



PENGANTAR KEPERAWATAN GERONTIK

Dr. Rita Benya Adriani, S.Kp., M.Kes. | Siti Mardiyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Dipo Wicaksono, SKM, MKM. | Deoni Vioneery, S.Kep., Ns, M.Kep.
Ns. Dwi Happy Anggia Sari, S.Kep., M.Kep. | Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep.
Maula Mar'atus Solikhah, M.Kep. | Siti Sarifah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
M.Khalid Fredy Saputra, S.Kep.,Ns.,M.Kep. | Nadya Puspita Adriana, S.Psi., M.Psi.
Martini Listrikawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. | Nurul Devi Ardiani, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dr. Ida Untari, S.K.M., M.Kes.

Bunga Rampai

**PENGANTAR
KEPERAWATAN
GERONTIK**

ITS PKU

Sanksi Pelanggaran Pasal 113 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, sebagaimana yang telah diatur dan diubah dari Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, bahwa :

Kutipan Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Bunga Rampai

PENGANTAR KEPERAWATAN GERONTIK

Dr. Rita Benya Adriani, S.Kp., M.Kes.
Siti Mardiyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Dipo Wicaksono, SKM, MKM.
Deoni Vioneery, S.Kep., Ns, M.Kep.
Ns. Dwi Happy Anggia Sari, S.Kep., M.Kep.
Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep.
Maula Maratus Solikhah, M.Kep.
Siti Sarifah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
M.Khalid Fredy Saputra, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Nadya Puspita Adriana, S.Psi., M.Psi.
Martini Listrikawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Nurul Devi Ardiani, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dr. Ida Untari, S.K.M., M.Kes.



PRADINA PUSTAKA

PENGANTAR KEPERAWATAN GERONTIK

Penulis :

Dr. Rita Benya Adriani, S.Kp., M.Kes. | Siti Mardiyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Dipo Wicaksono, SKM, MKM. | Deoni Vioneery, S.Kep., Ns, M.Kep.
Ns. Dwi Happy Anggia Sari, S.Kep., M.Kep. | Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep.
Maula Mar'atus Solikhah, M.Kep. | Siti Sarifah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
M.Khalid Fredy Saputra, S.Kep.,Ns.,M.Kep. | Nadya Puspita Adriana, S.Psi., M.Psi.
Martini Listrikawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. | Nurul Devi Ardiani, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dr. Ida Untari, S.K.M., M.Kes.

Editor :

Dini Wahyu Mulyasari

Proofreader :

Pradina Pustaka

Desain Cover :

Tim Pradina Pustaka

Ukuran :

xii, 205 Hlm
Uk : 15.5 x 23 cm

ISBN : 978-623-88325-5-2

IKAPI : 236/JTE/2022

Cetakan pertama :

Oktober 2022

Hak Cipta 2022, Pada Penulis
Isi diluar tanggung jawab percetakan
Copyright © 2022 by Pradina Pustaka

Hak cipta dilindungi Undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
Memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari penerbit

PENERBIT PRADINA PUSTAKA

Dk. Demangan RT 03 RW 04, Bakipandeyan, Kec. Baki - Sukoharjo 57556

Email : pradinapustaka@gmail.com

Telp : 087848001644

www.pradinapustaka.com

(Grup Penerbitan CV. Pradina Pustaka Grup)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kami panjatkan selalu kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya karena para penulis dari berbagai Perguruan Tinggi di Indonesia mampu menyelesaikan naskah buku bunga rampai dengan Judul “Pengantar Keperawatan Gerontik”. Latar belakang dari penerbit mengadakan kegiatan Menulis kolaborasi ini adalah untuk membiasakan Dosen menulis sesuai dengan rumpun keilmuannya.

Buku dengan judul “Pengantar Keperawatan Gerontik” merupakan media pembelajaran, sumber referensi dan pedoman belajar bagi mahasiswa. Buku ini juga akan memberikan informasi secara lengkap mengenai materi apa saja yang akan mereka pelajari yang berasal dari berbagai sumber terpercaya yang berguna sebagai tambahan wawasan. Keberhasilan buku ini tentu tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak.

Pokok-pokok bahasan dalam buku ini mencakup: Konsep Dasar Keperawatan Gerontik; Konsep dan teori tentang lanjut usia; Konsep perubahan dan masalah kesehatan pada lansia; Model-model keperawatan gerontik; Konsep Komunikasi dengan lansia; Asuhan keperawatan pada individu lansia; Asuhan keperawatan pada kelompok lansia; Konsep Posyandu Lansia; Nutrisi pada lansia; Aspek Psikososial dan spiritual pada lansia; Konsep Insomnia dan penatalaksanaan lansia pada penderita insomnia; Penyakit yang lazim pada lansia; Terapi Inframerah Pada Lansia Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal .

