

Skripsi

**GAMBARAN TINGKAT *HEALTH LITERACY* LANSIA DAN PERILAKU
MENCARI BANTUAN KESEHATAN LANSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PACCERAKKANG**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk
mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



Oleh:

NURFITA DEWI

C12116020

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2020

Halaman Persetujuan

Skripsi dengan Judul :

**GAMBARAN TINGKAT *HEALTH LITERACY* LANSIA DAN PERILAKU
MENCARI BANTUAN KESEHATAN LANSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PACCERAKKANG**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi
Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin*

Oleh :

NURFITA DEWI

C12116020

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

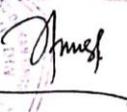

Kuswani S. Kadar, S.Kp.,MN.,Ph.D
NIP. 197603112005012003


Nurhaya Nurlin, S.Kep.,Ns.,MN.,MPH
NIP. 198203152008122003

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin




Dr. Yuliana Svam S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 19760618 200212 2 002

Halaman Pengesahan

**GAMBARAN TINGKAT *HEALTH LITERACY* LANSIA DAN PERILAKU
MENCARI BANTUAN KESEHATAN LANSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PACCERAKKANG**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada

Hari/Tanggal: Selasa/11 Agustus 2020

Pukul : 14.30-Selesai

Tempat : Via Online

Disusun Oleh :

NURFITA DEWI

C12116020

Dan yang bersangkutan dinyatakan

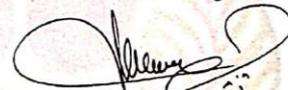
LULUS

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II


Kusriani S. Kadar, S.Kp., MN., Ph.D
NIP. 197603112005012003


Nurhaya Nurdin, S.Kep., Ns., MN., MPH
NIP. 198203152008122003

Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin


Dr. Yuliana Svam S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 19760618 200212 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Nurfita Dewi

NIM : C12116020

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan atau tulisan orang lain kecuali yang tertera dalam naskah serta tercantum dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian besar atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, 28 Agustus 2020

buat pernyataan

(Nurfita Dewi)

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Tiada kata yang pantas penulis lafaskan kecuali ucapan puji dan syukur kehadirat Allah *subhanahu wa taala* atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul

“Gambaran Tingkat *health literacy* Lansia dan Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Paccerrakkang”. Shalawat dan salam senantiasa tercurahkan kepada baginda Rasulullah *Shallallahu ‘alaihi Wa Sallam* serta kepada keluarga, dan para sahabat beliau.

Penyusunan skripsi penelitian ini merupakan salah satu syarat agar dapat menyelesaikan pendidikan sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin. Penyusunan skripsi penelitian ini tentunya melalui banyak hambatan dan kesulitan sejak awal hingga akhir penyusunan skripsi ini. Namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerja sama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi peneliti dapat diatasi. Oleh karena itu dengan penuh kesadaran dan kerendahan hati, penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada keluarga tercinta saya ayahanda Sudirman, Ibunda Syamsuria, serta kakek dan nenek Husaema dan Sitti Marnawiah serta seluruh keluarga besar saya yang telah banyak memberikan doa dan dukungan baik moril maupun materil. Pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya pula kepada yang terhormat:

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Abdul Majid, S.Kep.,Ns,M.kep.,Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing selama perkuliahan di Fakultas Keperawatan.
4. Ibu Kusrini S. Kadar, S.Kp.,MN.,Ph.D selaku pembimbing satu dan Ibu Nurhaya Nurdin, S.Kep.,Ns.,MN.,MPH selaku pembimbing dua yang senantiasa memberikan masukan dan arahan dalam penyempurnaan proposal ini.
5. Bapak Syahrul, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D selaku penguji satu dan Ibu Arnis Puspitha R., S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji dua yang telah memberikan arahan dalam proses penyusunan proposal.
6. Seluruh Dosen, Staf Akademik, Staf Perpustakaan Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Staf Perpustakaan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang banyak membantu selama proses perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
7. Kepala Puskesmas Paccerrakkang, Ibu Wahida selaku penanggungjawab lansia, serta kader-kader Posyandu lansia yang telah membantu demi terlaksananya penyusunan skripsi ini.

8. Sahabat saya yaitu Ayu, Ani, Fatih, Nopi, Sonia, Popi dan Rahma yang telah memberikan dukungan serta menjadi tempat berbagi suka dan duka selama proses penyusunan skripsi ini.
9. Teman sepembimbingan saya, teman-teman TR16EMINUS, dan seluruh pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang turut membantu dalam proses penyusunan skripsi ini.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, penulis tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali berdoa semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati peneliti menyadari bahwa peneliti hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penyusunan proposal penelitian ini. Maka dari itu peneliti senantiasa mengharapkan masukan yang konstruktif sehingga peneliti dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, 11 Agustus 2020

Nurfita Dewi

ABSTRAK

Nurfita Dewi: C12116020. **Gambaran Tingkat *health literacy* Lansia dan Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Paccerrakkang**, dibimbing oleh Kusrini S. Kadar dan Nurhaya Nurdin.

Latar Belakang: Peningkatan jumlah populasi lansia di Indonesia diharapkan dapat menjadi kesempatan yang baik pembangunan bangsa Indonesia kedepannya. Dalam rangka mewujudkan hal tersebut, pemerintah wajib menyediakan fasilitas layanan kesehatan yang optimal bagi warga negaranya. Keberhasilan pelayan kesehatan tidak hanya dinilai dari kualitas pelayanan serta petugas kesehatan yang terlibat, tetapi juga dipengaruhi oleh pemahaman pasien untuk mengakses dan menggunakan layanan kesehatan. *Health literacy* penting untuk diketahui sebab berkaitan dengan kemampuan individu untuk mendapatkan informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan serta perilaku individu dalam mencari bantuan kesehatan.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat *health literacy* dan perilaku mencari bantuan kesehatan pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Paccerrakkang.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode survei deskriptif. Instrumen yang digunakan yakni kuisioner REALM-SF untuk menilai tingkat *health literacy* serta kuisioner perilaku mencari bantuan kesehatan. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 156 orang.

