak jumlah lansianya pada tahun 2025.

Selain itu, proporsi lansia di DIY juga cukup besar. Menurut Badan Pusat Statistik kota Yogya pada tahun 2017 diperkirakan jumlah lansia mencapai 13,4% dan menempati urutan pertama tertinggi di Indonesia. Apabila dibandingkan dengan daerah lain yang memiliki proporsi lansia cukup besar yakni di Jawa Tengah (7,1%), Jawa Timur (7,0%) untuk kelompok umur di atas 65 tahun. Sedangkan untuk kelompok umur di atas 60 tahun, DIY juga menempati urutan tertinggi sebanyak 12,88%. Angka ini menunjukkan 5 tahun setelah dilakukan sensus pada tahun 2010, persentase lansia di Daerah Istimewa Yogyakarta bertambah cukup besar.

Berdasarkan statistik jumlah lansia di kota Yogyakarta yang cukup besar di kota Yogyakarta, diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan kesejahteraan hidup lansia supaya lansia dapat menjadi lebih produktif salah satunya adalah pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan aspek kesehatan lansia. Menurut Yasonna (2015), pemberdayaan kesehatan bagi lansia dapat dilakukan oleh kegiatan yang bersifat jasmani maupun rohani serta ruang sosial untuk melakukan kegiatan yang bermanfaat lansia itu sendiri.

GKI Gejayan merupakan salah satu gereja yang memiliki jumlah lansia yang cukup besar dengan pelayanan lansia yang cukup terpadu. Menurut perkiraan perhitungan secara kasar, terdapat 60 orang lansia yang bergereja disana. Bila dilihat

dari struktur organisasi gereja terdapat struktur kepanitiaian maupun kepengurusan yang bergerak khusus untuk memperhatikan kondisi lansia di bidang kesehatan baik secara jasmani maupun rohani. Wujud nyata dari usaha mengembangkan kesehatan secara jasmani dapat dilihat dengan dibangunnya poliklinik yang rutin serta pemeriksaan secara berkala bagi lansia sedangkan pengembangan kesehatan secara rohani ditunjukkan dengan cara adanya kegiatan besuk bagi lansia yang sudah lama tidak datang ke gereja. Namun kegiatan tersebut masih dirasa kurang sistematis karena apabila lansia berada di wilayah lingkungan yang jauh dari gereja dan di saat yang bersamaan kondisi mereka sakit dan ingin melakukan pemeriksaan maka dibutuhkan waktu yang lama pula untuk penjemputan lansia tersebut, dalam kondisi seperti itu diperlukan pemetaan mengenai orang maupun wadah yang mempunyai potensi untuk menyediakan *homecare* bagi para lansia GKI Gejayan

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti mengajukan beberapa pertanyaan yang terkait dengan Pemetaan Layanan Kesehatan Lansia di GKI Gejayan, yaitu :

1. Apa dan bagaimana aset/potensi penyedia Layanan Kesehatan Lansia di GKI Gejayan ?
2. Bagaimana bentuk layanan kesehatan yang terdapat maupun sudah dilakukan di GKI Gejayan ?
3. Apa saja faktor pendukung dari setiap layanan kesehatan yang terdapat di GKI Gejayan ?
4. Apa saja bentuk layanan tambahan atau bentuk pengoptimalan atas aset yang telah terpetakan ?

## 1.2 TUJUAN PENELITIAN

- Mengetahi potensi penyedia layanan kesehatan yang terdapat di fasilitas kesehatan GKI Gejayan
- Memberikan suatu konsep baru berupa pemetaan penyedia layanan kesehatan bagi Lansia di GKI Gejayan

## 1.3 MANFAAT PENELITIAN

- Segi Teoritis dan Penelitian

Memberi informasi ilmiah mengenai Pemetaan Layana Kesehatan Lansia di GKI Gejayan .

- Segi Praktis

### 1. Institusi pendidikan

Menambah pengetahuan bagi mahasiswa mengenai Pemetaan Layanan Kesehatan Lansia di GKI Gejayan.

### 2. Tempat Penelitian

Memberikan informasi dan suatu konsep yang baru mengenai Pemetaan Layanan Kesehatan Lansia di GKI Gejayan.

- Penelitian Selanjutnya

Sebagai bahan referensi serta acuan untuk mengembangkan penelitian selanjutnya mengenai Pemetaan Layanan Kesehatan Lansia di GKI Gejayan.

