

PROBLEM DAN IMPLEMENTASI PELEDAKAN PENDUDUK LANSIA MENJELANG TAHUN 2020

Romziah S.B.*

Abstract

Indonesia's fertility rate has continued to decline, it dropped to 2.87 at the end of the long term development plan period. This fertility rate is projected to go down by 40 percent in the period 1990-2020. However, the life expectancy will increase to 17 percent. This therefore, means that the decline of the total fertility rate in Indonesia is faster than the rate of increase of the life expectancy rate.

A vital transition in Indonesia will have an affect the number of the elderly people at least upto the year 2020. There will be 28.8 million elderly people or 11.3 percent of the nation's population. Hence, the structure and composition of Indonesia's population will be significantly changed.

With the higher level of migration and increasing participation of females in the work force, chances that an elderly person will have a child living close - by is being reduced, also and the availability of caregivers in the family house is also declining. There are few problems facing care for the aged in Indonesia such as: low priority, inadequate information on the elderly, poor facilities and infrastructure, lack of essential personnel, spiraling medical cost, changing epidemiological pattern of disease, lack of resources, inadequate family support, insufficient operations research.

To improve on care for the elderly, the following need to be implemented: improved political commitment and the coverage of health service and or social services for the elderly, developing the relevant manpower to work with the elderly, identifying and mobilizing adequate resources to cover care for the aged.

Transisi Vital

Indonesia adalah salah satu negara di dunia selain India dan RRC yang berpenduduk besar dengan tingkat pertumbuhan yang relatif tinggi. Oleh karena itu, sejak Repelita I telah dirintis usaha-usaha untuk pengendalian jumlah penduduk melalui program

pengendalian tingkat kelahiran, penurunan tingkat kematian, persebaran penduduk yang lebih serasi dan merata, serta peningkatan kualitas penduduk. Selama seperempat abad pembangunan ini telah berhasil diturunkan angka fertilitas serta

* Dr. Romziah S.B. adalah staf peneliti Pusat Penelitian Kependudukan dan Pembangunan, Universitas Airlangga, Surabaya.

memasyarakatkan pola keluarga kecil, sejahtera, dalam arti komposisi keluarga menjadi 4 orang. Adanya pembangunan penduduk yang berkelanjutan masih memungkinkan menjadikan norma komposisi keluarga menjadi 3 orang, dengan harapan akan dicapai suatu kehidupan keluarga yang lebih bahagia dan sejahtera. Ukuran kesejahteraan keluarga didasarkan pada norma lebih takwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, kebutuhan sosial ekonomi tercukupi, dan kesempatan menempuh pendidikan yang tinggi bagi anggota keluarga terpenuhi.

Bahkan selama Repelita VI masih perlu dilakukan usaha pengendalian penduduk, pengembangan kualitas penduduk dan keluarga, di samping pengarahan mobilitas penduduk dengan tujuan menciptakan keseimbangan, keselarasan, dan keserasian antara penduduk dengan lingkungan. Kenyataan yang dihadapi atau yang dirasakan oleh masyarakat Indonesia saat ini adalah bahwa upaya pengendalian pertumbuhan penduduk selama PJPT I telah berhasil dengan baik melalui Gerakan Keluarga Berencana Nasional, yang telah menciptakan Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera.

Indikator yang tampak dari hasil pembangunan ini adalah terjadi penurunan tingkat kelahiran dan kematian. Sekitar tahun 1967-1970 ditunjukkan bahwa angka kelahiran total sebesar 5,6 anak per wanita. Semula diperkirakan bahwa pada akhir dekade PJPT I penurunan angka kelahiran total akan mencapai 2,99 anak per wanita. Tetapi, dari hasil pembangunan yang ada ternyata pencapaian angka kelahiran total

adalah 2,87, yang berarti bahwa pembangunan kependudukan telah berhasil menurunkan angka kelahiran total lebih cepat daripada yang diperkirakan. Indikasi yang lain menunjukkan bahwa penurunan angka fertilitas di Indonesia ternyata lebih cepat dibandingkan dengan penurunan angka mortalitas. Dari data yang telah diproyeksikan terlihat bahwa penurunan angka fertilitas mencapai 40 persen pada tahun 1990-2020, sedangkan angka harapan hidup waktu lahir meningkat sebesar 17 persen. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa secara nasional penurunan angka fertilitas di Indonesia lebih cepat dibandingkan dengan penurunan angka mortalitas.

