



Contents lists available at [Journal IICET](#)

**JPPi (Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia)**

ISSN: 2502-8103 (Print) ISSN: 2477-8524 (Electronic)

Journal homepage: <https://jurnal.iicet.org/index.php/jppi>



## Disparitas perkotaan-pedesaan: pemerataan dalam akses layanan kesehatan primer untuk lansia selama pandemi Covid-19

Zumrotin Azizatul Noor<sup>\*</sup>, Tiara Dewi Sekarningrum, Tri Sulistyarningsih  
Universitas Muhammadiyah Malang, Indonesia

### Article Info

#### Article history:

Received Oct 16<sup>th</sup>, 2021

Revised Nov 24<sup>th</sup>, 2021

Accepted Des 19<sup>th</sup>, 2021

#### Keyword:

Disparitas perkotaan-pedesaan  
Kesehatan lansia  
Kesehatan primer  
Pandemi Covid-19

### ABSTRACT

Penelitian ini bertujuan untuk menggali dan menganalisis pemerataan layanan kesehatan primer lansia saat pandemi untuk mengevaluasi kinerja sistem perawatan kesehatan yang ada di Malang. Melalui penelitian dengan metode studi pustaka. Pengumpulan data berasal dari buku teks, jurnal, artikel ilmiah, tinjauan pustaka yang memuat konsep-konsep yang dipelajari. Hasil menunjukkan Pada Kabupaten Malang, lansia perkotaan cenderung mudah dalam mendapatkan akses kesehatan berbeda dengan lansia pedesaan yang cenderung susah dikarenakan beberapa faktor seperti tinggal di daerah pelosok. Hal terbukti dengan dilakukannya vaksinasi *door to door* oleh pemerintah Kabupaten Malang untuk menjangkau daerah yang sulit agar terciptanya pemerataan pelayanan kesehatan. Pemerataan di Kabupaten Malang cukup baik beriringan dengan kualitas kinerja perawatan kesehatan. Dengan vaksinasi *door to door* pemerintah melakukan percepatan vaksinasi agar terciptanya pemerataan.



© 2021 The Authors. Published by IICET.

This is an open access article under the CC BY-NC-SA license  
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>)

### Corresponding Author:

Zumrotin Azizatul Noor,  
Universitas Muhammadiyah Malang  
Email: [zumrtina7@gmail.com](mailto:zumrtina7@gmail.com)

## Pendahuluan

Indonesia memiliki berbagai macam budaya, adat istiadat dan agama. Ada sekitar 1.340 suku di Indonesia. Kelompok etnis terbesar adalah Jawa, yang terdiri dari sekitar 40% dari total populasi. Berkenaan dengan agama, 87% dari populasi adalah Muslim, sementara agama-agama lain yang diakui secara resmi adalah Kristen, Hindu dan Budha (Political statistics 2015. Republic of Indonesia, Central Bureau of Statistics, 2015). Peringkat Indeks Pembangunan Manusia Indonesia, yang mencerminkan harapan hidup, produk domestik bruto (PDB) dan status pendidikan rakyat, adalah 110 dari 188 negara pada tahun 2014, masih rendah dibandingkan dengan negara-negara lain dari Perhimpunan Bangsa-Bangsa Asia Tenggara (ASEAN) (Indonesia report 2015. United Nation Development Programme, 2015).

Selain ukuran populasi yang besar dan keragaman sosiokultural, Indonesia menghadapi transisi demografi, epidemiologi dan gizi. Pertumbuhan ekonomi menghasilkan peningkatan yang signifikan dalam harapan hidup dan beberapa perubahan gaya hidup. Meningkatkan harapan hidup telah menyebabkan pertumbuhan yang cepat dari populasi lansia. Tren ini menambah beban baru bagi pemerintah karena lebih banyak sumber daya dan layanan yang dibutuhkan untuk lansia daripada sebelumnya, sementara masalah yang timbul dari tingkat kelahiran yang tinggi belum terselesaikan. Meningkatnya jumlah penduduk lanjut usia, bersama

dengan tren menuju gaya hidup yang lebih menetap, telah mengakibatkan peningkatan kejadian penyakit degeneratif.

Di Indonesia pemerataan pelayanan kesehatan primer adalah adanya Pusat kesehatan primer (Puskesmas). Puskesmas adalah unit yang dilaksanakan secara teknis dari kantor kesehatan untuk melakukan pengembangan kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Pusat kesehatan primer memiliki peran strategis dalam masyarakat sebagai pintu masuk sebelum mereka dirujuk ke layanan kesehatan canggih seperti rumah sakit (Statistical yearbook of Indonesia, 2021). Pusat kesehatan primer menyediakan layanan darurat rawat jalan dan rawat inap. Layanan rawat inap di pusat kesehatan primer sering disediakan karena rumah sakit yang tidak dapat diakses (E M Sari Rochman, 2018).

Puskesmas di Indonesia juga memiliki peranan. Pada saat covid-19 masuk, hal tersebut telah mempengaruhi semua aspek kehidupan. SARS-CoV-2 menginfeksi semua kelompok umur, tetapi lansia paling terpengaruh dalam hal rawat inap dan kematian. Kondisi tersebut tecermin dari data Kementerian Kesehatan yang menunjukkan setengah kematian Covid-19 adalah para lansia. Proporsi kematian Covid-19 lansia berkisar 45,3 50,5% sejak Januari hingga pertengahan Juni 2021. Orang-orang dengan kondisi medis yang mendasarinya - seperti kanker, penyakit paru obstruktif kronik, obesitas, penyakit jantung serius, diabetes tipe 2, dll.-memiliki peningkatan risiko COVID-19. Hasil Riskesdas menunjukkan bahwa lebih dari 20%, orang dewasa indonesia memiliki hipertensi, lebih dari 15% memiliki diabetes mellitus, sekitar 5% memiliki penyakit jantung, sekitar 15% memiliki tingkat kreatinin tinggi yang menunjukkan penyakit ginjal kronis, dan sekitar 4% memiliki penyakit paru obstruktif kronik. Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2020 tercatat presentase penduduk berusia 60 tahun ke atas di kabupaten malang sebesar 11% dari total penduduk kabupaten malang (BPS, 2020). Berdasarkan angka tersebut diketahui bahwa jumlah penduduk lansia cukup tinggi. Kondisi ini telah menjadikan pemerintah provinsi Jawa Timur menjadikan geriatri sebagai salah satu program prioritas dengan mewujudkan Puskesmas Ramah Lansia.