Hasil: Sebanyak 26.9% lansia memiliki tingkat *health literacy* rendah, 39.7% berada pada tingkat *health literacy* marginal, dan 33.3% memiliki tingkat *health literacy* memadai. Usia dan pendidikan menunjukkan perbedaan bermakna dengan tingkat *health literacy* ($p < 0.05$). Sebanyak 91.7% responden telah menunjukkan perilaku mencari bantuan kesehatan dengan mengunjungi layanan kesehatan yang tersedia seperti Posyandu lansia, Puskesmas, Klinik kesehatan, serta Rumah sakit. Namun, hanya 25.6% lansia yang secara rutin melakukan kunjungan ke Posyandu lansia, sedangkan pada Puskesmas sebanyak 30.8%, Klinik swasta sebanyak 9%, serta Rumah sakit sebanyak 12,2% lansia yang secara rutin melakukan kunjungan dalam setahun terakhir. Ditemukan perbedaan yang bermakna antara status kesehatan dan keluhan kesehatan, serta tingkat *health literacy* dengan perilaku mencari bantuan kesehatan. Sebagian besar yang mencari bantuan kesehatan memiliki tingkat *health literacy* marginal (40.6%) dan memadai (36.4%).

Kesimpulan: sebagian besar responden berada pada tingkat *health literacy* marginal dengan kemampuan membaca setara dengan siswa kelas 7-8. Hampir seluruh responden telah menunjukkan perilaku mencari bantuan kesehatan, namun masih sedikit yang mengunjungi layanan kesehatan secara rutin. Oleh karena itu dibutuhkan upaya proaktif dari petugas kesehatan untuk meningkatkan kunjungan rutin lansia ke layanan Kesehatan.

Kata kunci: *health literacy*, perilaku mencari bantuan kesehatan, lansia

Kepustakaan: 71 kepustakaan

ABSTRACT

Nurfita Dewi: C12116020. **Description of Elderly Health Literacy and Health Seeking Behavior in Puskesmas Paccerrakkang**, guided by Kusri S. Kadar and Nurhaya Nurdin.

Background: Increasing the number of elderly population in Indonesia is expected to be a good opportunity for the Indonesian people going forward. In order to achieve this, the government must provide health care facilities. The success of health care workers not only discusses the quality of services and health workers involved, but also relates to the understanding of patients to access and use health services. Health literacy is important to consider because it relates to the ability of individuals to obtain health information in an effort to improve health status and health seeking behavior.

Objective: to identify the level of elderly health literacy and health seeking behavior in Puskesmas Paccerrakkang.

Method: The study is a quantitative study using descriptive research approach. The instrument used was the REALM-SF questionnaire to assess the level of health literacy and the health seeking behavior of respondents. The number of respondents in this study were 156 people.

Results: 39.7% respondents were at a marginal level of health literacy, followed by 33.3% for having adequate level of health literacy and 26.9% of elderly had a low level of health literacy. Age and education were significantly related to the level of health literacy ($p < 0.05$). As many as 91.7% of respondents have requested health assistance with available health services such as the elderly Posyandu, Puskesmas, health clinics, and hospitals. However, only 25.6% of the elderly make regular visits to the Posyandu of the elderly, while in the Puskesmas as much as 30.8%, private clinics as much as 9%, and hospitals as much as 12.2%. It was found that there was a significant relationship between health status, health complaints, and the level of health literacy with health seeking behavior. Almost half of elderly who seek health assistance have a marginal health literacy level (40.6%) and adequate health literacy (36.4%).

Conclusion: the majority of respondents were at an marginal health literacy with the ability to read equal to students of grades 7-8. Almost all respondents have proven to seek health assistance, but only a few provide routine health services. Nearly half of elderly who seek health assistance have a marginal health literacy level.

Keywords: Health literacy, health seeking behavior, elderly

Literature: 71 references

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II.....	7
TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Tentang <i>health literacy</i>	7
B. Tinjauan Tentang Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan Lansia	23
BAB III	28
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	28
A. Kerangka Konsep.....	28
BAB IV	29

METODE PENELITIAN.....	29
A. Rancangan Penelitian.....	29
B. Tempat dan waktu Penelitian.....	29
B. Populasi dan Sampel.....	29
C. Alur Penelitian.....	32
D. Variabel Penelitian.....	33
E. Instrumen Penelitian.....	34
F. Pengolahan dan Analisa Data.....	36
G. Masalah Etika.....	37
BAB V.....	39
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	39
A. Hasil Penelitian.....	39
B. Pembahasan.....	63
C. Keterbatasan Penelitian.....	77
BAB VI.....	78
KESIMPULAN DAN SARAN.....	78
A. Kesimpulan.....	78
B. Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA.....	80
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	87

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep.....	28
Bagan 4.1 Alur Penelitian	32

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1.1 Distribusi karakteristik lansia di wilayah kerja Puskesmas Pacerakkang (n=156).....	40
Tabel 5.1.2 Data keluhan kesehatan lansia di wilayah kerja Puskesmas Pacerakkang (n=156).....	411
Tabel 5.2 Persentase tingkat <i>health literacy</i> lansia di wilayah kerja Puskesmas Pacerakkang (n=156).....	43
Tabel 5.3.1 Persentase perilaku mencari bantuan kesehatan lansia di wilayah kerja Puskesmas Pacerakkang (n=156).....	44
Tabel 5.3.2 Data perilaku kunjungan lansia ke layanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Pacerakkang (n=156)	45
Tabel 5.4. Gambaran tingkat health literacy berdasarkan karakteristik lansia di wilayah kerja Puskesmas Pacerakkang.....	49
Tabel 5.5 Gambaran perilaku mencari bantuan kesehatan berdasarkan karakteristik responden di wilayah kerja Puskesmas Pacerakkang.....	54
Tabel 5.6 Gambaran perilaku mencari bantuan kesehatan berdasarkan tingkat <i>health literacy</i> lansia di wilayah kerja Puskesmas Pacerakkang.....	62

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan nasional yang telah dilakukan pemerintah Indonesia dalam bidang kesehatan telah meningkatkan angka harapan hidup (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Hasil sensus penduduk di tahun 2010 menunjukkan bahwa penduduk Indonesia memiliki angka harapan hidup atau biasa juga disebut dengan usia harapan hidup 70,7 tahun, yang diproyeksi akan mengalami kenaikan menjadi 72,2 tahun pada periode 2030-2035 (Badan Pusat Statistik, 2013). Peningkatan usia harapan hidup menyebabkan proporsi populasi lanjut usia (lansia) juga mengalami peningkatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016)..