Yang perlu diperhatikan adalah gambaran penurunan angka fertilitas dan mortalitas pada waktu lahir sangat bervariasi antarpropinsi. Perbedaan penurunan angka fertilitas dan mortalitas waktu lahir tersebut dapat disebabkan pola hidup, kultur sosio-budaya dan ekonomi yang berbeda antara satu propinsi dengan propinsi lain. Tabel 1 menunjukkan perkiraan angka fertilitas pada tahun 1990-2015 menurut propinsi. Dari data tersebut terlihat bahwa perkiraan angka fertilitas sampai dengan tahun 2000 nanti, Jawa Timur, Daerah Istimewa Yogyakarta, Bali, dan Sulawesi Utara sudah dapat ditekan sampai 1,4 hingga 1,8 per wanita. Proyeksi angka fertilitas semakin menurun hingga tahun 2015 mendatang. Dari data yang ada terlihat bahwa daerah-daerah transmigrasi seperti Lampung, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, dan Sulawesi Selatan juga akan mengalami

Tsbei 1
Perkiraan Fertilitas Tahun 1990-2015 menurut Propinsi

Propinsi	1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
1. Riau	4,088	3,578	3,128	2,738	2,383	2,094
2. Bengkulu	3,989	3,445	2,991	2,598	2,264	1,957
3. Lampung	4,064	3,604	3,029	2,818	2,263	1,958
4. Jawa Barat	3,466	3,609	2,810	2,264	1,964	1,764
5. Jawa Tengah	3,049	2,853	2,389	2,010	1,749	1,522
8. Jawa Timur	2,458	2,383	1,785	1,498	1,270	1,077
7. DI Yogyakarta	2,662	1,899	1,387	1,132	0,924	0,764
8. Bali	2,275	1,828	1,488	1,180	0,948	0,781
9. Nusa Tenggara Barat	4,975	4,438	3,959	3,531	3,150	2,810
10. Nusa Tenggara Timur	4,608	4,152	3,741	3,371	3,038	2,737
11. Kalimantan Barat	4,407	3,972	3,558	3,184	2,850	2,552
12. Kalimantan Tengah	4,029	3,252	2,669	2,190	1,890	1,360
13. Kalimantan Timur	3,275	2,909	2,584	2,295	2,038	1,810
14. Sulawesi Utara	2,667	2,145	1,713	1,388	1,098	0,873
15. Sulawesi Tenggara	4,908	4,344	3,645	3,403	3,012	2,668
18. Sulawesi Selatan	3,538	3,057	2,641	2,282	1,971	1,703
17. Irian Jaya	4,701	4,011	3,421	2,919	2,490	2,124
18. Maluku	4,593	3,924	3,353	2,885	2,448	2,091

Sumber: Kantor Menteri Negara Kependudukan, BKKBN dengan PPK UGM (1996)

penurunan angka fertilitas 1,4 hingga 1,9 anak per wanita.

Terjadinya penurunan angka mortalitas waktu lahir dan fertilitas merupakan hasil dari suatu proses yang di dalam teori dikenal dengan istilah "revolusi vital" (revolusi mortalitas dan fertilitas). Sebagai akibat dari revolusi mortalitas, anak-anak dapat bertahan hidup hingga dewasa. Akibat dari revolusi fertilitas ialah jumlah anak sedikit dengan kualitas lebih tinggi sehingga para orang tua akan lebih bahagia dan mempunyai banyak kesempatan untuk mengejar karier. Adanya kesempatan yang lebih tinggi bagi anak untuk mengenyam pendidikan tinggi membawa pembangunan ke arah "transisi pendidikan". Menyusul lagi adanya

transisi informasi dan transisi mobilitas sebagai akibat kemajuan teknologi dan sarana untuk informasi maupun mobilitas.