## 1.4 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1. Justifikasi Penelitian

Peneliti	Judul Penelitian	Metode dan Subyek	Hasil
Syahid. Ali.2015	Studi Deskriptif tentang Kualitas Pelayanan Kesehatan Pada Pasien Usia Lanjut di Poli Lansia Puskesmas Gurah, Kabupaten Kediri	Metode Kualitatif dengan tipe penelitian deskriptif	Dilihat dari 5 aspek yang digunakan sebagai parameter terhadap kualitas pelayanan kesehatan ( <i>tangibles, reability, responsiveness, assurance, dan emphaty</i> ) cukup baik namun terdapat fasilitas yang seharusnya tersedia namun blm tersedia di poli tsb
Bokberg C, et al. 2015	<i>Care and Service at Home for Persons With Dementia in Europe</i> (Clinical Key)	<i>Mapping System to collect country-specific information concerning dementia care and service system</i>	Komparasi antara pasien dengan demensia yang mendapatkan layanan <i>homecare</i> dengan pasien demensia tanpa pelayanan <i>homecare</i>

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Secara umum hasil penelitian ini menunjukkan bahwa untuk mendukung suatu layanan kesehatan lansia diperlukan suatu aset/potensi baik itu aset secara fisik maupun invididu, bentuk layanan kesehatan yang diberikan dan faktor – faktor yang mendukung layanan kesehatan tersebut.

#### **5.1. Penggolongan aset/potensi**

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD), dapat diketahui bahwa pemahaman dari responden terhadap aset maupun potensi sesuai dengan teori aset komunitas yang dikemukakan oleh Afandi(2014) yang menyebutkan bahwa terdapat 5 bentuk aset komunitas yaitu :

- Aset fisik/*Phisical Capital*, merupakan aset dasar yang meliputi infrastruktur – infrastruktur yang terdapat di setiap komunitas yang digunakan dalam membantu masyarakat untuk mencapai kehidupan yang lebih baik.
- Aset finansial/*Financial Capital*, merupakan aset dasar yang ada dan dimiliki masyarakat yang dapat dimanfaatkan masyarakat untuk mencapai kesejahteraan.
- Aset sumber daya manusia (individual)/*Human Capital*, merupakan aset yang dimiliki oleh setiap orang yaitu dapat berupa kemampuan atau keterampilan tertentu yang dapat membuat seseorang maupun komunitas mencapai kesejahteraan.
- Aset lingkungan/*Environmental Capital*, merupakan aset yang dinilai berdasarkan kepada sumber daya alam yang terdapat di setiap komunitas

maupun wilayah tertentu atau dengan kata lain aset ini mewakili sumber daya alam dan sumber daya hayati yang melingkupi suatu masyarakat

- Aset sosial/*Social Capital*, merupakan aset yang dapat berupa sumber daya sosial (jaringan sosial, anggota kelompok, hubungan dan kepercayaan, akses yang luas terhadap institusi sosial) untuk dapat meningkatkan sumber penghidupan masyarakat itu sendiri.

Berdasarkan teori aset komunitas yang telah dikemukakan oleh Affandi (2014) ini terdapat kesesuaian dengan oleh Derau(2013) yang menyatakan bahwa pada dasarnya masyarakat hanya perlu memandang sebuah aset/potensi sebagai jalan keluar dari setiap permasalahan yang ada pada tingkat komunitas, lebih lanjut Derau menjelaskan tentang dimensi aset komunitas yang terdiri dari 7 aset seperti yang telah disampaikan oleh Affandi ditambah dengan :

- Aset Teknologi/*Technological Capital*, merupakan aset yang dimana aset tersebut mewakili sistem atau peranti lunak (software) yang melengkapi aset fisik yang dapat digunakan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.
- Aset Spiritual/*Spiritual Capital*, merupakan upaya pemberian bantuan *empathy* dan perhatian, kasih sayang, dan unsur utama dari kebijakan praktis.

Berdasarkan penggalan informasi melalui *Focus Group Discussion* (FGD) yang pertama, dapat diketahui bahwa aset/potensi yang telah disebutkan oleh responden merupakan aset sumber daya manusia (seperti : dokter, perawat, pendeta, maupun yang lain), aset fisik (seperti : kendaraan, fasilitas – fasilitas lainnya), aset finansial (seperti : dana), dan juga terdapat aset spiritual (seperti : bentuk perhatian gereja kepada jemaat lansia yang sakit dengan melakukan kunjungan, pemberian alat yang mendukung mobilitas lansia, dsb), dan terakhir adalah aset finansial (seperti : dana).