Akhir kata Dengan terbitnya buku ini, harapan penerbit ialah menambah referensi dan wawasan baru dibidang pendidikan keperawatan dan dapat dinikmati oleh kalangan pembaca baik Akademisi, Dosen, Peneliti, Mahasiswa atau Masyarakat pada Umumnya.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
BAB 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN GERONTIK	1
A. Definisi Keperawatan Gerontik	1
B. Tujuan Keperawatan Gerontik	4
C. Fokus Keperawatan Gerontik	5
D. Trend Issue Keperawatan Gerontik.....	7
E. Fungsi Keperawatan Gerontik	9
F. Sifat Pelayanan Gerontik	11
G. Legal Etik dalam Keperawatan Gerontik.....	19
DAFTAR PUSTAKA.....	21
PROFIL PENULIS	22
BAB 2 KONSEP DAN TEORI TENTANG LANJUT USIA	23
A. Pengertian.....	23
B. Batasan Umur Lanjut Usia	23
C. Ciri-Ciri Lansia	24
D. Tipe Lansia	25
E. Mitos dan Stereotip Seputar Lansia	27
F. Teori Penuaan	29
DAFTAR PUSTAKA.....	35
PROFIL PENULIS	36
BAB 3 KONSEP PERUBAHAN DAN MASALAH KESEHATAN PADA LANSIA 37	
A. Perubahan Fisiologis Lansia.....	38
B. Masalah Kesehatan pada Lansia	46

DAFTAR PUSTAKA.....	53
PROFIL PENULIS	55
BAB 4 MODEL-MODEL KEPERAWATAN GERONTIK	56
A. Model Konseptual Adaptasi Roy.....	56
B. Model Konseptual <i>Human Being</i> Roger.....	61
C. Model Konseptual Keperawatan Handerson.....	62
D. Model Konseptual Leininger	63
E. Model Konseptual Neuman.....	65
F. Model Konseptual <i>Self Care</i> Orem.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	68
PROFIL PENULIS	69
BAB 5 KONSEP KOMUNIKASI DENGAN LANSIA.....	70
A. Konsep Komunikasi.....	70
B. Konsep Komunikasi Dengan Lansia.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	80
PROFIL PENULIS	81
BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PADA INDIVIDU LANSIA	82
A. Pengkajian Keperawatan Lansia.....	82
B. Diagnosis Keperawatan	91
C. Intervensi Keperawatan	92
D. Implementasi Keperawatan	94
E. Evaluasi Keperawatan.....	95
DAFTAR PUSTAKA.....	98
PROFIL PENULIS	99
BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELOMPOK LANSIA	100
A. Konsep Kelompok Lansia Sebagai Kelompok Rentan	100
B. Masalah Kesehatan pada Kelompok Lansia.....	101
C. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Kelompok Lansia.....	102
D. Sasaran Kelompok Lansia	103
E. Tujuan Perawatan pada Kelompok Lansia	103

F. Jenis Pelayanan Kesehatan pada Kelompok Lansia	104
G. Prinsip Pelayanan Kesehatan pada Kelompok Lansia.....	104
H. Asuhan Keperawatan pada Kelompok Lansia	105
DAFTAR PUSTAKA.....	115
PROFIL PENULIS	116
BAB 8 KONSEP POSYANDU LANSIA.....	117
A. Latar Belakang.....	117
B. Pengertian Posyandu Lansia	117
C. Tujuan Posyandu Lansia.....	118
D. Sasaran Posyandu Lansia	119
E. Jenis Kegiatan Posyandu Lansia.....	119
F. Waktu Pelaksanaan Kegiatan Posyandu Lansia	121
G. Pengelola Posyandu Lansia	122
H. Tempat Posyandu Lansia	123
I. Sarana dan Prasarana Posyandu Lansia	124
J. Langkah Pelaksanaan Kegiatan di Posyandu Lansia	124
K. Mekanisme Kerja.....	125
L. Pembiayaan.....	131
DAFTAR PUSTAKA.....	133
PROFIL PENULIS	134
BAB 9 NUTRISI PADA LANSIA	135
A. Pengetahuan Dasar Nutrisi.....	135
B. Macam-macam Nutrisi	136
C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Gizi pada Lansia.....	138
D. Penilaian Status Gizi pada Lansia.....	138
E. Masalah Gizi Lansia	140
F. Asupan Gizi yang Dibutuhkan Lansia.....	142
G. Prinsip Kebutuhan Gizi Lansia.....	143
H. Kebutuhan Zat Gizi pada Lansia	145
I. Perhitungan Tingkat Konsumsi.....	146

DAFTAR PUSTAKA.....	149
PROFIL PENULIS	150
BAB 10 ASPEK PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL PADA LANSIA.....	151
A. Psikososial.....	151
B. Spiritualitas	158
DAFTAR PUSTAKA.....	164
PROFIL PENULIS	165
BAB 11 KONSEP INSOMNIA DAN PELAKSANAAN LANSIA PADA PENDERITA INSOMNIA.....	166
A. Konsep Insomnia pada Lansia	166
B. Perubahan Tidur pada Lansia.....	167
C. Faktor Penyebab Insomnia	168
D. Klasifikasi Insomnia.....	170
E. Manifestasi Klinis Insomnia.....	172
F. Penatalaksanaan Insomnia.....	173
DAFTAR PUSTAKA.....	178
PROFIL PENULIS	180
BAB 12 PENYAKIT YANG LAZIM PADA LANSIA.....	181
A. Pendahuluan.....	181
B. Penyakit Yang Sering Terjadi Pada Lansia.....	182
DAFTAR PUSTAKA.....	192
PROFIL PENULIS	193
BAB 13 TERAPI INFRA MERAH PADA LANSIA DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL.....	194
A. Terapi Infra Merah (TIR)	194
B. Prosedur Pemberian Terapi Infra Merah Pada Lansia	197
C. Efek Terapi Infra Merah pada Lansia dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal.....	200
DAFTAR PUSTAKA.....	203
PROFIL PENULIS	205