Dikaitkan dengan program pembangunan selama dekade PJPT I yang pada akhirnya dapat diturunkan angka.kematian bayi menjadi 58 per 1000 kelahiran hidup, padahal pada tahun 1967 angka kematian bayi tercatat 145 per 1000 kelahiran hidup. Menurut proyeksi, angka kematian bayi pada tahun 2018 mendatang dapat ditekan lagi menjadi 26 per 1000 kelahiran hidup.

Perubahan Struktur dan Komposisi Penduduk

"Transisi vital" ini akan diikuti dengan "transisi struktur usia", yang

pada akhirnya akan diikuti dengan perubahan struktur dan komposisi penduduk. Dengan demikian, akan terjadi pula perubahan jumlah penduduk pada masa yang akan datang. Pada awal pembangunan, jumlah penduduk didominasi oleh penduduk muda, namun dengan adanya "revolusi vital" akan berubah menjadi penduduk lanjut usia yang mendominasi dalam jumlah penduduk.

Sesungguhnya terjadinya "transisi vital" yang ditandai dengan penurunan angka kelahiran total menunjukkan adanya suatu pergeseran pola keluarga yang menganut norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera yang berimplikasi pula pada peningkatan pendidikan bagi anggota keluarga, peningkatan usia perkawinan, dan partisipasi kaum wanita dalam kegiatan ekonomi produktif.

Perubahan struktur dan komposisi penduduk dapat dilihat dari proporsi jumlah anak usia di bawah lima tahun (balita) dan lanjut usia (lansia). Dalam hal ini yang dikategorikan sebagai penduduk lansia adalah mereka yang telah berumur 60 tahun ke atas (60+). Pada tahun 1990 tercatat jumlah balita sekitar 21,6 juta, akan menurun menjadi sekitar 7,1 juta pada tahun 2020. Penduduk lansia yang tercatat sekitar 7,1 juta pada tahun 1990, meningkat menjadi sekitar 28,8 juta pada tahun 2020 mendatang. Meskipun terjadi "transisi vital", jumlah penduduk Indonesia masih akan tetap bertambah. Diperkirakan pada tahun 2020 mendatang penduduk Indonesia mencapai 254 juta.

Program yang telah dilaksanakan oleh pemerintah yang berkaitan

dengan pembangunan yang berwawasan kependudukan, dalam arti meningkatkan kualitas pelayanan pada masyarakat dalam berbagai aspek pembangunan (kesehatan, gizi, ekonomi serta sosio-budaya, sarana dan prasarana transportasi/mobilitas dan informasi), membawa dampak positif pada ketahanan fisik masyarakat.

Indikator ketahanan fisik yang tampak adalah dalam perspektif angka harapan hidup yang meningkat. Pada tahun 1993 angka harapan hidup penduduk Indonesia sudah bisa mencapai umur 62,7 tahun. Perkiraan angka harapan hidup ini akan semakin meningkat dari tahun ke tahun berikutnya. Seperti yang diproyeksikan pada tahun 1998 mendatang, rata-rata angka harapan hidup penduduk Indonesia menjadi 64,6 tahun dan pada tahun 2018 mendatang diperkirakan menjadi 70,6 tahun. Bisa dibayangkan bahwa pada tahun 2020 nanti ketahanan fisik penduduk Indonesia sudah semakin tinggi, demikian pula proporsi jumlah lansia akan semakin meningkat.