Pada penelitian terdahulu dapat ditarik kesimpulan bahwa ada disparitas dalam penggunaan pelayanan kesehatan Puskesmas oleh lansia yang tinggal di daerah perkotaan dan pedesaan. Daerah perkotaan kemungkinan besar menggunakan lebih dari mereka yang tinggal di pedesaan. Selain itu, pemanfaatan puskesmas lansia juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, kepemilikan asransi, lama perjalanan, dan biaya transportasi. Akan tetapi, pembuat kebijakan belum menggunakan temuan sebagai landasan kesetaraan kebijakan layanan. (Ratna Dwi Wulandari., 2019)

Penelitian ini bertujuan untuk menggali dan menganalisis pemerataan layanan kesehatan primer lansia saat pandemi untuk mengevaluasi kinerja sistem perawatan kesehatan yang ada di Malang . Disparitas pelayanan kesehatan antara perkotaan dan pedesaan selalu menarik untuk dipelajari karena banyak hal yang dapat ditemukan dalam kasus ini. Salah satu karakteristik yang berbeda dari daerah perkotaan dan pedesaan adalah mempercepat pembangunan. Daerah perkotaan cenderung berkembang lebih cepat daripada yang pedesaan terutama di sektor kesehatan. Kepadatan hunian membuat pembangunan kesehatan terkonsentrasi di daerah perkotaan.

Jika tidak dikendalikan dengan benar, itu akan menyebabkan ketidaksetaraan besar antara perkotaan dan pedesaan. Kasus ini harus diteliti untuk memberikan gambaran tentang akses yang tidak seimbang dari hak-hak masyarakat pedesaan-perkotaan (Holliday TL, 2017). Padahal, sesuai prinsip kesetaraan yang benar, tidak boleh ada perbedaan dalam pemenuhan hak atas kesehatan dimanapun masyarakat menetap. Penelitian yang meneliti disparitas tersebut dapat menjadi pertimbangan bagi pemerintah untuk meningkatkan fasilitas kesehatan di pedesaan. Pemerintah harus bertanggung jawab untuk meminimalkan kesenjangan (Jiajia li., 2018).

## Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi kepustakaan. Metode Studi Pustaka adalah rangkaian kegiatan yang berkaitan dengan metode pengumpulan data perpustakaan, membaca dan mencatat, serta pengelolaan bahan penelitian. (Zed, 2008) . Studi kepustakaan merupakan kegiatan yang diperlukan dalam penelitian, khususnya penelitian universitas, yang tujuan utamanya adalah untuk mengembangkan aspek-aspek teoritis maupun aspek-aspek kemanfaatan praktis. Studi literatur dilakukan oleh setiap peneliti dengan tujuan utama menemukan landasan untuk memperoleh dan membangun landasan teori, kerangka refleksi dan untuk menentukan hipotesis sementara atau disebut juga hipotesis penelitian(Darmadi, Metode Penelitian Pendidikan, 2011).

Pengumpulan data berasal dari buku teks, jurnal, artikel ilmiah, tinjauan pustaka yang memuat konsep-konsep yang dipelajari. Analisis data dimulai dengan bahan penelitian yang secara berurutan dipandang

paling relevan, relevan, dan sangat relevan. Cara lain juga bisa, misalnya dengan melihat tahun penelitian dari yang terbaru, dan secara bertahap mundur ke tahun yang lebih tua. Baca rangkuman masing-masing penelitian terlebih dahulu untuk menilai apakah masalah yang dibahas konsisten dengan apa yang perlu diselesaikan dalam penelitian. (Darmadi, Metode Penelitian Pendidikan, 2011).

## Hasil dan Pembahasan

### Disparitas Situasi Kesehatan Lansia di Perkotaan dan Pedesaan

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Depsos RI, 2004). Populasi lansia terus meningkat seiring dengan kemajuan di bidang kesehatan, yang ditandai dengan meningkatnya usia harapan hidup dan rendahnya angka kematian. Perubahan demografi ini dapat berdampak pada bidang kesehatan, ekonomi dan sosial. Untuk itu diperlukan data terkait penuaan sebagai bahan pemetaan dan strategi kebijakan agar pertumbuhan penduduk lanjut usia menjadi potensi yang membantu membangun bangsa.

Dalam hampir lima dekade, persentase orang Indonesia meningkat lebih dari dua kali lipat, menjadi 9,9 % di mana ada sekitar satu % lebih banyak wanita daripada pria . 64,29 %, disusul usia paruh baya dan lanjut usia masing-masing 27,23 % dan 8,49 %. Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Utara dan Sumatera Barat. (Statistik, 2020) Situasi secara sosial ekonomi lansia di antaranya terkait dengan tingkat kemiskinan lansia, pendidikan dan ketenagakerjaan, perlindungan sosial, akses terhadap pelayanan kebutuhan dasar, dan aktivitas sosial. Gambaran kondisi sosioal ekonomi lansia membantu dalam memahami kondisi ketahanan (resiliency) dan untuk merancang program perlindungan sosial yang sesuai dengan kondisi penduduk di lokasi studi. Secara umum, lansia Indonesia berada pada kelompok yang rentan secara ekonomi dan sosial. (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan., 2020)



**Gambar 1.** Jumlah lansia di Indonesia berdasarkan jenis kelamin

Sumber : BPS, Susenas Maret 2020

Besarnya populasi lansia tentunya berdampak pada berbagai aspek kehidupan, baik sosial, ekonomi dan terutama kesehatan, karena dengan bertambahnya usia fungsi organ tubuh akan menurun baik karena faktor alam maupun penyakit. Pertumbuhan penduduk lansia menjadi tantangan tersendiri, terutama bagi mereka yang memiliki masalah sosial dan ekonomi. Besarnya jumlah penduduk dan masalah kesehatan lansia tidak dapat ditindaklanjuti dengan tersedianya kesempatan pelayanan yang memadai baik dari segi jumlah maupun kualitas.

