

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dukungan Keluarga

2.1.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Menurut Departemen Kesehatan RI 1998 dalam Puspita (2010), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberi kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stres (Taylor, 2006). Pendapat yang berbeda disampaikan Sarafino (1998), bahwa salah satu contoh efek negatif yang timbul dari dukungan sosial adalah dukungan yang diberikan tidak sesuai dengan apa yang dibutuhkan individu.

Dukungan sosial keluarga adalah proses yang terjadi selama masa hidup, dengan sifat dan tipe dukungan sosial bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan keluarga. Walaupun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga memungkinkan keluarga berfungsi secara penuh dan dapat meningkatkan adaptasi dalam kesehatan keluarga (Friedman, 2010).

Beberapa tugas dari sebuah keluarga menurut Friedman (2010) adalah :

1. Mengenal masalah, keluarga dituntut mampu mengenali masalah kesehatan yang terjadi dikeluarga.
2. Mampu mengambil keputusan yang tepat bila menemukan masalah pada keluarga tersebut.
3. Merawat anggota keluarga.
4. Memelihara lingkungan.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

2.1.2 Komponen-Komponen Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010), studi-studi tentang dukungan keluarga telah mengkonseptualisasi dukungan sosial sebagai koping keluarga. Baik dukungan sosial keluarga yang eksternal maupun internal terbukti bermanfaat.

Komponen-komponen dukungan keluarga menurut Friedman (2010) terdiri dari :

1. Dukungan penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan *validator* identitas anggota keluarga diantaranya memberikan *support*, penghargaan, perhatian.

2. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan, minum, dan istirahat.

3. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan *diseminator* (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu *stressor* karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

4. Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

2.1.3 Peran Keluarga dalam Pembinaan Lansia

Komnas Lansia (2010) menjelaskan bahwa peran keluarga dalam pembinaan lanjut usia antara lain :

1. Menyediakan sarana dan prasarana yang memadai bagi lanjut usia di rumah sesuai dengan keberadaannya.
2. Pemenuhan kebutuhan gizi lanjut usia sehari-hari.
3. Memberikan akses bagi lanjut usia untuk ikut serta dalam kegiatan Posyandu lanjut usia.
4. Membantu lanjut usia untuk mencari pelayanan kesehatan apabila sakit.
5. Memberikan kesempatan bagi lanjut usia untuk tetap berperan dalam keluarga sesuai dengan kemampuannya.

2.2 Konsep Jarak Tempuh Pelayanan Kesehatan

Jarak adalah angka yang menunjukkan seberapa jauh suatu benda berubah posisi melalui suatu lintasan tertentu. Dalam fisika atau dalam pengertian sehari-hari, jarak bisa berupa estimasi jarak fisik dari dua buah posisi berdasarkan kriteria tertentu (Nurtini, 2012).

Maryanti (2010) dalam Nurtini (2012) menjelaskan bahwa jarak tempuh pasien atau penerima pelayanan menjadi salah satu pertimbangan untuk mencari fasilitas pelayanan kesehatan karena selain melibatkan waktu tempuh ke fasilitas tersebut, juga melibatkan transportasi dan biaya yang dibutuhkan. Pertimbangan tersebut akan menjadi sangat diperhitungkan apabila tempat pelayanan kesehatan yang ada berada sangat jauh.

Andersen (1975) dalam Kurniawati (2008), berasumsi bahwa semakin banyak sarana dan tenaga pelayanan kesehatan, semakin kecil jarak jangkauan masyarakat terhadap tempat pelayanan kesehatan seharusnya tingkat penggunaan pelayanan kesehatan akan bertambah.

Kemudahan mengenai cara lokasi tata guna tanah berinteraksi satu sama lainnya dan “mudah” atau “susah” lokasi tersebut dicapai melalui sistem jaringan transportasi. Pernyataan “mudah” atau “susah” merupakan hal yang sangat subyektif dan kualitatif. Mudah bagi seseorang belum tentu mudah bagi orang lain, begitu juga dengan pernyataan susah. Oleh karena itu diperlukan kinerja kuantitatif (terukur) yang dapat menyatakan kemudahan tersebut (Black 1981, dalam Suseno, 2006).

Secara sederhana tingkat kemudahan diklasifikasikan oleh Black (1981) dalam Suseno (2006) sebagai berikut :

Tabel 2.1 Klasifikasi tingkat aksesibilitas menurut Black (1981)

Kondisi Prasarana Jarak	Sangat Jelek	Sangat Baik
Jauh	Kemudahan rendah	Kemudahan menengah
Dekat	Kemudahan menengah	Kemudahan tinggi

Ukuran kemudahan (jarak, waktu, biaya, atau usaha) dalam melakukan perpindahan antara tempat-tempat atau kawasan-kawasan dalam sebuah sistem disebut dengan *aksesibilitas* (Magribi 2004, dalam Suseno 2006).