Namun aset/potensi yang telah disebutkan sebagian besar oleh responden memang belum dirasakan secara optimal baik itu oleh responden sendiri maupun oleh jemaat secara khusus lansia bahkan dalam diskusi ini ternyata terdapat ketidaksadaran terhadap aset – aset yang telah dimiliki. Hal ini sesuai dengan prinsip pendekatan *Aset Based Community Development (ABCD)*, dimana pendekatan ini menekankan pada berbagai aset yang dimiliki melalui proses penyadaran terhadap suatu aset, menghubungkan dan menggerakkan aset, hingga melakukan pengoptimalan terhadap aset agar masyarakat tidak memiliki ketergantungan terhadap pihak luar. Di sisi lain, responden juga menyatakan bahwa usaha pemberdayaan dari setiap aset/potensi yang ada belum maksimal baik itu pemberdayaan melalui aset/potensi itu sendiri maupun dari setiap bentuk layanan kesehatan yang ada.

Hal ini sesuai dengan program pemberdayaan masyarakat (*community development*) menurut Rudito (2013:21) yang mengatakan bahwa pemberdayaan itu harus berbasis masyarakat (*community based*) atau masyarakat sebagai pelaku utama dalam perencanaan dan pelaksanaan program. Disini responden mengatakan bahwa sebagian besar aset/potensi yang telah disebutkan belum dilibatkan secara maksimal ke dalam program yang telah maupun akan dilaksanakan oleh pihak gereja. Selain itu prinsip dari teori ini menyebutkan bahwa suatu upaya pemberdayaan harus berbasis sumber daya setempat (*local resources-based*), dimana rencana pelaksanaan suatu program maupun kegiatan harus melihat potensi dari sumber daya yang ada. Disini responden mengatakan bahwa dengan menyadari setiap aset yang tidak terpikirkan sebelumnya, maka responden maupun gereja dapat mengetahui rencana program maupun kegiatan yang akan dilaksanakan selanjutnya dengan mempertimbangkan setiap potensi yang ada.

Rudito menyampaikan bahwa harus terdapat arah yang berkelanjutan (*sustainable*), dimana program berfungsi sebagai penggerak awal pembangunan yang berkelanjutan, disini responden menyatakan bahwa selama ini belum ada proses yang berkelanjutan dari setiap program maupun kegiatan yang telah dilaksanakan, dimana hal ini berdampak dari *follow-up* peserta yang tidak dapat diketahui pasca kegiatan maupun program tersebut.

## 5.2. Bentuk Layanan Kesehatan yang terdapat di GKI Gejayan

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) ini dapat diketahui bahwa sebagian besar responden menyebutkan aktivitas maupun bentuk kegiatan layanan kesehatan maupun non-kesehatan yang dilakukan di GKI Gejayan ataupun di wilayah yang masih menjadi cakupan daerah pelayanan gereja merupakan kegiatan yang dilakukan sebagai kepedulian gereja terhadap lansia. Hal tersebut sesuai dengan bentuk layanan kesehatan yang terdapat pada *Classification of Health Care Functions*, OECD (2017) yang menyebutkan terdapat 5 bentuk layanan kesehatan yaitu :

- Promotif

Merupakan suatu kegiatan maupun serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Menurut Notoatmojo(2015), pemberian pelayanan yang bersifat promotif dapat dilakukan melalui 2 cara yaitu ada yang dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Untuk pelayanan yang secara langsung dilakukan melalui tatap muka seperti melakukan ceramah kesehatan, penyuluhan, maupun dengan melakukan konseling – konseling. Selain itu juga terdapat peran serta

dari tenaga kesehatan lain seperti : perawat, kader kesehatan maupun tim kesehatan tertentu.

Bentuk pelayanan promotif secara tidak langsung biasanya dilakukan melalui perantara seperti : melalui alat komunikasi, media sosial, warta lisan maupun alat penunjang lainnya yang intinya menggerakkan suatu masyarakat akan pentingnya sadar kesehatan.