Tabel 2 menunjukkan perkiraan angka harapan hidup penduduk Indonesia menurut propinsi dan jenis kelamin. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa perkiraan angka harapan hidup penduduk wanita lebih tinggi dibandingkan dengan pria. Kenyataan ini bisa terjadi karena pada umumnya kaum pria yang bertindak sebagai kepala keluarga mempunyai tugas dan tanggung jawab yang besar di dalam keluarga. Hal ini menyebabkan mereka mendapat risiko yang tinggi terserang penyakit-penyakit yang tergolong penyakit degeneratif

Tabel 2
Perkiraan Angka Harapan Hidup menurut Propinsi dan Jenis Kelamin

No. Propinsi	1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Pria						
1. Riau	59,39	59,99	61,13	82,18	63,15	60,15
2. Bengkulu	58,48	59,24	60,66	61,95	63,12	63,12
3. Lampung	58,48	59,08	60,22	61,28	62,26	62,26
4. Jawa Barat	64,17	64,93	56,36	57,71	58,96	60,11
5. Jawa Tengah	59,39	59,98	61,03	82,11	63,06	63,94
8. Jawa Timur	59,71	60,12	60,91	61,65	62,36	63,06
7. DI Yogyakarta	64,66	64,98	65,58	56,06	66,57	87,04
8. Bali	62,46	62,93	63,91	64,63	65,39	65,10
9. Nusa Tenggara Barat	44,60	45,70	47,78	49,72	51,52	63,19
10. Nusa Tenggara Timur	56,66	57,52	58,78	59,94	61,02	62,02
11. Kalimantan Barat	56,99	56,56	57,66	58,69	58,06	60,57
12. Kalimantan Tengah	61,06	61,47	62,37	63,22	64,06	64,73
13. Kalimantan Timur	60,64	61,15	81,74	62,36	62,36	63,37
14. Sulawesi Utara	59,34	60,21	60,91	81,58	62,22	82,82
15. Sulawesi Tenggara	58,80	57,58	59,03	60,36	61,58	62,70
16. Sulawesi Selatan	58,25	58,97	60,32	61,56	62,69	63,73
17. Irian Jaya	65,24	55,57	58,22	58,64	57,45	58,03
18. Maluku	58,99	57,57	58,67	59,70	60,66	61,58
Wanita						
1. Riau	62,95	63,40	64,26	65,06	65,79	58,48
2. Bengkulu	61,99	62,58	63,67	64,66	65,57	60,40
3. Lampung	61,99	62,45	63,03	64,15	64,90	65,01
4. Jawa Barat	57,43	63,05	59,24	60,34	61,36	62,31
5. Jawa Tengah	82,95	63,93	64,23	65,01	65,73	65,40
6. Jawa Timur	63,29	63,60	64,21	64,73	65,32	65,63
7. DI Yogyakarta	63,64	63,73	69,03	69,41	69,73	70,02
8. Bali	65,21	65,64	67,15	67,72	63,25	63,75
9. Nusa Tenggara Barat	47,27	48,22	60,03	51,71	63,26	64,74
10. Nusa Tenggara Timur	60,27	60,79	61,79	62,71	63,57	64,37
11. Kalimantan Barat	59,35	59,31	60,69	61,51	62,29	63,03
12. Kalimantan Tengah	64,66	65,01	65,67	65,29	65,66	67,48
13. Kalimantan Timur	64,49	64,72	65,15	65,57	65,97	65,36
14. Sulawesi Utara	63,43	63,71	64,25	64,76	65,25	65,71
15. Sulawesi Tenggara	60,20	60,31	61,97	63,03	64,03	64,69
16. Sulawesi Selatan	61,75	62,31	63,35	64,31	63,19	66,03
17. Irian Jaya	60,90	61,14	61,60	62,04	62,48	62,69
16. Maluku	60,41	60,67	61,73	62,55	63,31	64,03

Sumber: Kantor Menteri Negara Kependudukan, BKKBN dan PPK UGM, 1996.

(jantung koroner, hipertensi, kolesterol, dan sebagainya), walaupun penyakit-penyakit ini bisa disebabkan pola makan dan gaya

hidup seseorang. Selain itu, dari Tabel 2 di atas dapat dilihat bahwasanya perkiraan angka harapan hidup penduduk Jawa Timur dan Bali

menunjukkan angka yang lebih tinggi dibandingkan dengan daerah-daerah lain.