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Menuju Populasi Lansia	2
Gambar 2. Fokus Keperawatan Gerontik.....	7
Gambar 3. Undang-undang Kesejahteraan Sosial LANSIA.....	19
Gambar 4. Perubahan Fisiologi Pada LANSIA	39
Gambar 5. Masalah Kejiwaan Pada Lansia	44
Gambar 6. Proses Komunikasi	74
Gambar 7. Skema Faktor Penyebab Insomnia.....	170
Gambar 9. Terapi infra merah dengan lengan siku fleksibel dipakai dalam terapi pada lansia.....	197

ITSPKU

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Proporsi Tingkat Ketergantungan LANSIA	48
Tabel 2. Barthel Indeks	86
Tabel 3. Sullivan Indeks Kats.....	86
Tabel 4. Keseimbangan Lansia	87
Tabel 5. Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)	89
Tabel 6. Mini mental State Exam (MMSE)	90
Tabel 7. Contoh Analisa data.....	107
Tabel 8. Presentasi populasi dalam masalah keperawatan	109
Tabel 9. Keseriusan masalah	109
Tabel 10. Penilaian keefektifan intervensi.....	110
Tabel 11. Contoh untuk penentuan prioritas diangsa keperawatan	110
Tabel 12. Contoh Intervensi keperawatan pada kelompok lansia	112
Tabel 13. Kategori Ambang Batas IM.....	140
Tabel 14. Angka Kecukupan Gizi Lansia	146
Tabel 15. AKG Wanita Lansia.....	147
Tabel 16. AKG Pria lansia.....	148
Tabel 17. Klasifikasi Tekanan Darah Dewasa	183
Tabel 18. Gambaran Nyeri pada lansia sebelum dan sesudah TIR	200

ITS PKU

BAB 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN

GERONTIK

Dr Rita Benya Adriani, S.Kp, M.Kes.
Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta

A. Definisi Keperawatan Gerontik

Indonesia sebagai negara 5 besar penduduk terbanyak di Indonesia selalu mengalami peningkatan dalam jumlah penduduknya, tidak terkecuali dengan penduduk lanjut usia (Lansia). Berdasarkan data pada tahun 2021 terdapat 30,16 juta jiwa lansia. Angka ini terus akan mengalami peningkatan pada setiap tahunnya. Pada tahun 2022 diprediksi terjadi peningkatan sebanyak 1,05 juta jiwa dan akan bertambah menjadi 1,1 juta jiwa (2023) dan 1,17 (2024) (Kusnandar, 2022). Kementerian Kesehatan sendiri memproyeksikan jumlah penduduk lansia akan meningkat menjadi 42 juta jiwa (13,82%) pada 2030, dan akan bertambah lagi menjadi 48,2 juta jiwa (13,82%) pada 2035 (Kemenkes, 2022).



Gambar 1. Menuju Populasi Lansia
Sumber: Kementerian Sosial

Fenomena peningkatan populasi lansia disebabkan angka harapan hidup dan penurunan angka kematian. Hal itu dikaitkan dengan adanya kondisi lingkungan membaik, kemajuan sosial-ekonomi, gaya hidup yang lebih sehat dan meningkatnya ketersediaan perawatan medis yang baik bagi lansia (Kapur, 2018). Dalam kehidupan sosial kesejahteraan sosial sangat diperhatikan oleh negara (pemerintah) yang tertuang dalam undang-undang no.13 tahun 1998 mengenai kesejahteraan sosial usia lanjut. Dalam kehidupan sosial lansia juga patut untuk diperhatikan mengenai kesehatan maupun keperawatan lansia yang memiliki risiko tinggi, atau yang biasa disebut dengan keperawatan gerontik. Lalu apa yang dimaksud dengan keperawatan gerontik ?.

Sebelum membahas keperawatan gerontik, ada baiknya menjelaskan mengenai ilmu dari gerontik yaitu Gerontologi. Menurut Artinawati (2014), gerontologi berasal dari bahasa geros yang memiliki arti lanjut usia dan logos ilmu. Gerontologi merupakan cabang ilmu yang mempelajari proses menua dan permasalahan yang terjadi pada lanjut usia. Menurut undang-

undang RI No.38 tahun 2014 keperawatan gerontik merupakan pelayanan profesional yang didasari ilmu dan teknik keperawatan yang bersifat komprehensif yang terdiri dari bio-psiko-sosio-spiritual dan kultural yang holistik, ditujukan pada klien lanjut usia, baik sehat maupun sakit pada tingkat individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat (Kholifah, 2016).

Pengertian lain dari keperawatan gerontik menurut Koziar (1987), adalah praktek keperawatan yang berkaitan dengan penyakit pada proses penuaan. Sedangkan menurut Lueckenotte (2000) adalah ilmu yang mempelajari tentang perawatan pada lansia yang berfokus pada pengkajian kesehatan dan status fungsional, perencanaan, implementasi hingga evaluasi. Gerontologi telah menjadi aspek penting di dunia saat ini; alasannya adalah bahwa jumlah orang menua, terutama ketika peningkatan populasi lansia di seluruh dunia yang menyebabkan pekerja profesional dan para ahli harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang studi populasi lansia.