Peningkatan jumlah penduduk lansia dapat dilihat dari data Badan Pusat Statistik (BPS), yang menggambarkan bahwa saat ini Indonesia sedang bertransisi ke arah struktur penduduk tua (*ageing population*) sebab jumlah penduduk lansianya telah melebihi angka 7 persen yakni mencapai 9,27 persen atau sekitar 24,49 juta jiwa pada tahun 2018 (Badan Pusat Statistik, 2018b). Nilai tersebut mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya yang hanya mencapai angka 8,97 persen (Badan Pusat Statistik, 2017). Persentase penduduk lansia diproyeksikan akan mengalami peningkatan menjadi 19,9 persen (63,3 juta jiwa) pada tahun 2045 (Badan Pusat Statistik, 2018a). Peningkatan jumlah lansia dapat menjadi kesempatan atau tantangan terhadap keadaan bangsa Indonesia kedepannya,

tergantung bagaimana peran semua pihak dalam merencanakan kehidupan lansia di masa mendatang (Badan Pusat Statistik, 2018b).

Pemerintah memberikan perhatian yang cukup besar terhadap fenomena tersebut. Hal ini diperkuat dengan diterbitkannya Undang Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia. Di bidang kesehatan, Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menyebutkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi lansia ditujukan untuk menjaga agar lansia tetap sehat, mandiri, aktif dan produktif secara ekonomi maupun sosial, sehingga dalam rangka mewujudkan hal tersebut pemerintah wajib untuk menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan serta memfasilitasi pengembangan kelompok lanjut usia (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Keberhasilan pelayanan kesehatan, bukan hanya dinilai dari kualitas program serta petugas kesehatan yang terlibat, tetapi bagaimana pemahaman pasien untuk mengakses dan menggunakan layanan kesehatan tersebut juga berperan dalam keberhasilan pelayanan kesehatan (Kohan *et al*, 2007). Kemampuan individu untuk memperoleh, memproses, dan memahami informasi serta sumber-sumber kesehatan dasar yang diperlukan untuk membuat keputusan terkait kesehatannya secara tepat dikenal dengan sebutan *health literacy* (Nutbeam, 2000;Parker, 2016). *health literacy* mempengaruhi perilaku individu untuk memperoleh layanan kesehatan yang mereka butuhkan (Wang, Lang, Xuan, Li, & Zhang, 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Mullen (2013) mencatat bahwa kelompok lanjut usia

menempati salah satu posisi sebagai populasi dengan prevalensi tertinggi yang memiliki *health literacy* rendah. Keterbatasan *health literacy* dikaitkan dengan kondisi kesehatan yang buruk khususnya dikalangan lanjut usia, di mana hal tersebut berdampak pada penggunaan layanan kesehatan preventif relatif terbatas, meningkatnya kunjungan rumah sakit, kondisi kesehatan yang buruk, serta tingginya angka kematian (Vogt, Schaeffer, Messer, Berens, & Hurrelmann, 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Berens, Vogt, Messer, Hurrelmann, & Schaeffer (2016) di Jerman juga menemukan bahwa tingkatan *health literacy* menurun seiring bertambahnya usia dan terdapat 66,4% lansia berusia 65 tahun keatas yang memiliki tingkat *health literacy* terbatas. Di Indonesia sendiri, dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Irwan et al. (2016) mencatat bahwa terdapat 25% lansia memiliki tingkat melek huruf setara dengan tingkat kelas 3. Ini menunjukkan bahwa rendahnya tingkat *health literacy* menjadi permasalahan serius dikalangan lanjut usia. Oleh karena itu, *health literacy* penting untuk diketahui, sebab berkaitan dengan kemampuan individu untuk mendapatkan informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraannya yang bisa berdampak pada perilaku individu dalam mencari bantuan kesehatan (Mardiana, Irwan, & Syam, 2017).

Lansia umumnya dianggap lebih enggan mencari bantuan kesehatan terhadap penyakitnya (Mahesh et al., 2013; Hermawan, Anggraeni, & Setianingsih, 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Irwan et al. (2016) mencatat bahwa lebih dari 60% lansia tidak teratur mengunjungi layanan

kesehatan primer seperti Puskesmas dan Posyandu lansia, serta masih terdapat 9,3% lansia yang tidak mencari layanan kesehatan setahun terakhir.

Layanan kesehatan primer bagi lansia di Indonesia terdiri dari Puskesmas dan Posyandu lansia yang menjadi lini pertama pelayanan kesehatan bagi lansia (Kadar, Mckenna, & Francis, 2014). Layanan kesehatan primer bertujuan untuk melakukan skrining kesehatan dan merujuk lansia dengan masalah kesehatan serius ke layanan kesehatan yang lebih komprehensif (Kholifah, 2016).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar (2018), puskesmas Paccerakkang merupakan puskesmas dengan jumlah lansia ketiga terbesar di Kota Makassar yang terdiri dari 10 posyandu lansia, dengan total lansia yang terdaftar yakni 831 orang. Dari data observasi ditemukan bahwa target capaian posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Paccerakkang di tahun 2019 pada triwulan 1 yakni 56,03% sedangkan untuk triwulan 2 mencapai angka 77,34% (Data Puskesmas Paccerakkang, 2019). Melihat fenomena terkait *health literacy* lansia dan perilaku mencari bantuan kesehatan lansia, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran tingkat *health literacy* lansia dan perilaku mencari bantuan kesehatan lansia di Wilayah kerja Puskesmas Paccerakkang.