Berdasarkan penggalan informasi saat *Focus Group Discussion*, sebagian besar responden menyebutkan berbagai macam kegiatan yang termasuk ke dalam kegiatan promotif seperti : kegiatan ceramah kesehatan maupun sosialisasi kesehatan. Berdasarkan hasil diskusi responden menyebutkan masih belum terdapat *follow-up* dari setiap kegiatan ini.

- Preventif

Merupakan suatu kegiatan yang bertujuan untuk menghindari atau mengurangi tingkat keparahan dari suatu penyakit. Kegiatan ini termasuk strategi kesehatan yang tujuannya meningkatkan kesehatan tiap individu. Menurut Sullivan(2014), kegiatan preventif dibedakan menjadi pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

Pencegahan primer dilakukan ketika seseorang beserta lingkungannya akan terpapar oleh suatu gejala/penyakit.

Pencegahan sekunder dilakukan ketika suatu gejala telah teridentifikasi dan ketika seseorang sudah mengidap suatu gejala penyakit pada tingkatan yang awal sehingga kegiatan pencegahan ini akan membuat suatu gejala/penyakit tersebut memburuk. Bentuk kegiatan ini dapat berupa deteksi dini seperti :

pemeriksaan kesehatan (tekanan darah, gula darah, kolesterol, asam urat, dsb).

Pencegahan tersier dilakukan ketika seseorang telah sakit dan memiliki gejala penyakit pada tingkatan yang buruk. Kegiatan ini juga termasuk untuk mencegah terjadinya kemungkinan terjangkitnya suatu penyakit yang lain. Bentuk kegiatan yang termasuk dalam pencegahan tersier adalah pencegahan glaukoma, penyakit jantung pada pasien yang mengalami diabetes.

Berdasarkan penggalan informasi saat *Focus Group Discussion*, sebagian besar responden menyebutkan berbagai macam kegiatan yang termasuk ke dalam kegiatan preventif seperti : pemeriksaan kesehatan, posyandu lansia, bahkan terdapat pelatihan untuk kader kesehatan

- Kuratif

Merupakan suatu kegiatan ataupun serangkaian aktivitas yang berfokus pada kegiatan pengobatan untuk menyembuhkan suatu gejala atau penyakit, mengurangi gejala atau penyakit dan bahkan melindungi terhadap kejadian eksaserbasi maupun komplikasi yang dapat mengancam jiwa maupun fungsi normal.

Menurut Shires(2012), bentuk kegiatan kuratif dapat berupa penanganan sederhana pada masalah kesehatan yang telah teridentifikasi penyebabnya dan solusinya, seperti : fraktur (tulang patah), dsb.

Kegiatan yang dilakukan dapat juga berupa penanganan rumit masalah kesehatan yang masih belum diketahui penyebabnya dan dibutuhkan lebih dari 1 solusi serta dapat juga berupa penanganan kompleks pada masalah

kesehatan yang disebabkan lebih dari 1 penyebab dan dibutuhkan lebih dari 1 solusi.

Berdasarkan penggalian informasi saat *Focus Group Discussion*, sebagian besar responden menyebutkan berbagai macam kegiatan yang termasuk ke dalam kegiatan kuratif seperti : kegiatan bakti sosial yang disertai dengan pengobatan gratis, kegiatan posyandu lansia yang rutin memberikan pelayanan pengobatan pada hari tertentu.

- Rehabilitatif

Merupakan suatu strategi terintegrasi yang bertujuan untuk memberdayakan orang – orang yang mengalami disabilitas atau kejadian bermakna lainnya sehingga mereka dapat mencapai fungsi sosial yang baik, termasuk fungsi di komunitasnya.

Menurut Shires(2012), kegiatan rehabilitatif termasuk dalam menjaga fungsi termasuk aktivitas – aktivitas yang dapat memastikan bagian tubuh tetap terus bekerja setelah mengalami suatu penyakit atau tindakan operatif.

Bentuk dari kegiatan rehabilitatif juga termasuk untuk mengembalikan fungsi seperti aktivitas – aktivitas maupun terapi untuk mengembalikan fungsi tubuh setelah sakit serta kegiatan rehabilitatif juga termasuk kegiatan untuk memodifikasi kegiatan yang mengembalikan fungsi yang tidak dilakukan selama sakit, seperti : belajar berbicara, menggunakan bahasa, dsb

Berdasarkan penggalian informasi saat *Focus Group Discussion*, sebagian besar responden menyebutkan berbagai macam kegiatan yang termasuk ke dalam kegiatan promotif seperti : akupuntur dan kegiatan fisioterapis lainnya.