Yang dimaksud dengan jarak dalam penelitian ini adalah ukuran jauh dekatnya rumah atau tempat tinggal seseorang ke Posyandu dimana adanya kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayahnya. Menurut Departemen Pendidikan Nasional (2002) dalam Khalimah (2007), jarak adalah ruang sela (panjang atau jauh) antara dua benda atau tempat yaitu jarak antara rumah dengan tempat Posyandu.

Dari beberapa hasil penelitian, bahwa faktor jarak ternyata memberi kontribusi terhadap seseorang dalam melakukan suatu tindakan, seperti yang dikemukakan dalam hasil penelitian Sambas (2002) dalam Hidayat (2013), bahwa responden yang jarak tempuhnya dekat dari rumah ke Posyandu (<10 menit) berpeluang baik untuk berkunjung ke Posyandu dibandingkan yang jarak tempuhnya jauh (≥ 10 menit).

Menurut Effendy (1997) dalam Khalimah (2007), letak Posyandu sebaiknya berada di tempat yang mudah didatangi oleh masyarakat, ditentukan lokal sendiri, atau dapat dilaksanakan di rumah penduduk, balai rakyat, pos rukun

tetangga (RT) atau rukun warga (RW) atau pos lainnya. Hal ini agar jarak Posyandu tidak terlalu jauh sehingga tidak menyulitkan masyarakat.

Astrianah (2009) berpendapat lain, bukan merupakan suatu kepastian bahwa lansia yang jarak tempat tinggalnya dekat dengan Posyandu akan lebih rajin menimbangkan dirinya daripada lansia yang jarak tempat tinggalnya jauh dari Posyandu.

Jarak lokasi yang dekat akan membuat lansia mudah menjangkau lokasi Posyandu lansia tanpa harus mengalami kelelahan atau kecelakaan fisik karena penurunan daya tahan atau kekuatan fisik tubuh (Erfandi, 2008). Kemudahan dalam menjangkau lokasi posyandu ini berhubungan dengan faktor keamanan dan keselamatan bagi lansia. Dengan demikian, keamanan ini merupakan faktor eksternal dari terbentuknya motivasi untuk menghadiri posyandu lansia.

2.3 Konsep Partisipasi Masyarakat

2.3.1 Pengertian Partisipasi Masyarakat

Partisipasi adalah keadaan dimana individu, keluarga, maupun masyarakat umum ikut serta bertanggung jawab terhadap kesehatan diri, keluarga ataupun kesehatan lingkungannya. Dalam suatu masyarakat bagaimanapun sederhananya, selalu ada suatu *stimulus*. Mekanisme ini disebut pemecahan masalah atau proses pemecahan masalah (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Partisipasi diartikan sebagai dana yang dapat disediakan atau dapat dihemat sebagai sumbangan atau kontribusi masyarakat pada proyek-proyek pemerintah. Selain itu, partisipasi juga dapat diartikan sebagai keterlibatan masyarakat dalam penentuan arah, strategi dan kebijakan pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah, serta keterlibatan masyarakat dalam memikul dan

memetik hasil atau manfaat pembangunan (Suherlan 2002, dalam Khadiyanto 2007).

Menurut Conyer dalam Soetomo (2006), mengemukakan partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat secara sukarela yang didasari oleh determinan dan kesadaran diri masyarakat itu sendiri dalam program pembangunan.

Adi (2007) dalam Ocbrianto (2012), menjelaskan lebih jauh lagi mengenai partisipasi bahwa masyarakat terlibat dalam program pemberdayaan dimulai dari proses pengidentifikasian masalah dan potensi yang ada di dalam masyarakat, pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternatif solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya mengatasi masalah, dan keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi.

Partisipasi adalah keterlibatan seseorang dalam situasi baik secara mental, pikiran, atau emosi dan perasaan yang mendorongnya untuk memberikan sumbangan dalam upaya mencapai tujuan yang telah ditentukan dan ikut bertanggung jawab terhadap kegiatan pencapaian tujuan tersebut (Syamsuddin Adam dalam Prasetya, 2008).

Dusseldorp mengemukakan bahwa bentuk partisipasi didasarkan pada sembilan hal yaitu : derajat kesukarelaan, cara keterlibatan, keterlibatan dalam proses pembangunan terencana, tingkatan organisasi, intensitas frekuensi kegiatan, lingkup liputan kegiatan, efektifitas, pihak yang terlibat dan gaya partisipasi (Slamet, 2003).