Lebih lanjut dicermati bahwa jumlah lansia yang tinggal di kota makin lama makin meningkat. Pada tahun 1990 jumlah lansia yang tinggal di kota sebanyak 5,26 persen, sedangkan yang tinggal di desa sebanyak 6,75 persen. Data ini masih menunjukkan adanya perbedaan. Setelah diproyeksikan pada tahun 2020 mendatang, jumlah lansia yang tinggal di kota dan di desa hampir sama, masing-masing 11,20 dan 11,51 persen (Tabel 3). Bisa dikatakan bahwa meningkatnya urbanisasi di Indonesia akan diikuti dengan berbagai problem mengenai penduduk lansia.

Tabel 3
Jumlah dan Persentase Penduduk Lansia
di Indonesia berdasarkan Tempat Tinggal

Tahun	Jumlah		Porsen	
	Kota	Desa	Kota	Desa
1971	762.638	4.544.241	3,73	4,64
1960	1.452.964	6.545.999	4,42	5,75
1990	2.916.271	8.381.386	5,26	6,75
1995	4.209.999	8.568.213	5,60	6,95
2000	5.938.645	9.323.554	6,78	7,64
2005	7.798.380	9.973.829	7,60	8,20
2010	9.572.274	10.364.621	8,22	8,74
2015	12.380.321	11.612.232	9,38	9,97
2020	15.714.952	13.107.927	11,20	11,51

Sumber: Djuhari dan Evi (1994)

Problem Penduduk Lansia

Secara alami seseorang akan mengalami proses penuaan yang tidak dapat dihindari oleh siapa pun atau apa pun kedudukan seseorang. Secara biologis tubuh akan mengalami perubahan, sel-selnya menua dan mulai melemah ketahanannya. Proses

penuaan ini akan diikuti dengan penurunan kualitas fisik, mental, moral, kesehatan, dan potensi seseorang. Penurunan kualitas fisik pada lansia ditandai dengan tidak mampunya melakukan kegiatan atau aktivitas fisik yang tergolong berat. Hal ini bisa terjadi karena kekuatan otot dan tulangnya mulai melemah. Penurunan kondisi fisik orang yang sudah lanjut usia ini bisa ditandai dengan kemampuan pendengaran dan penglihatan yang mulai berkurang. Perubahan mental dan moral yang terjadi pada para lansia dapat terjadi karena kondisi lingkungan tertentu yang menyebabkannya stres. Proses penuaan pada seseorang menjadikan potensinya berkurang sehingga berimplikasi pada penurunan tingkat produktivitasnya. Demikian pula, kesehatannya mulai menurun karena cenderung lebih mudah terserang penyakit akibat ketahanan tubuh menurun.

Ditinjau dari sisi demografi, perubahan struktur dan komposisi penduduk yang menua akan mempengaruhi angka rasio ketergantungan, yaitu rasio antara penduduk yang tidak produktif dan penduduk yang produktif. Kalau kondisi penduduk semula yang muda tergantung pada yang tua, dengan adanya "transisi vital" hal itu akan bergeser ke arah penduduk yang tua tergantung pada yang muda. Atau dengan perkataan lain: *young dependency ratio* (rasio ketergantungan muda) bergeser ke *old dependency ratio* (rasio ketergantungan tua). Pada tahun 1990 rasio ketergantungan muda tercatat 59,6 menjadi 31,1 pada proyeksi tahun 2020 mendatang, sedangkan rasio ketergantungan tua meningkat

dari 6,5 pada tahun 1990 menjadi 10,3 pada proyeksi tahun 2020 (Ananta dan Anwar, 1990).

Banyak problem atau masalah yang dihadapi oleh penduduk lansia, misalnya: penurunan produktivitas, sumber *income* (pendapatan), perhatian, perumahan, yang kesemua faktor tersebut cenderung menurun tingkatannya atau bahkan tidak ada lagi, ditambah lagi dengan meningkatnya konsumsi untuk kesehatan dan fasilitas umum yang belum memadai untuk para lansia.