Hingga saat ini, jumlah puskesmas dan rumah sakit santun lansia yang memberikan pelayanan geriatri masih terbatas. Pelayanan geriatri di rumah sakit sebagian besar berada di perkotaan, sedangkan 65,7% lansia berada di pedesaan. Menurut angka dari Kementerian Sosial, jumlah lansia yang dilayani di panti asuhan, dana pengurangan konsentrasi, Pusat Perlindungan Keluarga, jaminan sosial dan organisasi sosial lainnya hingga tahun 2008 baru mencapai 74.897 orang, atau 3,09% dari total jumlah terlantar. Lansia. Karena keterbatasan fasilitas pelayanan, akses lansia terhadap pelayanan yang diperlukan untuk perbaikan diri tidak terlaksana dengan baik (Kemkes, 2020).

Status kesehatan lansia dipengaruhi oleh ada tidaknya penyakit dalam tubuh lansia. Lansia yang tidak mengeluh sakit akan dapat beraktivitas dan beraktivitas. Riwayat penyakit subjek termasuk hipertensi, ginjal, jantung, diabetes, gangguan tiroid dan banyak lagi. Penyakit ini termasuk dalam kategori penyakit tidak menular, yang sering terjadi pada usia lanjut karena penurunan fungsi fisiologis akibat proses degeneratif. Masalah degeneratif dapat menurunkan daya tahan tubuh untuk rentan terhadap penyakit infeksi. Penyakit dalam sebulan terakhir pada topik ini adalah hipertensi, rematik, asam urat, sakit kepala, maag, batuk, demam

dan banyak lagi. Beberapa lansia memiliki lebih dari satu penyakit karena lansia mengalami gangguan kesehatan akibat penurunan fungsi fisik dan mental. Masalah kesehatan ini dapat menurunkan kualitas hidup lansia (Nursilmi, 2017).

Secara universal, kondisi lansia di Indonesia dapat diartikan jika lansia di Indonesia terdaftar sebagai lansia potensial. Lansia potensial ini banyak ditemukan di negara berkembang dan tidak memiliki manfaat sosial untuk hari tua. Mereka bekerja untuk kebutuhan keluarga yang menjadi tanggungan mereka. 24,24% tingginya persentase lansia aktif dapat diartikan, jika sebenarnya lansia masih mampu bekerja secara produktif untuk membiayai kehidupan rumah tangganya, namun di sisi lain hal ini menunjukkan bahwa tingkat kesejahteraan lansia masih rendah, sehingga bahwa meskipun sudah tua, mereka terpaksa bekerja untuk menghidupi rumah tangganya. Ini adalah informasi yang relevan. Sakernas tahun 2009, yang menunjukkan bahwa hampir 11% lansia hidup dalam kemiskinan. 13,55% lansia miskin tinggal di pedesaan dan hanya 7% lansia miskin tinggal di perkotaan. Dari data usaha berdasarkan sensus penduduk tahun 2019, terdapat proyeksi kondisi lansia yang semakin banyak jumlahnya (Dr. Istiana Hermawati, 2015).

Masyarakat perkotaan termasuk dalam kategori masyarakat modern yang menganut sistem gaya hidup modern/masa kini dimana ketika seorang anak mencapai usia dewasa dan menikah tentunya akan hidup terpisah dari lansianya, mandiri dan tidak tergantung pada keluarganya. Model hidup mandiri merupakan gengsi bagi seorang anak dewasa. Perubahan gaya hidup membuat anak-anak dewasa cenderung lebih nyaman di awal kehidupan hidup terpisah dari lansianya. Pamor untuk bisa memiliki rumah, mengurus keluarga tanpa peran serta lansia adalah dambaan bagi anak-anak yang sudah dewasa. Di sisi lain, nilai pembentukan anak dewasa dalam masyarakat selalu dilihat dari kemandirian anak.

Semua lansia di daerah semi perkotaan mengatakan bahwa pelayanan kesehatan di daerahnya sudah cukup baik, namun masih perlu ditingkatkan. Di Puskesmas Kecamatan selalu ada dokter umum dan perawat yang mengelola berbagai program sesuai fungsinya. Namun, belum ada pelayanan kesehatan khusus untuk lansia, seperti skrining status fungsional, emosional, gizi dan fungsional. Pelayanan puskesmas rawat jalan dan rawat inap tidak membedakan antara pasien lanjut usia dan pasien umum. Kebanyakan lansia mengatakan dokter dan perawat hanya merawat orang sakit, tidak meluangkan waktu lagi untuk mendengarkan cerita dan keluhan mereka. Beberapa orang lanjut usia mengatakan bahwa mereka belum menerima saran yang bermanfaat dan komprehensif tentang masalah kesehatan mereka.