Dalam pelaksanaannya perawat gerontik dibagi menjadi 2 yaitu secara umum dan spesialis. Peran secara umum yaitu pelaksanaan keperawatan dilakukan di rumah sakit, ruma, nursing home, dan komunitas yang menyediakan keperawatan individu dan keluarganya. Sedangkan untuk peran spesialis bentuk pelaksanaannya dilakukan di klinik spesialis/clinical nurse specialist (CNS) dan geriatric nurse practitioner (GNP) (Touhy, 2005). Di dalam penerapannya peran CNS seperti perawat klinis secara langsung, pendidik, manajer perawat, advokat dan peneliti yang dalam perencanaan perawatan dilakukan dalam jangka waktu yang lama/panjang. Untuk peran GNP sendiri dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien pada daerah pedalaman; dengan cara melakukan promosi kesehatan dan mengembalikan status klien untuk bisa melakukan kegiatan secara mandiri.



Sumber id.pinterest.com

B. Tujuan Keperawatan Gerontik

Menurut Sulistyowati (2019), tujuan dari keperawatan dibedakan menjadi 2, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Adapun penjelasan tujuannya sebagai berikut;

1. Tujuan Umum

1. Peningkatan kesehatan dalam memelihara kesehatan dan mengoptimalkan kondisi lansia dengan menjaga perilaku yang sehat.
2. Berupaya terhadap pencegahan penyakit karena proses penuaan dengan melakukan pemeriksaan secara berkala untuk sedini mungkin dapat mendeteksi ada atau tidak adanya suatu penyakit.
3. Mengoptimalkan fungsi mental dengan melakukan bimbingan rohani (pengajian, sholat berjamaah), senam lansia dan melakukan aktivitas fisik bersama lansia lainnya untuk mengoptimalkan mental dan spiritual.
4. Berupaya untuk bisa berkomunikasi atau bekerja sama dengan tim kesehatan dalam pengobatan pada penyakit yang diderita lansia, terutama lansia yang memiliki risiko tinggi pada penyakit tertentu.

2. Tujuan Khusus

1. Lanjut usia dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dan produktif

2. Mempertahankan kesehatan serta kemampuan seoptimal mungkin
3. Membantu mempertahankan dan meningkatkan semangat hidup lansia
4. Menolong dan merawat klien lanjut usia dengan kondisi risiko tinggi dan menderita penyakit
5. Memelihara kemandirian lansia yang sakit seoptimal mungkin.

C. Fokus Keperawatan Gerontik

Menurut Asosiasi perawat di Amerika/ *American Association of Colleges of Nursing* (AACN), (2010) menjelaskan bahwa terdapat 15 fokus klasifikasi keperawatan dalam studi gerontologi, sebagai berikut:

1. Menyediakan layanan promosi kesehatan.
2. Menyediakan layanan pencegahan penyakit.
3. Menyediakan layanan konseling dan bimbingan.
4. Memberikan intervensi perlindungan kesehatan.
5. Mempromosikan lingkungan yang sehat.
6. Mengintegrasikan kebutuhan, sumber daya, dan potensi komunitas ke dalam praktik.
7. Memberikan informasi yang memadai tentang aspek diet.
8. Memberikan pemeriksaan kondisi kesehatan fisik.
9. Menentukan sejauh mana kemampuan individu untuk berkontribusi pada pekerjaan, sekolah, kegiatan fisik dan sosial.
10. Memberikan layanan keamanan kepada lansia karena mereka mudah rentan terhadap kejahatan dan kekerasan.
11. Menilai kemampuan individu serta keluarganya untuk menghadapi dan mengelola tahap kehidupan perkembangan.
12. Sangat penting untuk menganalisis perbedaan antara perubahan normal dan abnormal yang terkait dengan penuaan.

13. Dengan penuaan, kadang-kadang seorang individu mengembangkan masalah kesehatan mental dan tidak berkomunikasi secara efektif; dia terus berbicara hal-hal yang tidak berarti maka jika ini menjadi masalah, daripada itu penting untuk menganalisis masalah ini dan mengembangkan sarana untuk meningkatkannya.
14. Analisis efek penyakit, kecacatan atau cedera status fungsional individu, kemandirian, status fisik dan mental, peran sosial, hubungan, komunikasi, kesejahteraan, keamanan dan posisi ekonomi dan keuangan.
15. Bekal untuk kontinuitas untuk merawat lansia.

Fokus klasifikasi keperawatan ini berbeda dengan yang ada di Indonesia. Menurut Kholifah (2016), menjelaskan untuk di Indonesia, fokus keperawatan gerontik hanya dibagi menjadi 4 bagian saja yaitu;

1. Peningkatan kesehatan (health promotion)

Upaya yang dilakukan adalah memelihara kesehatan dan mengoptimalkan kondisi lansia dengan menjaga perilaku yang sehat. Contohnya adalah memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang pada lansia, perilaku hidup bersih dan sehat serta manfaat olah raga.