Sekarang, timbul pertanyaan yang ditujukan pada sisi mikro penduduk, dalam hal ini keluarga. Mengapa sampai terjadi kondisi berkurangnya perhatian anggota keluarga maupun kerabat terhadap para lansia? Sebenarnya, kondisi seperti ini terjadi secara tidak langsung, yaitu karena pembangunan kualitas penduduk menjadikan sumber daya manusia, harkat, dan martabatnya meningkat sehingga mereka dituntut untuk melakukan kegiatan dan mobilitas yang optimal. Akibatnya, waktu yang dicurahkan untuk memberi perhatian kepada orang tua berkurang. Ditambah lagi, partisipasi kaum wanita untuk melakukan aktivitas di luar rumah, baik keikutsertaannya di dalam organisasi maupun di pasar kerja menyebabkan kesempatan mereka untuk mengurus orang tua menjadi berkurang.

Ada perubahan pola keluarga besar (*extended family*) menjadi pola keluarga inti (*nuclear family*). Pada *extended family*, kakek atau nenek akan ditemui hidup bersama anak, menantu, dan cucu-cucunya dalam satu rumah tangga. Sekarang, dengan pola

keluarga inti, yang ditemui hanya ayah, ibu, dan dua atau satu anak saja dalam rumah tangga. Hal ini tidak mengurangi arti pembangunan. Yang penting sekarang ialah dilakukan suatu kepedulian terhadap para lansia, baik oleh keluarga, kerabat, masyarakat, pihak swasta, maupun pemerintah.

Beberapa aspek yang menjadi masalah atau problem yang dihadapi oleh pemerintah Indonesia dalam menghadapi peledakan penduduk lansia adalah pertama: prioritas untuk memenuhi kebutuhan lansia masih kecil, kedua: kurangnya informasi mengenai problem kehidupan lansia yang berhubungan dengan program dan *policy*. Ketiga: problem yang berhubungan dengan kurangnya fasilitas infrastruktur dan fasilitas yang ada untuk kepentingan para lansia. Keempat: kurangnya personil atau tenaga yang terdidik dalam memberikan pelayanan kepada para lansia. Kelima: biaya untuk kesehatan lansia cenderung meningkat. Keenam: adanya transisi demografi (transisi vital dan transisi mobilitas) dan transisi epidemiologi terjadi pergeseran pada penyakit. Sebagai contoh, dulu pola penyakit infeksi yang mendominasi morbiditas penduduk Indonesia, tetapi pada masa sekarang pola penyakit berubah menjadi penyakit-penyakit degeneratif, kanker maupun *psycho-social*, dengan demikian bentuk atau macam pelayanannya pun berbeda. Ketujuh: kurangnya dana yang dipergunakan untuk memenuhi kehidupan lansia yang sejahtera, di samping terjadinya penurunan dukungan dari pihak keluarga lansia. Kedelapan: kurangnya kegiatan

penelitian mengenai lansia dan yang berhubungan dengan populasi lansia.

Dalam pengembangan kualitas penduduk yang berkelanjutan, salah satu tantangan yang dihadapi adalah kelompok penduduk lansia, bagaimana menyiapkan dan memperoleh suatu kehidupan hari tua yang sehat, sejahtera dan bermartabat. Tantangan pelayanan fisik dan non-fisik, terutama pemanfaatan waktu luangnya secara baik di lingkungan komunitas tempat tinggal mereka memerlukan suatu pemikiran pemecahan yang terencana sejak mereka menjelang tua, serta bagaimana memanfaatkan kearifan dan kekayaan pengalaman baik dalam kegiatan-kegiatan produktif para lansia (Yaumil, 1996).