Sebagian besar lansia di pedesaan mengatakan bahwa pelayanan kesehatan di wilayahnya belum berfungsi secara maksimal. Di Puskesmas, dokter hadir hanya 2 bulan yang lalu kosong untuk jangka waktu yang lama. Beberapa lansia mengingat nama-nama dokter PTT yang bekerja di puskesmas di daerahnya, namun kehadirannya hanya sebentar saja, kemudian puskesmas tersebut kosong dan hanya diisi oleh mantri atau perawat yang juga kepala puskesmas. Beberapa lansia di pedesaan lebih mempercayai dukun bayi yang disebut "orang cerdas" daripada perawat atau mantri. Para lansia mengaku jarang ke puskesmas karena puskesmas tidak memiliki dokter. Lansia di daerah semi perkotaan dan pedesaan melaporkan bahwa sarana/prasarana kesehatan di daerahnya belum memadai untuk berobat. Beberapa lansia mengatakan biaya pengobatan mahal ketika dirawat di puskesmas, namun keluhan tidak kunjung membaik. (Laurentius Aswin Pramono., 2012)

Lansia kelas menengah lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan di perkotaan sedangkan lansia dengan status sosial ekonomi tinggi lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan di perkotaan. Lansia di perkotaan memiliki potensi yang lebih baik untuk menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan dibandingkan di pedesaan. Sedangkan lansia di pedesaan lebih memilih menggunakan pelayanan medis rawat inap. (Wulandari, 2019)

### **Pemerataan Layanan Kesehatan Primer (Puskesmas)**

Kualitas hidup dan kualitas perawatan adalah hak asasi manusia. Kesetaraan dalam penyediaan dan aksesibilitas terhadap perawatan kesehatan adalah komponen kunci dari kualitas perawatan dan kualitas hidup. Sejalan dengan Pancasila ideologi nasional Indonesia dan Pasal 34 Undang-Undang Dasar Negara 1945, Indonesia telah mengakui dan memprioritaskan tujuan pemerataan akses terhadap perawatan kesehatan dan kesejahteraan. Undang-Undang Kesehatan Nasional No. 36 Tahun 2009 juga menyatakan: "Setiap warga negara memiliki hak untuk memiliki akses dan sumber daya dalam perawatan kesehatan, yang aman, berkualitas tinggi dan terjangkau. Dan oleh karena itu, setiap warga negara harus menjadi anggota asuransi nasional. "

Pilar utama dari strategi adalah jaringan pusat kesehatan primer yang berkembang dengan baik. Namun tergantung dari daerah tersebut, pusat kesehatan terdekat mungkin lebih dari satu jam jauhnya. Oleh karena itu masyarakat diharapkan untuk mengoperasikan pos kesehatan tingkat lokal untuk lansia (posyandu lansia) dengan bantuan perawat masyarakat dan tentara relawan (Pratono & Maharani, 2018). Posyandu lansia

menawarkan pemeriksaan kesehatan, obat non-resep, saran gaya hidup sehat, olahraga komunal dan team building di antara lansia. Banyak sukarelawan adalah lansia itu sendiri, mereka memegang pengetahuan lokal yang sangat baik tentang siapa lansia yang rentan. Ini telah menjadi salah satu kekuatan selama pandemi corona saat ini. Meskipun pos kesehatan membatasi kegiatan, para relawan terus memantau klien mereka yang lebih tua, baik melalui Whatsapp atau kunjungan ke depan pintu (Schröder-Butterfill, 2020).

**Tabel 1.** Jumlah Posyandu Lansia Di Kabupaten Malang

Wilayah	Posyandu Lansia
Perkotaan	415
Pedesaan	1335
Perkotaan-Pedesaan	1750

Sumber: Data dasar puskesmas provinsi jawa timur 31 desember 2020

Pada wilayah perkotaan, jumlah posyandu untuk lansia berjumlah 415 sedangkan untuk daerah pedesaan lebih banyak yaitu sejumlah 1335. Posyandu yang berada di perkotaan cenderung memberikan pelayanan yang terbaik karena ditunjang dengan fasilitas yang mumpuni menyebabkan jumlah posyandu di perkotaan tidak terlalu banyak seperti di desa. Berbeda, di pedesaan jumlah puskesmas lebih banyak dikarenakan banyak faktor penghambat dalam menumbuhkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan yang banyaknya jumlah posyandu belum berarti kualitas posyandu tersebut sudah baik. Ada beberapa faktor untuk meningkatkan kualitas akses pelayanan kesehatan masyarakat.

Upaya untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, di antaranya adalah dengan meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar. Peran puskesmas dan jaringannya sebagai institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di jenjang pertama yang terlibat langsung dengan masyarakat menjadi sangat penting. Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk meningkatkan kinerja puskesmas, diperlukan informasi yang lengkap tentang puskesmas.

#### Kesiapan pelayanan umum

Mengacu pada kemampuan kesehatan fasilitas untuk menyediakan layanan kesehatan dan diukur dalam hal ketersediaan fasilitas dasar. Berdasarkan 6 Dimensi/Area Mutu WHO (Aboriginal Health & Medical Research Council of New South Wales A literature review about indicators and their uses) yaitu : **Efisien**, Pelayanan kesehatan yang memaksimalkan sumber dayadan menghindari pemborosan ; **Efektif**, Pelayanan kesehatan yang erat pada basis bukti dan berhasil dalam meningkatkan luaran kesehatan individu atau komunitas berdasarkan kebutuhan ; **Mudah diakses**, pelayanan kesehatan yang tepat waktu, wajar secara geografis, dan disediakan dalam kerangka yang tepat darisisi keterampilan dan sumber daya untuk memenuhikebutuhan ; **Diterima**, Pelayanan kesehatan yang mempertimbangkan pilihan dan aspirasi individu pengguna layanan dan budaya komunitasnya tidak berpihak ; **Adil**, Pelayanan kesehatan yang tidak berbeda dalam kualitas karena karakteristik pribadi seperti gender, ras, etnis, lokasi geografis, dan status sosial ekonomi; **Aman**, Layanan kesehatan yang meminimalkan risiko dan kerugian bagi pengguna jasa.