- Paliatif

Merupakan suatu kegiatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga pasien yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit terminal yang dapat mengancam jiwa, dimana penyakit terminal tersebut merupakan penyakit progresif yang pada akhirnya menuju ke arah kematian. Sehingga, diharapkan dengan perawatan paliatif kualitas hidup pasien tersebut akan meningkat.

Menurut Sullivan(2014), kegiatan paliatif merupakan kegiatan untuk mengurangi penderitaan pada penyakit terminal dan biasanya perawatan paliatif disertai dengan pengobatan seperti pada kegiatan preventif, namun tujuan dari kegiatan ini hanya untuk meningkatkan kualitas hidup, bukan untuk menyembuhkan penyakitnya.

Berdasarkan penggalan informasi saat *Focus Group Discussion*, sebagian besar responden menyebutkan berbagai macam kegiatan yang termasuk ke dalam kegiatan paliatif adalah kunjungan ke lansia yang sakit termasuk dalam kategori ini.

Selain itu, bentuk layanan kesehatan yang cukup menari disampaikan oleh responden/responden lainnya yaitu bentuk layanan non-medis yang berupa kegiatan kunjungan orang/lansia yang sakit serta memberikan penguatan baik kepada pasien maupun keluarga pasien, mendengarkan keluhan orang yang dikunjungi. Bahkan bentuk kepedulian dari gereja GKI Gejayan terhadap lansia adalah dengan mengadakan penjemputan bagi lansia yang ingin beribadah namun tidak ada yang mengantar serta memberikan fasilitas – fasilitas yang dapat menunjang mobilitas lansia seperti meminjamkan kursi roda, bed, tongkat dan

bahkan gereja juga memperbolehkan alat – alat tersebut dipinjam dan untuk dibawa pulang. Disini peneliti menyimpulkan bahwa ada bentuk kepedulian gereja terhadap lansia melalui bentuk pelayanan yang sudah diberikan gereja, hal itu dibuktikan juga dengan pernyataan responden yang menyebutkan bahwa tingkat kepercayaan/*trust* pasien berobat yang tinggi, dan memilih untuk tetap melakukan pengobatan di klinik gereja dibandingkan di tempat lain.

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa bentuk layanan kesehatan non-medis tersebut sesuai dengan pernyataan yang terdapat pada *Christian Journal for Global Health (2014)* yang menyebutkan bahwa bentuk layanan kesehatan harusnya tidak hanya berfokus pada pengobatan dan terapi. Dalam jurnal ini disebutkan bahwa *physician* dalam penelitian ini mempercayai nilai elemen dari keyakinan, iman, dan bentuk perhatian serta rasa kasih sayang dapat berperan penting dalam penyembuhan suatu penyakit dan dalam penelitian ini dapat membuat lansia sehat secara *holistic*.

Dalam jurnal ini juga disebutkan bahwa harus terdapat sinergi dan pelayanan yang terintegrasi antara bidang kesehatan dan bidang non-kesehatan untuk mencapai sehat secara *holistic*.

Hal ini dibuktikan dengan pernyataan responden/responden yang menyebutkan bahwa dalam setiap layanan kesehatan yang ada terdapat keterlibatan antar tim, sebagai contoh dalam kunjungan lansia yang sakit responden menyebutkan bahwa dalam kunjungan tersebut pasti ada dokter dan tim kesehatan lainnya yang akan melakukan pemeriksaan terlebih dahulu kemudian setelah dilakukan tindakan tersebut maka Pendeta akan mendoakan lansia yang sakit tersebut serta akan

diberikan penguatan secara spiritual baik kepada lansia yang sakit itu sendiri maupun kepada keluarga pasien.

### **5.3. Faktor Pendukung Layanan Kesehatan Lansia**

Berdasarkan hasil diskusi kelompok terarah (FGD) pada penggalan pertanyaan mengenai faktor pendukung layanan kesehatan yang terdapat di GKI Gejayan, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden menyebutkan faktor yang mendukung layanan kesehatan yaitu skill, waktu, dan rasa *care*/empati.