2. Pencegahan penyakit (preventif)

Upaya untuk mencegah terjadinya penyakit karena proses penuaan dengan melakukan pemeriksaan secara berkala untuk mendeteksi sedini mungkin terjadinya penyakit. Contohnya adalah pemeriksaan tekanan darah, gula darah, kolesterol secara berkala, menjaga pola makan, contohnya makan 3 kali sehari dengan jarak 6 jam, jumlah porsi makanan tidak terlalu banyak mengandung karbohidrat (nasi, jagung, ubi) dan mengatur aktifitas dan istirahat, misalnya tidur selama 6-8 jam/24 jam.

3. Mengoptimalkan fungsi mental.

Upaya yang dilakukan dengan bimbingan rohani, diberikan ceramah agama, sholat berjamaah, senam GLO (Gerak Latih Otak) (GLO) dan melakukan terapi aktivitas kelompok, misalnya mendengarkan musik bersama lansia lain dan menebak judul lagunya.

4. Mengatasi gangguan kesehatan yang umum.

Melakukan upaya kerjasama dengan tim medis untuk pengobatan pada penyakit yang diderita lansia, terutama lansia yang memiliki resiko tinggi terhadap penyakit, misalnya pada saat kegiatan Posyandu Lansia.



Gambar 2. Fokus Keperawatan Gerontik

D. Trend Issue Keperawatan Gerontik

Trend issue pelayanan keperawatan pada lansia :

1. Pengontrolan Biaya Dalam Pelayanan Kesehatan

1. Diupayakan sesingkat mungkin di pelayanan kesehatan karena pergeseran pelayanan dari RS ke rumah (home care).
2. Diperlukan perawat yang kompeten secara teknologi & transkultural.
3. Pemanfaatan caregiver atau pemberdayaan klien untuk bertanggung jawab terhadap perawatan dirinya.

2. Perkembangan Teknologi & Informasi

1. Data based pelayanan kesehatan komprehensif,
2. Penggunaan computer-based untuk pencatatan klien,
3. Pemberi pelayanan dapat mengakses informasi selama 24 jam,
4. Melalui internet dapat dilakukan pendidikan kesehatan pada klien atau membuat perjanjian.



Sumber: BKKBN

3. Peningkatan Penggunaan Terapi Alternatif (Terapi Modalitas & Terapi Komplementer)

1. Banyak masyarakat yang memanfaatkan terapi alternatif tetapi tidak mampu mengakses pelayanan kesehatan
2. Dalam melaksanakan pendidikan kesehatan, perawat sebaiknya mengintegrasikan terapi alternatif kedalam metode praktik pendidikan kesehatan tersebut.
3. Perawat harus memahami terapi alternatif sehingga mampu memberikan pelayanan atau informasi yang bermanfaat agar pelayanan menjadi lebih baik.

4. Perubahan Demografi

1. Pengembangan model pelayanan keperawatan menjadi holistic model, yang memandang manusia secara menyeluruh.

2. Perawat mempertimbangkan untuk melakukan praktik mandiri.
3. Perawat harus kompeten dalam praktik “home care”.
4. Perawat memiliki pemahaman keperawatan transkultural (berbasis budaya) sehingga efektif dalam memberikan pelayanan type self care .
5. Perawat melakukan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit & ketidakmampuan pada penduduk yang sudah lansia.
6. Perawat mampu menangani kasus kronis dan ketidakmampuan pada lansia.
7. Perawat melakukan proteksi kesehatan dengan deteksi dini & manajemen kesehatan secara tepat.
8. Mampu berkolaborasi dengan klien, anggota tim interdisipliner dalam memberikan pelayanan.
9. Mampu mengembangkan peran advokasi.

5. Community-based nursing care

1. Mampu berkolaborasi dalam tim untuk melakukan pelayanan kesehatan pada lansia.
2. Mampu menggunakan ilmu & teknologi untuk meningkatkan komunikasi interdisiplin dengan tim dan klien.
3. Mempunyai kemampuan dalam mengambil keputusan sesuai dengan kode etik keperawatan.

E. Fungsi Keperawatan Gerontik

Menurut Eliopoulus (2005), fungsi perawat gerontik adalah:

1. ***Guide Persons of all ages toward a healty aging process*** (membimbing orang pada segala usia untuk mencapai masa tua yang sehat).
2. ***Eliminate ageism*** (menghilangkan perasaan takut tua)

3. ***Respect the tight of older adults and ensure other do the same*** (menghormati hak orang dewasa yang lebih tua dan memastikan yang lain melakukan hal yang sama).
4. ***Overse and promote the quality of service delivery*** (memantau dan mendorong kualitas pelayanan).
5. ***Notice and reduce risks to health and well being*** (memperhatikan serta mengurangi resiko terhadap kesehatan dan kesejahteraan).
6. ***Teach and support ceregives*** (mendidik dan mendorong pemberi pelayanan kesehatan).
7. ***Open channels for continued growth*** (membuka kesempatan lansia supaya mampu berkembang sesuai kapasitasnya).
8. ***Listern and support*** (mendengarkan semua keluhan lansia dan memberi dukungan).
9. ***Offer optimism, encouragement and hope*** (memberikan semangat, dukungan dan harapan pada lansia).
10. ***Generate, support, use and participate in research*** (menerapkan hasil penelitian, dan mengembangkan layanan keperawatan melalui kegiatan penelitian).
11. ***Implement restorative and rehabilitative measures*** (melakukan upaya pemeliharaan dan pemulihan kesehatan).
12. ***Coordinate and managed care*** (melakukan koordinasi dan manajemen keperawatan).
13. ***Asses, plan, implement and evaluate care in an individualized, holistic maner*** (melakukan pengkajian, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi perawatan individu dan perawatan secara menyeluruh).
14. ***Link services with needs*** (memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan).