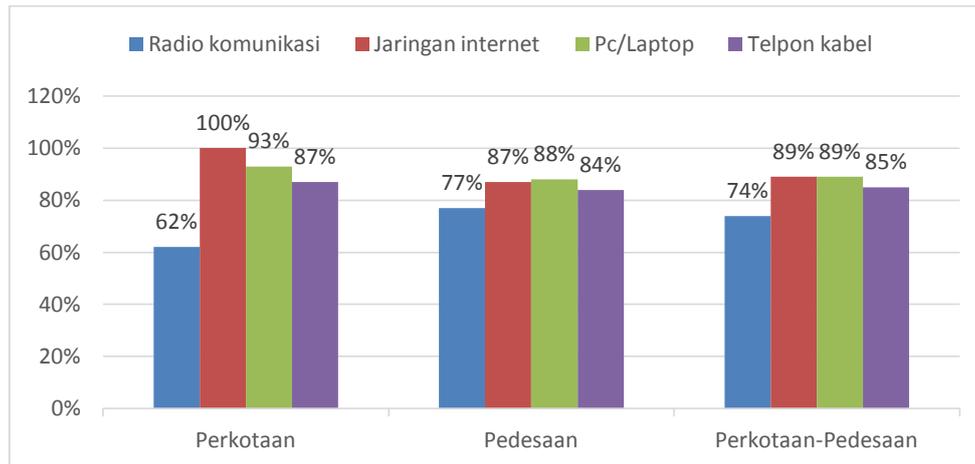
#### Komunikasi

Fasilitas kesehatan membutuhkan sistem komunikasi untuk berinteraksi dengan pasien dan penerima manfaat lainnya, fasilitas kesehatan lainnya serta sistem administrasi kesehatan (seperti kantor kesehatan kabupaten) untuk dapat berfungsi secara optimal. Sementara layanan komunikasi diperlukan untuk berbagai tujuan, satu bidang utama yang berdampak adalah rujukan, karena informasi sebelumnya ke fasilitas dapat memfasilitasi kesiapan yang lebih baik untuk menerima dan mengobati kasus darurat tanpa penundaan.

Berdasarkan data dasar puskesmas provinsi jawa timur tentang ketersediaan berbagai sarana komunikasi seperti radio komunikasi, jaringan internet, pc/laptop dan telepon kabel. (Gambar 2.) dari 33 kecamatan di 39 puskesmas kabupaten malang yang diambil sampelnya sebagai perbandingan, ketersediaan ponsel jauh lebih tinggi di puskesmas daerah perkotaan (87%), sementara ketersediaan telepon kabel di daerah pedesaan lebih rendah (84%).

Puskesmas di kabupaten malang daerah perkotaan tidak ada perbedaan besar dalam sistem komunikasi dibandingkan dengan di daerah pedesaan. Misalnya, ketersediaan telepon kabel, di mana 77% puskesmas pedesaan yang memiliki telepon kabel dibandingkan dengan 62% fasilitas perkotaan. Komputer memungkinkan komunikasi melalui email, memelihara catatan terkait fasilitas dalam format lunak, dan menggunakan aplikasi dan sistem informasi yang berbeda untuk mengirimkan informasi. Hampir semua puskesmas 89% memiliki komputer di fasilitas tersebut. Tidak ada perbedaan besar antara daerah perkotaan

dan. Dari puskesmas yang memiliki komputer, 100% puskesmas perkotaan memiliki akses ke Internet, hanya sekitar 87% dari puskesmas pedesaan. Meskipun tidak ada perbedaan signifikan dalam ketersediaan Internet perkotaan-pedesaan



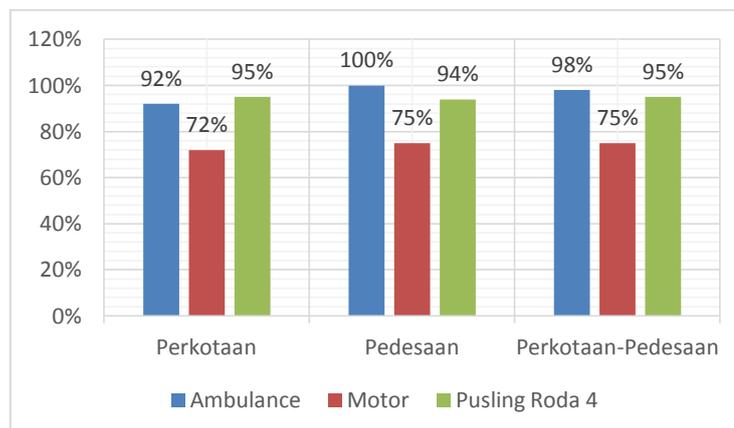
**Gambar 2.** Ketersediaan Layanan Komunikasi di Puskesmas Kabupaten Malang

Sumber: Data dasar puskesmas provinsi jawa timur 31 desember 2020

### Transportasi

Fasilitas puskesmas sering menawarkan tidak hanya perawatan kesehatan rutin, tetapi juga manajemen dasar keadaan darurat. Untuk manajemen definitif keadaan darurat dan komplikasi lainnya, pasien harus dirujuk ke fasilitas perawatan sekunder atau tersier. Waktu untuk perawatan adalah esensi di sini, dan keterlambatan dalam mencapai fasilitas yang tepat adalah salah satu penyebab terbesar kematian. Setiap fasilitas perawatan primer, membutuhkan layanan rujukan fungsional termasuk ketersediaan kendaraan untuk tujuan.

Sebagian besar puskesmas memiliki akses ke ambulance mereka sendiri. Dari jumlah tersebut, mayoritas 98% adalah kendaraan roda empat, yang merupakan idealfom transportasi darurat, meskipun beberapa di antaranya memiliki sepeda motor 78% dan puskesmas keliling (pusling roda 4) 95%. Hampir semua 98% dari puskesmas juga memiliki bahan bakar untuk kendaraan transportasi mereka. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara puskesmas pedesaan dan puskesmas perkotaan dalam akses transportasi.