Responden/responden menyebutkan bahwa faktor yang mendukung layanan kesehatan adalah skill yang berupa pelatihan kader kesehatan sebelum melakukan tanggap sehat pada lansia. Responden menyampaikan bahwa tim kader harus mengikuti pertemuan rutin di puskesmas untuk mendapatkan ilmu dan pelatihan serta cara pemeriksaan sebelum terjun untuk membantu layanan kesehatan lansia. Sedangkan bentuk pemeriksaan yang diajarkan adalah pemeriksaan dasar seperti pengukuran tekanan darah, berat badan, tinggi badan, serta bentuk pelatihan yang diberikan adalah perbaikan gizi, pengenalan penyakit – penyakit pada lansia.

Sebagian besar responden lain menyebutkan dan menambahkan selain skill, faktor pendukung lain yang dibutuhkan adalah waktu. Jadi dalam memilih tim kader kesehatan harus benar memilih orang – orang yang memang mempunyai waktu yang luang, selain itu mempunyai semangat tinggi untuk ikut dalam tim kader kesehatan dan tidak pernah membolos dalam pertemuan rutin di puskesmas.

Responden lainnya menyebutkan bahwa faktor lain untuk mendukung suatu layanan kesehatan lansia adalah rasa *care*/empati. Responden mengatakan bahwa baik tim kader kesehatan maupun aset/potensi lainnya harus memiliki jiwa empati

selain memiliki skill dan waktu. Bentuk rasa *care*/empati yang dimaksud adalah rasa kepedulian yang tinggi kepada sesama serta memiliki jiwa penolong.

Hasil dari pemahaman dari responden maupun responden ini sesuai dengan pernyataan pada *Journal of Christian Nursing (2012)* yang menyebutkan bahwa faktor yang dapat mendukung suatu layanan merupakan interaksi antara faktor interinsik (motivasi dalam diri sendiri) dan juga faktor ekstrinsik (waktu, skill). Dalam pernyataan responden disebutkan bahwa kriteria pemilihan kader salah satunya adalah harus memiliki motivasi yang tinggi selain mempunyai skill dan waktu tapi disamping faktor – faktor tersebut ada juga harus mempunyai rasa *care*/empati, sedangkan responden lain mengatakan bahwa mencari orang yang disamping memiliki skill dan waktu tapi juga mempunyai keterbebanan dan empati kepada lansia memang sangat sulit.

© UKDW

#### **5.4. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan yang dialami peneliti dalam melakukan penelitian ini adalah pada waktu pelaksanaan penelitian ada beberapa responden yang mendahului untuk meninggalkan jalannya diskusi sehingga informasi yang disampaikan tidak lengkap dan juga ada beberapa responden yang kurang aktif selama jalannya diskusi.

Selain itu peneliti mengalami kesulitan pada saat pencarian literatur sebagai referensi penelitian ini karena penelitian ini baru pertama kali dilakukan sehingga banyak keterbatasan informasi yang terdapat dalam penelitian ini.

#### **5.5. Kelebihan Penelitian**

Kelebihan yang dimiliki penelitian ini adalah penelitian ini baru pertama kali dilakukan di Indonesia, khususnya mengenai pemetaan dari suatu aset/potensi yang dapat mendukung lansia sehat, sehingga dengan adanya fungsi dari pemetaan ini maka suatu komunitas dapat mengetahui bahwa sebenarnya ada banyak sekali aset baik itu aset individu maupun aset secara fisik maupun bentuk aset yang lain yang pada awalnya tidak pernah terpikirkan yang sebenarnya dapat digunakan untuk mendukung lansia sehat secara *holistic*.

Melalui fungsi pemetaan ini suatu layanan kesehatan yang ada dapat dievaluasi menyeluruh baik secara individu maupun secara fasilitas – fasilitas yang mendukung.

## BAB VI

### PENUTUP

#### 6.1 KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian ini, dapat ditarik kesimpulan bahwa aset maupun potensi untuk mendukung suatu layanan kesehatan secara khusus lansia di GKI Gejayan sudah lengkap, namun ditinjau dari persebaran wilayahnya memang aset/potensi tersebut tersebar tidak merata antar wilayahnya dan memang belum diberdayakan secara maksimal. Melalui konsep penelitian ini maka pihak gereja juga menyadari bahwa sebenarnya terdapat banyak sekali aset/potensi yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung suatu layanan, program ataupun kegiatan bagi lansia.