B. Rumusan Masalah

Peningkatan jumlah populasi lansia di Indonesia, diharapkan dapat menjadi kesempatan yang baik bagi keadaan bangsa Indonesia kedepannya. Dalam rangka mewujudkan hal tersebut, pemerintah wajib menyediakan fasilitas layanan kesehatan. Keberhasilan pelayan kesehatan tidak hanya dinilai dari kualitas pelayanan serta petugas kesehatan yang terlibat, tetapi juga dipengaruhi oleh pemahaman pasien untuk mengakses dan menggunakan layanan kesehatan yang dikenal dengan sebutan *health literacy*. *Health literacy* penting untuk diketahui sebab berkaitan dengan kemampuan individu untuk mendapatkan informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan serta perilaku individu dalam mencari bantuan kesehatan. Sehingga muncul pertanyaan peneliti sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran tingkat *health literacy* lansia di wilayah kerja Puskesmas Paccerrakkang?
2. Bagaimana gambaran perilaku mencari bantuan kesehatan lansia di wilayah kerja Puskesmas Paccerrakkang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuainya gambaran tingkat *health literacy* dan perilaku mencari bantuan kesehatan lansia di wilayah kerja Puskesmas Paccerrakkang.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi gambaran tingkat *health literacy* lansia di wilayah kerja Puskesmas Paccerrakkang.
- b. Teridentifikasi perilaku mencari bantuan kesehatan lansia di wilayah kerja Puskesmas Paccerrakkang.
- c. Teridentifikasi gambaran perilaku mencari bantuan kesehatan berdasarkan tingkat *health literacy*.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat untuk instansi pelayanan

Penelitian ini memberikan informasi sebagai bahan masukan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

2. Manfaat untuk instansi pendidikan

Sebagai bahan tambahan literatur dalam bidang keperawatan serta bahan rujukan bagi peneliti selanjutnya tentang *health literacy* dan perilaku mencari bantuan kesehatan lansia

3. Manfaat untuk peneliti

Penelitian ini sebagai wadah bagi peneliti untuk mengembangkan wawasan serta menerapkan ilmu yang diperoleh selama proses pendidikan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang *health literacy*

1. Definisi *health literacy*

Health literacy atau literasi kesehatan merupakan keterampilan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mengakses, memahami dan menggunakan informasi dengan cara mempromosikan dan menjaga kesehatan dengan baik. Dengan meningkatkan akses individu untuk memperoleh informasi kesehatan serta kapasitas mereka untuk menggunakannya secara efektif, literasi kesehatan sangat penting untuk pemberdayaan (WHO, 2019).

Health literacy didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk memperoleh, memproses, dan memahami informasi serta sumber-sumber kesehatan dasar yang diperlukan untuk membuat keputusan terkait kesehatannya secara tepat (Parker, 2016). Konsep *health literacy* merupakan kemampuan dan keterampilan individu untuk mendapatkan, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat penilaian dan mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-hari guna mempertahankan atau meningkatkan kualitas hidup selama masa hidup (Vogt et al., 2017).

Health literacy penting diketahui sebab berhubungan dengan kemampuan untuk memperoleh informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan dan mempertahankan kesehatannya (Mardiana et al.,

2017). Literasi kesehatan dikaitkan dengan efektivitas penggunaan layanan kesehatan preventif dan lainnya serta memiliki konsekuensi untuk status kesehatan subjektif dan mortalitas suatu populasi (Vogt et al., 2017). Mullen(2013) menjelaskan bahwa prevalensi tertinggi dari *health literacy* yang rendah ditemukan pada individu dengan pendidikan rendah, status minoritas, lanjut usia dan orang dengan kemampuan kognitif rendah. Berens et al. (2016) membandingkan tingkatan *health literacy* berdasarkan kelompok umur dan ditemukan bahwa kelompok lanjut usia memiliki persentase tingkat *health literacy* terbatas yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok umur yang lain. Selain itu, juga ditemukan bahwa tingkatan *health literacy* semakin menurun seiring dengan penambahan usia. Menurunnya fungsi kognitif yang di kalangan lanjut usia juga meningkatkan hambatan dalam membaca dan menyadari informasi yang berkaitan dengan kesehatan, yang mungkin lebih penting dikalangan lanjut usia (Chen, Hsu, Tung, & Pan, 2012).

2. Dimensi *health literacy*

Dimensi *health literacy* diklasifikasikan menjadi tiga menurut Nutbeam (2000) yaitu:

a. *Functional health literacy* (melek kesehatan fungsional)

Tingkatan ini merujuk pada kemampuan dasar dalam membaca dan menulis yang dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari, misalnya kemampuan membaca bahan pendidikan kesehatan (Nutbeam, 2000). *Functional health literacy* adalah istilah yang digunakan

untuk menggambarkan keterampilan literasi kesehatan dasar yang memadai bagi individu untuk mendapatkan informasi kesehatan yang relevan (misalnya tentang risiko kesehatan, dan tentang bagaimana menggunakan sistem kesehatan), serta untuk menerapkan pengetahuan tersebut ke sejumlah kegiatan yang ditentukan (Nutbeam, 2015).

b. *Interactive health literacy* (kemelekan kesehatan interaktif)

Kemampuan berpikir dan sosial yang lebih maju dan dipergunakan untuk memahami berbagai bentuk komunikasi serta mengaplikasikan informasi tersebut (Nutbeam, 2000). Literasi kesehatan interaktif menggambarkan keterampilan melek huruf yang lebih maju yang memungkinkan individu untuk menggali informasi dan mendapatkan makna dari berbagai bentuk komunikasi (antarpribadi, media massa), dan untuk menerapkan informasi baru ke keadaan yang berubah. Keterampilan tersebut memungkinkan individu untuk bertindak secara independen pada informasi baru, dan untuk berinteraksi dengan kepercayaan yang lebih besar dengan penyedia informasi seperti profesional perawatan kesehatan (Nutbeam, 2015).

c. *Critical health literacy* (kemelekan kesehatan kritis)

Literasi kesehatan kritis menggambarkan keterampilan kognitif yang lebih maju yang, bersama dengan keterampilan sosial, dapat diterapkan pada kriteria menganalisis informasi, dan menggunakan

informasi ini untuk melakukan kontrol yang lebih besar atas peristiwa dan situasi kehidupan(Nutbeam, 2015).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi *health literacy*

Banyak faktor yang menentukan tingkat literasi kesehatan yakni bahan pendidikan kesehatan atau intervensi kesehatan lainnya seperti kemampuan membaca, kemampuan berhitung, kondisi kesehatan saat ini, hambatan bahasa, kesesuaian budaya, format dan gaya, struktur kalimat, penggunaan ilustrasi, interaktivitas intervensi, dan banyak faktor-faktor lain akan mempengaruhi seberapa mudah informasi kesehatan dapat dipahami dan diikuti, sehingga literasi kesehatan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku untuk memperoleh layanan kesehatan yang mereka butuhkan (Wang et al., 2017). Faktor sosial ekonomi seperti tingkat pendidikan yang rendah, status sosial rendah, dan latar belakang berkaitan dengan *health literacy* yang terbatas (Vogt et al., 2017).