Implementasi pada Penduduk Lansia

Campur tangan pemerintah dalam menghadapi masalah peningkatan penduduk lansia telah dituangkan dalam bentuk kebijaksanaan pengembangan kelompok lansia. Dalam kebijaksanaan tersebut ditegaskan bahwa kelompok penduduk usia lanjut bukanlah kelompok yang sudah kehilangan potensi mereka sebagai sumber daya manusia. Kelompok lansia masih tetap dapat memainkan peranan penting, baik untuk keluarganya, komunitas, masyarakat dan negaranya. Kelompok penduduk ini penuh dengan pengalaman dan kematangan jiwa, pengetahuan serta kearifan yang sangat potensial. Oleh karena itu, kebijaksanaan untuk kelompok ini diarahkan untuk tetap memelihara kebugaran jasmani mereka. Hal itu ditempuh lewat pemenuhan gizi, penyediaan fasilitas

olah raga, dan mendayagunakan pengalaman, pengetahuan, dan keterampilan serta kearifan semaksimal mungkin untuk kemaslahatan bersama. Akan diusahakan agar mereka tidak tersingkir dari keluarga dan komunitas serta masyarakat dan tetap dapat menjalani hari tua secara sehat, sejahtera, dan bermanfaat. Kemungkinan penduduk lanjut usia untuk tetap berpartisipasi dalam kegiatan ekonomi produktif perlu tetap dibuka (Yaumil, 1996). Jadi, pada dasarnya dalam Repelita ke VI pengembangan yang ditujukan pada kelompok lansia diarahkan pada pertama peningkatan pelayanan, baik dalam segi kualitas maupun kuantitas infrastruktur; kedua peningkatan program manajemen, termasuk di dalamnya peningkatan sistem pelaporan dan pencatatan data yang berkaitan dengan penduduk lansia.

Dari uraian kebijaksanaan maupun strategi pengembangan kualitas lansia, implementasi yang dapat secara langsung diberikan pada kelompok lansia pada masa sekarang ini adalah dwifungsi ABRI, perpanjangan usia pensiun bagi tenaga akademik yang mempunyai jabatan profesor (65-70 th), penempatan kerja di bidang pendidikan atau konsultan bagi pejabat struktural yang telah pensiun. Pemberian fasilitas infrastruktur yang menjadikan para lansia mudah melakukan mobilitas misalnya reduksi ongkos transportasi publik, pelayanan kesehatan baik di puskesmas maupun rumah sakit umum.

Untuk mempertahankan kondisi fisik maupun mental para lansia agar tetap stabil dapat ditempuh cara: pertama, upaya memberi kesadaran

kepada masyarakat agar mau merawat orang tua; kedua, menciptakan lingkungan supaya keluarga dapat menerima dan merawat orang tua. Dalam hal ini kemungkinan pola rumah tangga berubah lagi menjadi *extended family*. Dalam merawat orang tua atau lansia perlu dipelihara juga kesehatannya karena lansia lebih rawan terhadap penyakit infeksi maupun patah tulang, sebaiknya keluarga juga memahami obat-obatan yang diperlukan oleh lansia pada saat mengalami menopause. Sebaiknya lansia dihindarkan dari kebiasaan merokok. Perlu intervensi keluarga untuk melakukan kontrol kesehatan secara rutin. Tentunya hal ini juga tidak luput dari kebiasaan hidup bersih.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai lansia, dikatakan bahwa umumnya lansia lebih senang tinggal bersama anak dan cucunya dibandingkan dengan tinggal di Panti Werdha. Hal ini berkaitan dengan kultur sosial-budaya bangsa Indonesia yang telah ditanamkan agar menghormati orang tua sehingga keluarga maupun lansia itu sendiri menghendaki tinggal bersama, terkecuali ada hal-hal tertentu yang menyebabkan pilihan terakhir untuk tinggal di Panti Werdha. Lebih jauh kalau ditelusur alasan apa sehingga lansia tinggal di Panti Werdha, maka jawabannya ada 5 macam. **Pertama**, mereka merasa tidak dikehendaki oleh keluarga (*unwanted person*); **kedua** tidak ingin merepotkan anak; **ketiga** tidak menghendaki kebisingan; **keempat** sebatang kara; dan **kelima** tidak mampu atau terlantar.