15. ***Nurture future gerontological nurses for advancement of the speciality*** (membangun masa depan perawat gerontik untuk menjadi ahli dibidangnya).
16. ***Understand the unique physical, emotical, social, spiritual aspect of each other*** (saling memahami keunikan pada aspek fisik, emosi, sosial dan spritual).
17. ***Recognize and encourage the appropriate management of ethical concern*** (mengenal dan mendukung manajemen etika yang sesuai dengan tempat bekerja).
18. ***Support and comfort through the dying process*** (memberikan dukungan dan kenyamanan dalam menanggapi proses kematian).
19. ***Educate to promote self care and optimal independence*** (mengajarkan untuk meningkatkan perawatan mandiri dan kebebasan yang optimal).

F. Sifat Pelayanan Gerontik

1. Upaya pelayanan kesehatan terhadap lansia meliputi azas, pendekatan, dan jenis pelayanan kesehatan yang diterima.
 - a. **Azas:** Menurut WHO (1991) dalam Sulistyowati (2019) adalah *to Add life to the Years that Have Been Added to life*, dengan prinsip kemerdekaan (*independence*), partisipan (*participation*), perawatan (*care*), pemenuhan diri (*self fulfillment*), dan kehormatan (*dignity*). Azas yang dianut oleh Departemen Kesehatan RI dan *Add life to the Years, Add Health to Life, and Add Years to Life*, yaitu meningkatkan mutu kehidupan lanjut usia, meningkatkan kesehatan, dan memperpanjang usia.
 - b. **Pendekatan:** Menurut World Health Organization (1982) dalam Sulistyowati (2019), pendekatan yang digunakan adalah sebagai berikut:

- 1) Menikmati hasil pembangunan (sharing the benefits of social development)
- 2) Masing-masing lansia mempunyai keunikan (individuality of aging persons)
- 3) Lansia diusahakan mandiri dalam berbagai hal (nondependence)
- 4) Memberikan perawatan di rumah (home care)
- 5) Pelayanan harus dicapai dengan mudah (accessibility)
- 6) Mendorong ikatan akrab antar kelompok/antar generasi (engaging the aging)
- 7) Transportasi dan utilitas bangunan yang sesuai dengan lansia (mobility)
- 8) Para lansia dapat terus berguna dalam menghasilkan karya (productivity)
- 9) Lansia beserta keluarga aktif memelihara kesehatan lansia (self help care and family care)

1. Azas Pendekatan

Azas Menurut WHO (1991) adalah *to add life to the years that have been added to life*, dengan prinsip kemerdekaan, partisipasi, perawatan, pemenuhan diri dan kehormatan. Azas yang dianut oleh departemen kesehatan RI adalah meningkatkan mutu kehidupan lanjut usia, meningkatkan kesehatan, dan memperpanjang usia. Pendekatan Menurut World Health Organization (1982), pendekatan yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Menikmati hasil pembangunan
2. Masing-masing lansia mempunyai keunikan
3. Lansia diusahakan mandiri dalam berbagai hal
4. Lansia turut memilih kebijakan
5. Memberikan perawatan di rumah
6. Pelayanan harus dicapai dengan mudah

7. Mendorong ikatan akrab antar kelompok/antar generasi
8. Transportasi dan bangunan yang ergonomis dengan lansia
9. Lansia beserta keluarga aktif memelihara kesehatan lansia.

2. Jenis Pelayanan Kesehatan

1. Peran Perawat: Berkaitan dengan kode etik yang harus diperhatikan oleh perawat adalah:
 - a. Perawat harus memberikan rasa hormat kepada klien tanpa memperhatikan suku, ras, gol, pangkat, jabatan, status social, masalah kesehatan.
 - b. Menjaga rahasia klien
 - c. Melindungi klien dari campur tangan pihak yang tidak kompeten, tidak etis, praktek illegal.
 - d. Perawat berhak menerima jasa dari hasil konsultasi dan pekerjaannya
 - e. Perawat menjaga kompetensi keperawatan
 - f. Perawat memberikan pendapat menggunakannya. Kompetensi individu serta kualifikasi dalam memberikan konsultasi.
 - g. Berpartisipasi aktif dalam kelanjutannya perkembangannya body of knowledge
 - h. Berpartisipasi aktif dalam meningkatkan standar professional
 - i. Berpartisipasi dalam usaha mencegah masyarakat, dari informasi yang salah dan misinterpretasi dan menjaga integritas perawat.
 - j. Perawat melakukan kolaborasi dengan profesi kesehatannya yang lain atau ahli dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat termasuk pada lansia.
2. Ada lima upaya kesehatan menurut Leavel and Clark (1965), yaitu peningkatan (*health promotion*), perlindungan khusus (*specific protection*), diagnosis dini dan pengobatan (*early diagnosis and prompt treatment*), pembatasan kecacatan