Mardiana et al. (2017) membagi faktor-faktor yang mempengaruhi *health literacy* menjadi 8 poin, yaitu:

a. Usia dan kemampuan membaca

Keterampilan ini diperlukan untuk memahami proses terjadinya penyakit serta informasi yang berkaitan dengan kesehatan. Salah satu penelitian menjelaskan bahwa terdapat hubungan negatif antara keterampilan membaca dengan usia. Dimana pada komunitas lansia melaporkan bahwa pendidikan

kesehatan fungsional jauh lebih rendah pada kelompok usia yang lebih tua (Mullen, 2013).

Hasil penelitian menggambarkan bahwa *health literacy* menurun dengan bertambahnya usia. Kelompok usia diatas 65 tahun paling berpeluang memiliki health literasi yang terbatas dibandingkan kelompok usia yang lain. Menurunnya literasi kesehatan kelompok usia yang lebih tua dikaitkan dengan dikaitkan dengan literasi kesehatan fungsional yang terbatas, status sosial yang rendah, serta potensi gangguan kesehatan(Vogt et al., 2017).

b. Pendidikan

Penelitian yang dilakukan oleh Ownby (2012) menggambarkan bahwa pendidikan berhubungan dengan berbagai perilaku yang berkaitan dengan kesehatan. Orang yang berpendidikan rendah cenderung menunjukkan perilaku yang dapat beresiko terhadap kesehatannya (Mardiana et al., 2017). Secara tidak langsung, pendidikan akan mempengaruhi pekerjaan dan pendapatan seseorang sehingga pada akhirnya juga mampu mempengaruhi tingkat literasi kesehatan (*Canadian Council on Learning, 2008*).

c. Pekerjaan

Status pekerjaan mempengaruhi kemampuan ekonomi individu, sehingga menentukan pula kemampuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan memperoleh sumber

informasi kesehatan lainnya. Selain itu, dengan bekerja dapat menimbulkan kemungkinan yang lebih besar bagi seseorang untuk memperoleh jaminan kesehatan dari tempatnya bekerja. Hal ini dapat memperbesar aksesnya untuk memperoleh informasi serta pelayanan kesehatan (Santosa, 2012). Penelitian yang dilakukan oleh Ng & Omariba (2010) menyebutkan bahwa praktik keaksaraan yang terjadi di tempat kerja seperti kegiatan membaca, menulis dan berhitung, akan membentuk dan meningkatkan kemampuan dalam mendapatkan, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan.

d. Etnis atau budaya

Hasil penelitian menggambarkan bahwa etnis minoritas cenderung memiliki literasi kesehatan lebih rendah dibandingkan etnis mayoritas. Keadaan ini dihubungkan dengan diskriminasi dalam bidang sosial dan ekonomi, serta diskriminasi dalam akses pelayanan kesehatan serta akses informasi kesehatan (Santosa, 2012).

e. Pendapatan

Keadaan ekonomi turut menentukan status literasi kesehatan seseorang. Keadaan ekonomi yang baik berhubungan dengan literasi kesehatan yang tinggi begitupun sebaliknya, keadaan ekonomi yang buruk berhubungan dengan literasi kesehatan yang rendah (Santosa, 2012). Penelitian yang dilakukan oleh Vogt et al. (2017)

menggambarkan bahwa kekurangan finansial merupakan prediktor terkuat untuk literasi kesehatan terbatas pada semua lanjut usia.

f. Status sosial ekonomi

Dalam penelitian Wiltshire, Roberts, Brown, dan Sarto (2009) menggambarkan bahwa mereka yang berpendidikan tinggi lebih cenderung mencari informasi kesehatan dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah dan lebih rendah status sosial ekonomi (Mardiana et al., 2017). Individu yang beresiko terhadap kesenjangan sosial juga lebih cenderung memiliki tingkat literasi kesehatan yang lebih rendah (Sørensen et al., 2015).

g. Kepercayaan kesehatan

Lansia sangat bergantung pada media komunikasi seperti radio atau televisi, sumber informasi mengenai preferensi obat, khususnya yang berkenaan dengan merek versus nama generik (Mardiana et al., 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Patle & Khakse (2015) di India menemukan bahwa lansia dengan buta huruf lebih jarang mencari pengobatan allopathic serta lebih cenderung menggunakan pengobatan dari tabib tradisional, terutama praktisi *ayurveda*.

h. Akses informasi kesehatan

Santosa (2012) menunjukkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap tingkat *health literacy* adalah akses informasi kesehatan. Melek huruf dan pengalaman yang berkaitan dengan kesehatan

menjadi faktor yang mendahului (anteseden) melek kesehatan. Dalam penjelasan lebih lanjut dijelaskan bahwa melek huruf merupakan sebuah kemampuan meta-kognitif yang melibatkan kemampuan membaca, memahami, serta berhitung. Untuk melengkapi kemampuan tersebut diperlukan adanya pengalaman kesehatan dimana individu terpapar oleh bahasa atau istilah kesehatan serta sebuah kerangka kognitif yang menyebabkan informasi kesehatan yang diterima terlihat logis (Speros, 2005).

White (2008) juga mengungkapkan bahwa literasi kesehatan meliputi kemampuan melek huruf yang ditambah dengan pengetahuan mengenai istilah dan singkatan dalam dunia kesehatan. Literasi kesehatan membutuhkan familiaritas dengan struktur serta jenis informasi kesehatan. Paparan terhadap jenis informasi kesehatan ini membentuk sebuah kemampuan yang baru atau lebih canggih dibanding kemampuan melek huruf secara umum. Informasi kesehatan dapat diperoleh dari berbagai media seperti:

- 1) Keluarga dan komunitas dalam masyarakat

Salah satu yang menjadi sumber dari informasi kesehatan adalah keluarga/teman atau organisasi masyarakat. Keluarga dan komunitas di masyarakat menjadi salah satu pendekatan untuk menyampaikan informasi dengan tujuan meningkatkan hasil kesehatan dengan mendorong modifikasi perilaku dan perubahan sosial melalui rangkaian

pengetahuan, kepercayaan serta sikap dan perilaku (Redmond, Baer, Clark, Lipsitz, & Hicks, 2010).