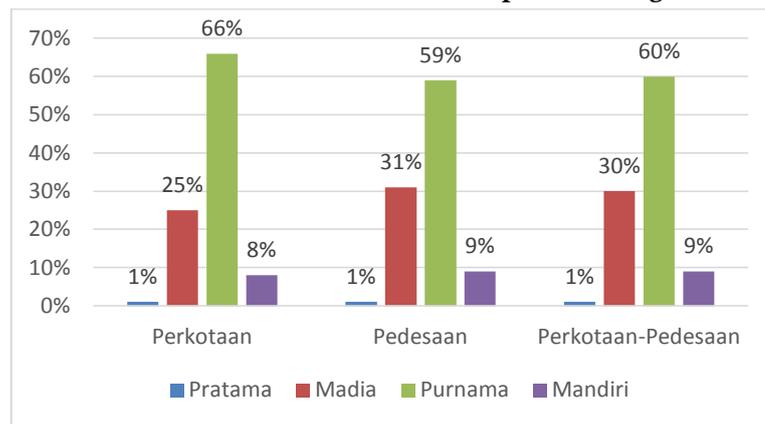


**Gambar 3.** Ketersediaan Layanan Transportasi di Puskesmas Kabupaten Malang

Sumber: Data dasar puskesmas provinsi jawa timur 31 desember 2020

### Akreditasi Puskesmas

Puskesmas juga semakin memberikan pelayanan yang berkualitas dan untuk menjamin perbaikan mutu tersebut dilakukan melalui mekanisme akreditasi. Akreditasi Puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di Puskesmas yaitu Administrasi Manajemen, Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan. Jika standar-standar tersebut terpenuhi, maka akan dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat untuk berkunjung ke Puskesmas.

**Gambar 4. Akreditasi Puskesmas Kabupaten Malang****Gambar 4. Akreditasi Puskesmas Kabupaten Malang**

Sumber: Data dasar puskesmas provinsi jawa timur 31 desember 2020

Fasilitas yang berlokasi di daerah perkotaan tampil lebih baik pada indeks kesiapan layanan dibandingkan dengan fasilitas pedesaan. Pembagian perkotaan-pedesaan dalam ketersediaan layanan dan kesiapan terlihat di baik fasilitas sektor publik maupun swasta di seluruh layanan umum dan sebagian besar layanan tertentu. Namun, ada beberapa domain tertentu di mana Ketersediaan layanan terkait lebih tinggi di fasilitas pedesaan dibandingkan dengan yang perkotaan.

Namun, ketersediaan fasilitas primer dan rujukan yang cukup tidak menjamin bahwa masyarakat memiliki akses yang sama terhadap perawatan berkualitas baik. Ketidaksetaraan akses adalah tantangan terbesar bagi pengembangan perawatan kesehatan Indonesia, dan akan berlangsung selama beberapa dekade mendatang.. Hal ini sebagian disebabkan oleh geografinya sebagai negara kepulauan, dan juga karena perbedaan infrastruktur dasar, kemampuan ekonomi dan kebijakan pemerintah daerah antar daerah, terutama di era desentralisasi. Selain itu, variasi kemampuan dan sumber daya yang dimiliki oleh pemerintah daerah di seluruh Indonesia menyebabkan masalah lebih lanjut, seperti maldistribusi tenaga kesehatan, obat-obatan dan peralatan medis. Masalahnya diperparah dengan penerapan strategi pengembangan perawatan kesehatan yang tidak tepat.

Misalnya, di pulau Jawa mayoritas puskesmas (lebih dari 80%) memiliki dokter umum lebih dari standar minimum, yaitu satu GP per puskesmas melakukan layanan rawat jalan dan dua dokter umum per puskesmas melakukan pelayanan rawat jalan dan rawat inap (Group, 2018). Masyarakat cenderung melewati fasilitas perawatan primer dan menggunakan praktik spesialis dan rumah sakit sebagai titik kontak pertama mereka dengan sistem perawatan kesehatan. Praktik ini saat ini sedang diperbaiki oleh kewajiban bagi anggota BPJS-Kesehatan untuk mengunjungi fasilitas perawatan primer sebagai titik kontak pertama dengan sistem perawatan kesehatan.

Perbedaan dalam alokasi sumber daya perawatan kesehatan bisa menjadi salah satu efek samping dari sistem desentralisasi. Kapasitas ekonomi masing-masing daerah bervariasi, yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk mengembangkan fasilitas perawatan kesehatan dan memberikan insentif bagi petugas kesehatan untuk bekerja di daerah mereka. Dengan demikian, desentralisasi telah menghadirkan tantangan baru bagi peningkatan distribusi sumber daya layanan kesehatan di Indonesia.

Temuan serupa dilaporkan di Indonesia dimana peserta menunjukkan minat yang sangat terbatas pada banyak layanan yang disediakan oleh program poslanisa (Pratono & Maharani, 2018).. Faktor budaya dan rendahnya literasi kesehatan juga tampaknya menjadi hambatan utama melaporkan bahwa meskipun panti jompo tersedia secara luas di Indonesia, tingkat peminat rendah karena kebanyakan lansia menunjukkan preferensi yang kuat untuk tinggal bersama keluarga mereka. Lansia cenderung pasif dalam mencari medicalcheck-up dan menghadapi hambatan kognitif untuk membuat keputusan rasional tentang penggunaan perawatan pencegahan. Oleh karena itu, hubungan dokter-pasien sangat penting karena kemampuan tenaga kesehatan untuk memberdayakan pasien dan menawarkan panduan yang jelas akan meningkatkan penggunaan layanan pencegahan dan promotif yang tepat pada lansia.