#### 6.2 SARAN

##### 6.2.1 Bagi Lembaga Terkait (dalam hal ini Gereja)

Melalui penelitian ini maka aset/potensi yang dimiliki gereja dapat teridentifikasi sehingga peneliti menyarankan perlu untuk diadakannya program gereja yang dapat mendukung lansia sehat secara *holistic* dan hidup produktif melalui berbagai bentuk kegiatan untuk lansia. Selain itu, melalui penelitian ini, peneliti menyarankan untuk diadakannya evaluasi dari setiap program yang telah dilaksanakan yang pada saat penggalan informasi saat proses diskusi kelompok, proses evaluasi tidak pernah dilakukan.

##### 6.2.2 Bagi Peneliti Lainnya

Melihat bahwa pemetaan dari suatu aset/potensi efektif dalam mendukung layanan kesehatan lansia, maka peneliti menyarankan supaya

penelitian ini dapat dikembangkan dengan pemilihan subyek melalui kriteria inklusi yang lebih baik dan dengan durasi waktu yang lebih lama dibandingkan penelitian ini. Dengan demikian, maka aset/potensi yang teridentifikasi akan lebih maksimal.

©UKDW

## DAFTAR PUSTAKA

- Afandi, Agus. 2014. Modul Participatory Action Research, Surabaya: LPPM UIN Sunan Ampel. Hal.308
- Anderson C. *Presenting and Evaluating Qualitative Research*. Am J Pharm Educ. 2010;74:141
- Cooper S, Endacott R, Chapman Y. *Qualitative research : specific designs for qualitative research in emergency care ?* Emerg Med J.2009;26:773-6
- Creswell JW, Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE Publication, California 2009.h.1-19
- Gary Paul Green & Anna Haines. 2012. *Asset Building and Community Development*. London : Sage Publicatio
- Greenhalgh T, Taylor R. *How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research)*.BMJ.1997;315:740-3
- Lasch KE, Marquis P, Vigneux M, Abetz L, Amould B, Bayliss M, Crawford B, et al. *PRO development : rigorous qualitative research as the crucial foundation*. Qual Life Res.2010;19:1087-96.
- Maitlen, L.A., Bockstahler, A.M., & Belcher, A.E. (2012). Using community-based participatory research in parish nursing: *Journal of Christian Nursing*, 26(2), 104-109
- Miller, C.A.2012.*Nursing for wellness in older adults.6th Edition*. Philadelphia : Wolters Kluwer, Lipincott William & Wilkins
- Netty, A.L. (2014). Past and Present of Relations between Faith Communities and the World Health Organization. *Christian Journal for Global Health* 1(1):16-25
- OECD. (2017). Classification of Health Care Functions (ICHA-HC). A System of Health Accounts. 2(5) 34-42
- Pope C, Ziebland S, Mays N. *Qualitative research in health care : Analysing qualitative data*. BMJ.2000;320:114-6.

Rabiee F. *Focus-group interview and data analysis*. Nutrition Society 2004;63:655-60

Sandelowski M, Voils CI, Barosso J. *Defining and Designing mixed research synthesis studies*. Res Sch.2006;13:29

Scherear, S.Bruce. *The Value of Focus Group Research for Social Action Programs*. Desember 2009.

Shaw RL, Booth A, Sutton AJ, Miller T, Smith JA, Young B, et al. *Finding Qualitative research : an evaluation of search strategies*. BMC Medical Research Methodology 2004, 4:5. Diunduh dari : <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/4/5>

Shires DA, Stange KC, Divine G, et al. Prioritization of evidence-based preventive health services during periodic health examinations. *Am J Prev Med*. 2012;42(2):164–173.

Silverman D. *Doing qualitative research*. Edisi kedua. Sage Publication, California.2005.h.1-14

Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and technique*. Edisi kedua. Sage Publication, California 1990.h.1-35

Sullivan EM, Brown D, Vetrosky D. *Physician Assistant: A Guide to Clinical Practice*. 4th ed. New York: Elsevier; 2014:278.

Thomas J, Harden A. *Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews*. BMC Medical Research Methodology 2008, 8:45. Diunduh dari <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/8/45> doi:10.1186/1471-2288-8-45

Winch PJ, Wagman JA, Malouin RA, Mehl GL. *Qualitative research for improved health programs. A Guide to Manuals for Qualitative and Participatory Research on Child Health, Nutrition, and Reproductive Health*. Department of International Health Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health.2000.

Yasonna S.2015.*Perkembangan dan Tantangan Pembangunan Kesehatan serta Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan*.UGM Press:Jogja

©UKDW