2) Internet dan media sosial

Teknologi informasi menjadi alat penyebaran informasi kesehatan sehingga akses seseorang kepada teknologi informasi merupakan salah satu faktor yang menentukan literasi kesehatan (Pawlak, 2005).

Dalam memperoleh informasi kesehatan, internet paling sering digunakan untuk meyakinkan, memperoleh informasi ketika mengalami masalah kesehatan atau sebelum dan setelah kunjungan ke dokter. Media sosial sendiri merupakan kumpulan aplikasi berbasis internet yang mengupayakan penciptaan dan pertukaran konten buatan pengguna. Beberapa bentuk media sosial, seperti *e-health* yang mencakup kombinasi media komunikasi, kesehatan dan sosial (Uittenhout, 2012). Penelitian yang dilakukan oleh White (2008) menunjukkan bahwa menyatakan bahwa 80% penduduk dengan tingkat literasi kesehatan yang sangat rendah tidak memperoleh informasi dari internet.

3) Brosur, poster, dan seminar

Penelitian yang dilakukan oleh Putri (2016) menggambarkan bahwa sebanyak 23,2% responden memperoleh informasi kesehatan melalui brosur atau poster

kesehatan. Penggunaan poster dan brosur sebagai media informasi kesehatan perlu ditingkatkan melihat reaksi responden yang merasa lebih mudah mengerti serta dianggap sebagai sumber yang dapat dipercaya. Diskusi/seminar juga mempengaruhi *health literacy*, dilihat juga dari hasil yang diperoleh sebanyak 33,3 responden mengakses informasi kesehatan melalui seminar/berdiskusi memiliki *health literacy* yang sangat baik. Sehingga hal ini dapat dijadikan salah satu metode dalam penyampaian informasi kesehatan kepada masyarakat guna meningkatkan *health literacy*.

4) Petugas kesehatan

Petugas kesehatan sebagai sumber informasi juga memiliki peluang yang lebih tinggi untuk memenuhi beberapa perilaku kesehatan. Petugas kesehatan menjadi sumber informasi kesehatan yang digunakan dalam pencarian terakhir pasien atau masyarakat serta hampir 2 kali lebih sering digunakan daripada sumber lain yaitu teman dan keluarga (Redmond et al., 2010).

4. Dampak tingkat *health literacy* yang rendah

WHO (2017) menggambarkan bahwa kemampuan *health literacy* yang rendah akan berpengaruh terhadap pasien terutama kemampuan akses informasi kesehatan yang rendah sehingga dapat menimbulkan kesalahan dalam memahami terapi yang diberikan, ketidakpatuhan

terhadap terapi, bahkan sampai tidak tahu mengenai terapi yang sedang dijalankan, kesalahan dalam aturan meminum obat, hingga sampai pada meningkatnya risiko terhadap komplikasi (Mardiana et al., 2017).

Literasi kesehatan yang terbatas dikaitkan dengan hasil kesehatan yang lebih buruk terutama pada orang dewasa yang lebih tua, termasuk kesehatan yang dinilai sendiri lebih rendah, terbatasnya penggunaan layanan kesehatan preventif, meningkatnya kunjungan rumah sakit, tingginya angka kesakitan dan jumlah kematian, serta kesehatan fisik dan mental yang lebih rendah (Vogt et al., 2017).

Lansia yang memiliki tingkatan *health literacy* yang rendah memiliki lebih sedikit pengetahuan tentang penyakit, sikap perawatan diri yang buruk terhadap pengobatan, pengambilan keputusan kesehatan yang lebih buruk, dan lebih cenderung terlibat dalam perilaku beresiko tinggi dalam kaitannya dengan kesehatan, seperti merokok, minum alkohol dan gaya hidup yang menetap, dibandingkan dengan mereka yang memiliki *health literacy* yang lebih baik (Lee, Tsai, Tsai, & Kuo, 2010). Ketika *health literacy* individu tidak memadai, maka akan berakibat pada perawatan diri yang lebih buruk, morbiditas penyakit kronis yang lebih tinggi, serta status fisiologis dan psikologis yang lebih buruk (Wardani & Putra, 2016).

5. Alat ukur *health literacy*

Alat ukur *health literacy* yang berhasil dikembangkan yakni:

- a. REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*).

Alat ukur ini hanya dapat menguji kemampuan membaca pasien dalam konteks kesehatan yang harus dibaca dengan suara keras (Hadisiwi & Suminar, 2016). REALM berisi 66 istilah kesehatan yang disusun dengan tingkat kesulitan yang makin meningkat. Nilai 0-44 menunjukkan tingkat *health literacy* yang rendah, nilai 45-60 menunjukkan tingkat *health literacy* marginal, dan nilai 61-66 menyatakan tingkat *health literacy* yang tinggi. Tes membutuhkan waktu 3-6 menit ini tidak menguji pemahaman bacaan dan kemampuan berhitung. Walaupun belum mampu mengukur seluruh aspek dari *health literacy*, namun instrumen-instrumen ini merupakan langkah awal dalam mengetahui tingkat literasi kesehatan masyarakat serta prevalensi literasi kesehatan yang rendah pada berbagai macam populasi (Dewalt & Pignone, 2008 dalam Santosa, 2012).