(*disability limitation*), pemulihan (*rehabilitation*) seperti penjelasan dibawah ini:

a. ***Health promotion***

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan, misalnya dalam peningkatan gizi pada lansia, melakukan senam lansia, perbaikan sanitasi lingkungan dan penyediaan air bersih.

b. ***Specific protection***

Perlindungan khusus yang dimaksud dalam tahapan ini adalah perlindungan yang diberikan kepada Orang-orang atau kelompok yang beresiko terkena suatu penyakit tertentu. Perlindungan tersebut dimaksudkan agar kelompok yang beresiko tersebut dapat bertahan dari serangan penyakit.

c. ***Early diagnosis and prompt treatment***

Diagnosis dini dan pengobatan yang tepat dan cepat merupakan langkah pertama ketika seorang lansia telah jatuh sakit. Tentu saja sasarannya adalah lansia yang telah jatuh sakit, agar sakit yang dideritanya dapat segera diidentifikasi dan secepatnya pula diberikan pengobatan yang tepat agar dapat melakukan sosialisasi dan mobilisasi dalam bermasyarakat di lingkungannya.

Tindakan ini dapat mencegah orang yang sudah sakit, agar penyakitnya tidak tambah parah. Perlu kita ketahui bahwa faktor yang membuat seseorang dapat sembuh dari penyakit yang dideritanya bukan hanya dipengaruhi oleh jenis obat yang diminum dan kemampuan tenaga medisnya. Seperti contoh pemeriksaan laboratorium lengkap dan pemeriksaan tulang pada lansia secara berkala.

d. ***Disability limitation***

Karena kurangnya pengertian dan kesadaran lansia dan keluarga tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai

tuntas. Dengan kata lain mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidak mampuan dalam bermasyarakat ataupun mobilisasi.

e. **Rehabilitation (Rehabilitasi)**

Selanjutnya yang terakhir adalah tahapan rehabilitasi. Rehabilitasi merupakan tahapan yang sifatnya Pemulihan. Ditujukan pada kelompok masyarakat yang dalam masa penyembuhan sehingga Diharapkan agar benar-benar pulih dari sakit sehingga dapat beraktifitas dengan normal kembali. Apalagi kalau suatu penyakit sampai menimbulkan cacat kepada penderitanya, maka tahapan rehabilitasi ini bisa dibilang tahapan yang menentukan hidupnya kedepan. Untuk tahapan rehabilitasi dibagi menjadi 4 seperti dibawah ini;

1) Rehabilitasi fisik

Yaitu agar bekas penderita memperoleh perbaikan fisik semaksimal-maksimalnya seperti lansia yang jatuh dan sulit untuk berdiri Kembali atau berjalan dengan normal. Ataupun lansia yang mengalami kerapuhan tulang dan sulit berjalan hingga menggunakan alat bantu untuk mobilisasinya.

2) Rehabilitasi mental

Yaitu agar lansia dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan sosial. Terlebih lagi bagi lansia rehabilitasi kesehatan mental diperlukan bagi mereka yang tinggal di panti werdha atau panti jompo yang sengaja atau tidak sengaja dititipkan oleh keluarga atau pemerintah hingga merasa jauh dalam berkomunikasi dengan anggota keluarganya. Untuk itu diperlukan rehabilitasi mental agar para

lansia dapat bisa berkomunikasi dan sosialisasi masing-masing.

- 3) Rehabilitasi sosial vokasional
Yaitu agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan/jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja yang semaksimal-maksimalnya sesuai dengan kemampuan dan ketidakmampuannya dalam menjadi tokoh atau peran utama dalam keluarga dan masyarakat.
- 4) Rehabilitasi aesthesis
Yaitu usaha rehabilitasi aesthetis perlu dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan, walaupun kadang-kadang fungsi dari alat tubuhnya itu sendiri tidak dapat dikembalikan. Misalnya: penggunaan mata palsu dan gigi palsu.

Selain penjelasan diatas mengenai upaya kesehatan, terdapat juga upaya preventif dan promotif dalam mencegah dan mengurangi angka kesakita yang terjadi pada lansia (Sulistyowati, 2019) sebagai berikut:

- a. Upaya Promotif
 - 1) Merupakan proses advokasi kesehatan untuk meningkatkan dukungan klien, tenaga professional, dan masyarakat terhadap praktik kesehatan yang positif menjadi norma sosial. Upaya perlindungan kesehatan bagi lansia adalah sebagai berikut:
 - 2) Mengurangi cedera, dilakukan dengan tujuan mengurangi kejadian jatuh, mengurangi bahaya kebakaran dalam rumah, meningkatkan penggunaan alat pengaman, dan mengurangi kejadian keracunan makanan.
 - 3) Meningkatkan keamanan di tempat kerja yang bertujuan untuk mengurangi terpapar dengan bahan-bahan kimia dan meningkatkan penggunaan system keamanan kerja.