Tidak tertutup kemungkinan bahwa ada sekelompok lansia yang

mandiri, justru ingin tinggal di rumahnya sendiri tanpa merepotkan sanak-keluarganya. Menghadapi tipe lansia yang mandiri ini perlu diciptakan kondisi masyarakat yang mau mempedulikan lansia yang ada di sekitarnya. Di samping itu, perlu dikembangkan perawat keluarga lansia, perawat bertugas mendatangi rumah-rumah keluarga yang memiliki lansia dan merawatnya. Demikian pula, fasilitas-fasilitas umum hendaknya memenuhi syarat mobilitas dan hiburan untuk lansia, seperti trotoar dibuat aman, mungkin pula dilengkapi penopang untuk membantu lansia selama berjalan, tersedia *lift* atau *escalator* di gedung-gedung bertingkat, bebas bea naik angkutan kota, tersedia taman lansia, dan sebagainya.

Menghadapi peledakan penduduk lansia yang semakin bertambah dengan prioritas sedikit untuk mereka, maka pendanaan untuk para lansia ini tidak bisa sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah, tetapi perlu partisipasi keluarga, masyarakat, dan pihak swasta. Dapat juga dipersiapkan pola tabungan atau asuransi untuk hari tua.

Untuk mengoptimalkan aktualisasi maupun interaksi sosial para lansia di lingkungan masyarakat, pada akhir-akhir ini sudah mulai digalakkan pembentukan perkumpulan kelompok lansia, baik di tingkat kelurahan, kecamatan, kota, maupun propinsi. Sebagai contoh di Jawa Timur telah didirikan Yayasan Gerontologi yang diberi nama Yayasan Abyoso, yang bergerak dari skala propinsi sampai dengan skala kabupaten. Ada juga ditemui kelompok komunitas lansia di tingkat RW yang biasa dikenal dengan istilah Karang Werdha. Dalam

kelompok Karang Werdha dilakukan beberapa aktivitas yang berkaitan dengan usaha pendekatan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa sebagai insan yang beragama, pengisian waktu luang

dengan membuat kegiatan kerajinan tangan, kontrol kesehatan secara rutin dan olah raga, dan sesekali diadakan rekreasi bersama.

Referensi

- Ananta, Aris. 1995. "Rangkuman: antara jumlah dan mutu penduduk", dalam Aris Ananta, eds., *Transisi demografi, transisi pendidikan dan transisi kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN. hal. 1-43.
- Djuhari, M.W. and N.A., Evi. 1994. "Aging in Indonesia: demographic characteristics: future directions in aged care in Indonesia", in *Proceedings of Joint Indonesia - Australia Seminar*. July. Jakarta. hal. 20-26.
- Estes, C.L. and Rundall, T.G. 1992. "Social characteristics, social culture, and health in the aging population", in M.G. Ory, R.P. Abeles, and P.D. Lipman, eds., *Aging, health and behavior*. s.l.: Sage. pp. 299-326.
- Hugo, G. 1994. "Aging in Indonesia and Australia: similarities and differences future directions in aged care in Indonesia", in *Proceedings of Joint Indonesia - Australia Seminar*. July. Jakarta. p. 32.
- Indonesia. Kantor Menteri Negara Kependudukan/Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. 1996. *Evaluasi dampak kebijaksanaan, pengelolaan perubahan jumlah, struktur dan komposisi penduduk*. Jakarta: Kerja sama Kantor Menteri Negara Kependudukan/Kepala BKKBN dengan Pusat Penelitian Kependudukan, Universitas Gadjah Mada.
- Nardho, G.S. 1994. Initiatives in aged care in Indonesia; preparing ourselves for the aging process and the extend of public responsibility: future directions in aged care in Indonesia, *Proceedings of Joint Indonesia - Australia*. Seminar, Juli, Jakarta, pp. 74-80.
- Wilopo, Siswanto, Agus. 1996. "Kebijaksanaan kependudukan Indonesia selama Repelita VI", dalam Agus, Dwiyanto eds., *Penduduk dan pembangunan*. Yogyakarta: Aditya Media. hal. 367-398.
- Yaumil, C.A.A. 1996. *Peranan kualitas penduduk dalam pembangunan nasional yang berkelanjutan*. Jakarta: Kantor Menteri Negara Kependudukan / Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Pelantikan Demografi II di UGM, 2 September.