- b. REALM-R (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, Revised)
- Instrumen skrining yang dipersingkat menjadi 8 item untuk menilai kemampuan pasien dewasa dalam membaca kata-kata medis umum. Ini adalah tes pengenalan kata, bukan instrumen membaca pemahaman dan membutuhkan waktu kurang dari 2 menit untuk mengelola dan menilai. Sebuah studi yang dilakukan oleh Journal of American Medical Association menemukan bahwa REALM-R mungkin menawarkan pendekatan praktis untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko untuk masalah literasi kesehatan dalam

pengaturan klinis. Kelompok minoritas dan lanjut usia kurang terwakili dalam studi pemvalidasian REALM-R (Department of Health & Human Services, 2016).

c. REALM-SF (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Short Form)

Tes pengenalan kata 7 item untuk memberi dokter penilaian cepat yang valid tentang literasi kesehatan pasien. REALM-SF telah divalidasi dan diuji di lapangan dalam pengaturan penelitian yang beragam, dan memiliki kesepakatan yang sangat baik dengan instrumen REALM 66 dalam hal penentuan tingkatan *health literacy* (Department of Health & Human Services, 2016). Responden dengan skor 1-3 sama dengan tingkat membaca kelas empat hingga enam, kemungkinan tidak dapat membaca label resep. Skor 4-6 sama dengan tingkat membaca kelas tujuh hingga delapan. Skor maksimum 7 menunjukkan tingkat *health literacy* yang dianggap sama dengan kemampuan sekolah menengah dianggap mampu membaca sebagian besar materi tertulis (Irwan et al., 2016). Skor ≤ 6 menunjukkan risiko literasi kesehatan yang buruk/terbatas (Warring et al., 2019; Kirk et al., 2011; Soemitro, 2014). Lebih lanjut dalam Nowak (2019) dan Imoisili et al. (2017) mengategorikan *health literacy* rendah (kelas ≤ 6), marginal (kelas 7-8), serta memadai (sekolah menengah).

REALM-SF merupakan instrumen yang mudah digunakan untuk mengakses *health literacy* di layanan kesehatan primer (Zerwekh, 2019). Ini adalah tes singkat yang telah menunjukkan keandalan dan validitas sebagai ukuran yang efisien dari keterampilan melek kesehatan. Dalam penggunaannya, pastikan bahwa ukuran font sesuai untuk kapasitas visual klien, minimal 18 (Frye, 2017).

- d. SAHLSA-50 (The Short Assessment of *health literacy* for Spanish Adults)

Alat ukur *health literacy* berisi 50 item yang dirancang untuk menilai kemampuan orang dewasa berbahasa Spanyol untuk membaca dan memahami istilah medis umum. SAHLSA didasarkan pada REALM yang dikenal sebagai alat yang paling mudah diberikan untuk menilai literasi kesehatan dalam bahasa Inggris (Department of Health & Human Services, 2016).

- e. TOFHLA (*Test of Functional health literacy in Adults*)

Instrumen yang menguji kemampuan membaca pasien dalam konteks memahami dan melakukan petunjuk dari petugas kesehatan yang berupa petunjuk minum obat yang diperoleh dari apotek atau hasil dari pemeriksaan laboratorium (Hadisiwi & Suminar, 2016). Instrumen ini terdiri dari dua bagian. Pada bagian pertama, responden diberi sebuah informasi media (misalnya instruktur minum obat atau persiapan untuk sebuah prosedur diagnostik).

Responden diminta untuk membaca informasi tersebut kemudian menjawab pertanyaan-pertanyaan yang menguji pemahaman mereka atas informasi yang disediakan. Pada bagian kedua, dengan memakai metode *Close*, responden diberikan bacaan tentang topik medis dengan beberapa kata dikosongkan. Responden harus mengisi bagian-bagian yang kosong itu dengan memilih kata yang paling tepat pada pilihan ganda. Pertanyaan untuk menguji pemahaman bacaan sebanyak 50 buah dan untuk menguji kemampuan berhitung sebanyak 17 buah. Nilai 0-59 menunjukkan *health literacy* yang kurang, nilai 60-74 menyatakan *health literacy* marginal dan nilai 75-100 menunjukkan *health literacy* yang tinggi. Membutuhkan waktu sekitar 20-25 menit untuk menyelesaikan prosedur penilaian. Oleh karenanya dikembangkan versi pendek dari TOFHLA yakni S-TOFHLA.

- f. S-TOFHLA (*Short Test of Functional health literacy in Adults*)
S-TOFHLA menggunakan 36 pertanyaan dan tidak menguji kemampuan menggunakan angka serta membutuhkan waktu sekitar 7-12 menit. Nilai 0-53 menandakan *health literacy* rendah, nilai 54-66 menunjukkan *health literacy* marginal dan nilai 67-100 menyatakan *health literacy* yang tinggi. S-TOFHLA telah diuji diberbagai populasi (DeWalt & Pignone, 2008).
- g. NVS (*Newest Vital Sign*)

Alat ukur tingkat *health literacy* yang dilakukan dengan memberikan responden sebuah label nutrisi es krim. Setelah itu responden diminta untuk menjawab enam pertanyaan yang jawabannya diambil dari informasi gizi yang tertera pada tabel nutrisi es krim tersebut. Pertanyaan dalam NVS memerlukan kemampuan pemahaman bacaan dan berhitung, serta kemampuan ini berhubungan dengan pemahaman informasi kesehatan. Setiap jawaban yang benar mendapatkan skor 1. Jumlah skor <4 mengindikasikan tingkat *health literacy* yang rendah. NVS tidak membedakan antara *health literacy* yang memadai dan marjinal. (Weiss et al, 2005 dalam Santosa, 2012). NVS lebih melakukan penilaian pada aspek berhitung serta dianggap kurang cocok digunakan orang dewasa yang lebih tua. (Zerwekh, 2019).

h. HLQ (*health literacy Questionnaire*)

Instrumen yang dikembangkan oleh Deakin University Australia yang dapat diakses berbayar (Hadisiwi & Suminar, 2016). HLQ mengukur 9 domain independen *health literacy* untuk mengetahui pengalaman hidup orang yang mencoba memahami, mengakses, serta menggunakan informasi dan layanan kesehatan (Hawkins, Gill, Batterham, Elsworth, & Osborne, 2017).

Berdasarkan Maindal et al. (2016) sembilan domain (44 item) tersebut terdiri atas: merasa dipahami dan didukung oleh penyedia layanan kesehatan (empat item pertanyaan), memiliki informasi yang cukup

untuk mengelola kesehatan (empat item pertanyaan), aktif mengelola kesehatan (lima item pertanyaan), adanya dukungan sosial untuk kesehatan (lima item pertanyaan), penilaian terhadap informasi kesehatan (lima item pertanyaan), kemampuan untuk secara aktif terlibat dengan penyedia layanan kesehatan (lima item pertanyaan), kemampuan menjelajahi sistem kesehatan (enam item pertanyaan), kemampuan untuk mencari informasi yang baik tentang kesehatan (lima item pertanyaan), memahami informasi kesehatan dengan baik serta penerapannya (lima item pertanyaan).