#### **Penghimpunan Protokol Kesehatan Covid-19 terhadap Lansia di Malang**

Di penghujung tahun 2019, dunia dihebohkan dengan kemunculan Corona Virus Disease 2019. Virus ini berasal dari kota Wuhan, Provinsi Hubei, China. Perkembangan virus ini tergolong sangat cepat, oleh karena

itu World Health Organization menyatakan Covid-19 sebagai pandemi global pada tanggal 11 Maret 2020. Penyebaran virus ini melalui udara yang dihasilkan saat batuk / bersin.

Penyebaran dapat secara langsung dengan orang yang telah terinfeksi ataupun secara tidak langsung dengan menyentuh permukaan yang terkontaminasi dan kemudian mengenai hidung, mulut, mata dan kulit manusia. Di Indonesia sendiri, virus Covid-19 telah memberikan dampak yang signifikan dan menjadi momok yang menakutkan. Dalam upaya memutus penyebaran covid-19 Pemerintah menghadapi dan mencegah pandemi Covid-19 melakukan beberapa kebijakan (Angelina, 2021).

Selain itu, muncul pula kekhawatiran dan kecemasan akibat Covid-19, seperti kebiasaan baru dan pembatasan rutinitas sehari-hari yang diterapkan untuk menyekat pemberitaan yang tersebar di surat kabar, majalah, dan media sosial di awal pandemi Covid-19 (Vahia, 2020). Pandemi COVID-19 memiliki dampak psiko-sosial langsung, bermanifestasi dalam kecemasan, panik, gangguan penyesuaian, depresi, stres kronis, dan insomnia.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa isolasi sosial pada kelompok lansia dianggap sebagai salah satu penyebab gangguan kesehatan mental yang serius karena mereka rentan secara psikososial. Meski *social distancing* adalah cara terbaik saat ini untuk melawan Covid-19, hal itu justru menciptakan banyak masalah baru bagi para lansia yang tinggal di panti jompo. Ini akan menyebabkan perasaan kesepian, peningkatan kecemasan, depresi yang mengarah ke pikiran untuk bunuh diri (Armitage, 2020).

Kurangnya pengetahuan tentang Covid-19 menjadi salah satu penyebab kecemasan pada populasi lansia. Seseorang dengan gangguan kesehatan mental lebih rentan terhadap Covid-19 karena kecemasan dapat menurunkan kekebalan seseorang sehingga lebih banyak terinfeksi Covid-19. (Armitage, COVID-19 and the consequences of isolating the elderly, 2020).

Di masa pandemi Covid-19, kesehatan mental sekelompok lansia harus diperhatikan dengan kerjasama semua pihak, termasuk keluarga, tenaga kesehatan, dan lansia itu sendiri. Sesuai dengan penelitian terdahulu, menciptakan adaptasi bagi lansia untuk mengurangi kecemasan berarti meningkatkan pengetahuan yang jelas dan benar tentang Covid-19. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan penjelasan. Penjelasan harus dirangkum sesederhana mungkin, ringkas, jelas dan ringkas, tidak boleh berlarut-larut. Seperti pada kelompok lain, kelompok yang lebih tua akan merasa aman dan tidak akan khawatir jika yang bersangkutan sudah mengetahuinya (Banerjee, 2020). Selain itu, dukungan sosial dari keluarga, rekan kerja dan teman melalui alat komunikasi harus tetap diberikan selama masa pandemi ini (Banerjee, The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play, 2020).

Di Kabupaten Malang, capaian vaksinasi Covid-19 terhadap lansia dinilai rendah. Hal ini dikarenakan timbulnya problematika karena lambatnya pemasukkan data. Vaksinasi yang harusnya 40% saat dievaluasi hanya 38%. Sesuai Informasi, capaian vaksinasi di Kabupaten Malang sebesar 66,31% atau 1.378.198 jiwa. Sementara itu, target vaksinasi adalah 2.078.406 jiwa (Erwin, 2021).

Kendala vaksinasi Kabupaten Malang adalah jumlah capaian vaksinasi Covid-19 bagi lansia di Kabupaten Malang belum mencapai nilai 50%. Untuk mempercepat pemerataan ini, pemerintah melakukan vaksin *door to door*. Selain itu dilakukannya screening ketat sebelum pelaksanaan vaksinasi untuk mengetahui para lansia memiliki penyakit komorbid atau tidak. Tujuan dilakukannya vaksin *door to door* untuk mencapai target vaksin 2 juta warga Kabupaten Malang pada akhir tahun. Kendala lainnya adalah sinkronisasi data. Ada lansia yang terdata tapi berada di luar wilayah (Erwin, Inilah Kendala Vaksinasi Covid-19 di Kabupaten Malang, 2021).

Solusi vaksinasi *door to door* yang dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Malang melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Malang dengan mengerahkan ratusan tenaga kesehatan sebanyak 339 nakes. Berdasarkan data terakhir tanggal 8/11/2021, vaksinasi dosis pertama sebesar 70,72%. Sementara vaksin dosis kedua masih dibawah 50%. Melalui vaksinasi *door to door* ini juga membantu pemerintah dalam menjangkau daerah pelosok. (Kompas.com, 2021).

Berbeda dengan Kota Malang, melalui Dinas Kesehatan Kota Malang menyatakan bahwa vaksinasi lansia tercatat sebesar 54% dari target sasaran 83.115 warga. Stok vaksin untuk lansia mencukupi. Akan tetapi vaksinasi tersebut memiliki kendala yakni salah satunya banyak lansia memiliki penyakit komorbid yang menyebabkan proses vaksinasi tertunda. Sebagian besar memiliki penyakit komorbid hipertensi. Sebelum vaksinasi, para lansia harus menjalani pengobatan terlebih dahulu. Setelah 1 minggu baru dapat menjalankan vaksinasi (Tanjung, 2021).