B. Tinjauan Tentang Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan Lansia

Perilaku kesehatan merupakan faktor terbesar kedua setelah lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat. Perilaku kesehatan dikelompokkan menjadi dua yaitu perilaku orang yang sehat melakukan tindakan untuk terus mempertahankan kesehatannya (*healthy behavior*) dan perilaku orang yang sakit melakukan tindakan untuk memperoleh penyembuhan (*health seeking behavior*) (Mukaffi, 2016).

Perilaku pencarian kesehatan (*health seeking behaviour*) adalah perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan, misalnya usaha-usaha mengobati sendiri penyakitnya atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (Puskesmas, mantri, dokter praktek, dan sebagainya), maupun ke fasilitas kesehatan tradisional (dukun, *sinshe*, dan sebagainya) (Notoadmodjo, 2010). Perilaku mencari bantuan kesehatan

didefinisikan sebagai cara individu dalam memantau tubuh mereka, menentukan dan menafsirkan gejala kesehatan, mengambil tindakan penyembuhan, memanfaatkan sumber bantuan lain, serta terlibat dalam sistem perawatan kesehatan yang lebih formal. Perilaku mencari bantuan kesehatan juga berkaitan dengan bagaimana orang memantau dan merespon gejala dan perubahan gejala terkait penyakit, dan bagaimana hal itu mempengaruhi perilaku, tindakan perbaikan yang diambil dan respon terhadap pengobatan (Anwar, Green, & Norris, 2012). Perilaku mencari kesehatan lansia dapat membantu dalam memastikan faktor-faktor penentu dan dalam mengembangkan kebijakan yang tepat untuk perawatan kesehatan lansia (Patle & Khakse, 2015).

Pasien lansia umumnya dianggap lebih enggan mencari bantuan perawatan kesehatan terhadap penyakitnya (Bourne et al., 2010; Mahesh et al., 2013). Sebuah penelitian di China menemukan bahwa permintaan dan penggunaan layanan kesehatan pada lansia jauh lebih rendah dari pada kebutuhan (Lu et al., 2017). Penelitian Bourne et al. (2010) di Jamaika menemukan bahwa hanya 31,9% lansia di daerah perkotaan yang mencari perawatan medis ketika sakit. Penelitian serupa yang dilakukan di India menemukan bahwa 48% lansia lebih memilih praktisi *allopathic*, 19,2% perawatan dari paraprofesional, 14% pengobatan sendiri dan 9,2% tidak ada pengobatan (Patle & Khakse, 2015). Di Indonesia, penelitian Irwan et al. (2016) mencatat bahwa terdapat 9,3% lansia yang tidak mencari layanan kesehatan setahun terakhir serta lebih dari 50% lansia tidak secara teratur

mengunjungi layanan kesehatan primer seperti Posyandu lansia dan puskesmas dikarenakan lansia merasa kurang keluhan medis (15,7%). Penelitian serupa yang dilakukan oleh Hermawan et al. (2017) mencatat bahwa terdapat 42,5% masyarakat yang masih kurang mencari bantuan kesehatan ketika sakit.

Perilaku pencarian kesehatan tidak berkaitan dengan gender, agama, dan etnis namun terkait dengan tingkat pendidikan dan pendapatan, di mana lansia yang berada dibawah garis kemiskinan lebih mungkin melewati pengobatan dibandingkan dengan lansia yang pendapatannya di bawah garis kemiskinan. Begitupun lansia dengan tingkat pendidikan rendah lebih mungkin melewatkan pengobatan dibandingkan lansia dengan status pendidikan menengah ke atas (Moe, Tha, Naing, & Htike, 2012). Terlalu mahal untuk pergi ke dokter adalah keluhan utama lansia di semua daerah yang menjadi penghalang utama penggunaan layanan kesehatan. Selain itu, persepsi lansia terhadap kualitas perawatan pusat kesehatan masyarakat juga mempengaruhi, seperti kurangnya tenaga, terbatasnya obat-obatan dan kualitas pemeriksaan adalah keluhan utama tentang pelayanan pusat kesehatan masyarakat (Lu et al., 2017).

Penelitian Bourne et al. (2010) dan Anwar et al. (2012) mencatat bahwa kurangnya keluhan penyakit, antrian panjang dan waktu tunggu lama, pekerjaan, serta faktor budaya/tradisi mempengaruhi keputusan seseorang untuk mencari bantuan medis. Akses jarak dan akses transportasi juga mempengaruhi perilaku lansia dalam memanfaatkan layanan kesehatan

(Sri, Vinsur, & Sutiarysih, 2019). Hidayat, Setiawati, & Soeroto (2017) menunjukkan bahwa orang yang memiliki asuransi kesehatan lebih mencari pengobatan ke pusat kesehatan untuk mengobati gejalanya, dan yang tidak memiliki asuransi kesehatan lebih berisiko mengalami keterlambatan dalam pengobatan.

Menurut Andersen, pemindaian perilaku mencari bantuan kesehatan dipecah menjadi tiga faktor pengkondisian dasar (Irwan et al., 2016), yaitu

a) Faktor predisposisi

Menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda – beda yang digolongkan atas, ciri demografi (seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan), struktur sosial (seperti tingkat pendidikan, pekerjaan dan kesukuan, sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan) (Rini, 2015).

b) Faktor pemungkin (*Enabling characteristics*)

Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar. Yang termasuk karakteristik ini adalah sumber keluarga meliputi pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan dan pihak – pihak yang membiayai individu atau keluarga dalam menggunakan pelayanan kesehatan, serta sumber daya masyarakat (*community resources*) meliputi tersedianya pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan dan sumber – sumber yang ada didalam masyarakat (Rini, 2015).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Irwan et al. (2016) mewakili faktor pemungkin dalam ketersediaan layanan kesehatan primer seperti posyandu lansia dan puskesmas.

c) Faktor kebutuhan (*need*)

Faktor predisposisi dan faktor pendukung dapat terwujud menjadi tindakan pencarian pengobatan, apabila tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan (Rini, 2015). Persepsi individu terkait kesehatannya seperti keadaan kesehatan yang dirasakan dikategorikan sebagai faktor kebutuhan (Irwan et al., 2016)