## Simpulan

Pada hasil penelitian menunjukkan bahwa isolasi sosial pada kelompok lansia dianggap sebagai salah satu penyebab gangguan kesehatan mental yang serius karena mereka rentan secara psikososial. Meski social distancing adalah cara terbaik saat ini untuk melawan Covid-19, hal itu justru menciptakan banyak masalah baru bagi para lansia yang tinggal di panti jompo. Ini akan menyebabkan perasaan kesepian, peningkatan kecemasan, depresi yang mengarah ke pikiran untuk bunuh diri. Disparitas yang terjadi pada pedesaan-perkotaan akan selalu menjadi hal yang menarik untuk dibahas. Disparitas pedesaan-perkotaan puskesmas terkait lansia pada saat pandemi masih terjadi di Indonesia. Pada Kabupaten Malang, lansia perkotaan cenderung mudah dalam mendapatkan akses kesehatan berbeda dengan lansia pedesaan yang cenderung susah dikarenakan beberapa faktor seperti tinggal di daerah pelosok. Hal terbukti dengan dilakukannya vaksinasi *door to door* oleh pemerintah Kabupaten Malang untuk menjangkau daerah yang sulit agar terciptanya pemerataan pelayanan kesehatan. Pemerataan di Kabupaten Malang cukup baik beriringan dengan kualitas kinerja perawat kesehatan.

## Referensi

- Aboriginal Health & Medical Research Council of New South Wales A literature review about indicators and their uses. (n.d.). 2013.
- Angelina, I. A. (2021). Penghimpauan Protokol kesehatan Saat Pandemi .
- Armitage, R. &. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The lancet Public Health*, 5(5), e256.
- Armitage, R. &. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256.
- Banerjee, D. (2020). Age and ageism in COVID-19' : Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian journal of psychiatry*, 51.
- Banerjee, D. (2020). The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian Journal of psychiatry*, 50.
- Darmadi, H. (2011). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta.
- Dr. Istiana Hermawati, M. (2015). Kajian tentang Kota Ramah Lanjut Usia . *Badan Pendidikan dan Penelitian Kesejahteraan Sosial Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial (B2P3KS) Yogyakarta* , 1-10.
- E M Sari Rochman, A. R. (2018). Method Extreme Learning Machine for Forecasting Number of Patient Visits in Dental Poli (A case Study: Community Health Centers Kamal Madura Indonesia). *Journal of Physics: Conference Series*, 953, 1-7. doi:doi :10.1088/1742-6596/953/1/012133
- Erwin, M. (2021). *Inilah Kendala Vaksinasi Covid-19 di Kabupaten Malang*. SuryaMalang.com.
- Erwin, M. (2021). *Komentar Bupati Malang M Sanusi Terkait Rendahnya Pencapaian Vaksinasi Covid-19 Terhadap Lansia*. SuryaMalang.com.
- Group, W. B. (2018). *Is Indonesia Ready to Serve? An Analysis of Indonesia's Primary Health Care Supply-Side Readiness*.
- Holliday TL, S. P. (2017, July). Disparities in Rural Breast Cancer Care: Factors Affecting Choice of Breast Reconstruction in a West Virginia Tertiary Care Hospital. *Am Surg*, 83(1), 717-721. doi:PMID: 28738941
- (2015). *Indonesia report 2015. United Nation Development Programme*.
- Jiajia li., L. S. (2018). Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. *BMC Health Services Research*(102). doi:https://doi.org/10.1186/s12913-018-2905-4
- Kompas.com. (2021). *Jangkau Warga di daerah Pelosok, pemkab Malang Vaksinasi Covid-19 "Door to Door"*. Kompas.com.
- Laurentius Aswin Pramono., C. F. (2012). Permasalahan Lanjut Usia di Daerah Perdesaan Terpencil (Problems of The Eldery in Remote Rural Area). *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 6(5), 201-211.
- Nursilmi, C. M. (2017). Hubungan Status Gizi Dan Kesehatan Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Dua Lokasi Berbeda (Relationship Nutritional and Health Status with Quality of Life of Elderly in Two Research Areas). *Jurnal MKMI*, 13(4), 369-379.
- (2015). *Political statistics 2015. Republic of Indonesia, Central Bureau of Statistics*. Central Bureau of Statistics.
- Pratono, A. H., & Maharani, A. (2018). Long-Term Care in Indonesia: The Role of Integrated Service Post for Elderly. *Journal of Aging and Health*.
- Ratna Dwi Wulandari., A. D. (2019, December ). Urban-Rural Disparity: The Utilization Of Primary Healthcare Centers Among Elderly In East Java, Indonesia. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 147-154. doi:Doi: 10.20473/jaki.v7i2.2019.

- 
- Schröder-Butterfill, E. (2020). Long-term care for older people in Indonesia: Unsustainable and unjust? (2021, March). *Statistical yearbook of Indonesia*. Badan Pusat Statistik.
- Statistik, B. P. (2020). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2020*. Badan Pusat Statistik.
- Tanjung, E. (2021). *Dinas Kesehatan: Capaian Vaksinasi Lansia di Kota Malang Tercatat 54 Persen*. suara jatim.id.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan., T. S. (2020). *Situasi Lansia di Indonesia dan Akses terhadap Program Perlindungan Sosial: Analisis Data Sekunder*. Jakarta : TNP2K Sekretariat Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan .
- Vahia, I. J. (2020). Older adults and the mental health effects of COVID-19. *JAMA*, 342(22), 2253-2254.
- Wulandari, R. D. (2019). *Disparitas Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Penduduk Usia Lanjut*. Unair News.
- Zed, M. (2008). *Metode Penelitian Kepustakaan*. Jakarta : Yayasan Obor Indonesia.