- 4) Meningkatkan perlindungan dari kualitas udara yang buruk, bertujuan untuk mengurangi penggunaan semprotan bahan-bahan kimia, meningkatkan pengelolaan rumah tangga terhadap bahan berbahaya, serta mengurangi kontaminasi makanan dan obat-obatan.
- 5) Meningkatkan perhatian terhadap kebutuhan gigi dan mulut yang bertujuan untuk mengurangi karises gigi serta memelihara kebersihan gigi dan mulut.
- 6) 10 perilaku yang baik pada lansia, baik perorangan maupun kelompok lansia adalah dengan cara sebagai berikut:
 - a) Mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa
 - b) Mau menerima keadaan, sabar, dan otomatis serta meningkatkan rasa percaya diri dengan melakukan kegiatan sesuai kemampuan
 - c) Menjalin hubungan yang teratur dengan keluarga dan sesama
 - d) Olahraga ringan setiap hari
 - e) Makan sedikit tetapi sering, memilih makanan yang sesuai, dan banyak minum air putih
 - f) Berhenti merokok dan minuman keras
 - g) Kembangkan hobi dan minat sesuai kemampuan
 - h) Tetap memelihara hubungan harmonis dengan pasangan
 - i) Memeriksa kesehatan secara teratur
 - j) Pesan pada lansia harus “BAHAGIA” artinya adalah: **B** = Berat badan berlebih dihindari, **A** = Atur makanan yang seimbang, **H** = Hindari faktor resiko penyakit jantung dan situasi yang menegangkan, **A** = Agar terus merasa berguna

dengan mengembangkan kegiatan, hobi yang bermanfaat, **G** = Gerak badan teratur sesuai kemampuan, **I** = Ikuti nasihat dokter dan perawat, **A** = Awasi kesehatan dengan pemeriksaan secara berkala.

- b. Preventif, Mencakup pencegahan primer, sekunder, dan tersier.
 - 1) Melakukan pencegahan **primer**: pencegahan pada lansia sehat, terdapat factor risiko, tidak ada penyakit, dan promosi kesehatan
 - 2) Jenis pencegahan primer adalah sebagai berikut: konseling (berhenti merokok dan minuman beralkohol), dukungan nutrisi, exercise, keamanan di dalam dan sekitar rumah, manajemen stress dan penggunaan medikasi yang tepat.
 - 3) Melakukan pencegahan **sekunder**, meliputi pemeriksaan terhadap penderita tanpa gejala hingga penderita yang mengidap faktor risiko: control hipertensi, deteksi dan pengobatan kanker, screening (pemeriksaan rectal, monogram, papsmear, gigi mulut,dll)
 - 4) Melakukan pencegahan **tersier**, dilakukan setelah terdapat gejala penyakit dan **cacat**: mencegah cacat bertambah dan ketergantungan, serta perawatan bertahap, tahap: Perawatan di rumah sakit, Rehabilitasi pasien rawat jalan, Perawatan jangka panjang.
 - 5) Jenis pelayanan pencegahan tersier: Mencegah berkembangnya gejala dengan memfasilitasi **rehabilitasi** dan membatasi ketidakmampuan akibat kondisi kronis. Misalnya osteoporosis atau inkontinensia urine/ fekal, mengandung usaha untuk mempertahankan kemampuan berfungsi

meskipun kemampuan fungsinya tidak seperti pada saat remaja dan dewasa.

G. Legal Etik dalam Keperawatan Gerontik

1. Hukum dan Undang-undang Terkait dengan Lansia :



Gambar 3. Undang-undang Kesejahteraan Sosial LANSIA

Sumber: Kementerian Komunikasi dan Informatika

1. UU No. 4 tahun 1965 tentang Pemberian Bantuan bagi Orang Jompo
2. UU NO.14 tahun 1969 tentang Ketentuan Pokok Mengenai Tenaga Kerja
3. UU No.6 tahun 1974 tentang Ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial
4. UU No.3 tahun 1982 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja
5. UU No.2 tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional

6. UU No.4 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian
7. UU No.4 tahun 1992 tentang Perumahan dan Pemukiman
8. UU No.10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera
9. UU No.11 tahun 1992 tentang Dana Pensiun
10. UU No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan
11. PP No.21 tahun 1994 tentang Penyelenggaraan Pembangunan Keluarga Sejahtera
12. PP No.27 tahun 1994 tentang Pengelolaan Perkembangan Kependudukan
13. UU No.13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia (tambahan lembaran negara Nomor 3796) sebagai pengganti UU No.4 tahun 1965 tentang Pemberian Bantuan bagi Orang Jompo.
14. UU No.13 tahun 1998 ini berisikan antara lain:
 - a. Hak, kewajiban, tugas, serta tanggung jawab pemerintah, masyarakat, dan kelembagaan.
 - b. Upaya pemberdayaan
 - c. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lansia potensial dan tidak potensial
 - d. Pelayanan terhadap lansia
 - e. Perlindungan sosial
 - f. Bantuan sosial
 - g. Koordinasi
 - h. Ketentuan pidana dan sanksi administrasi
 - i. Ketentuan peralihan

2. Undang-Undang yang perlu disusun adalah:

1. UU tentang Pelayanan Lansia Berkelanjutan (*Continuum of Care*).
2. UU tentang Tunjangan Perawatan Lansia.
3. UU tentang Penghuni Panti (*Charter of Resident's Right*).
4. UU tentang Pelayanan Lansia di Masyarakat (*Community Option Program*).

DAFTAR PUSTAKA

- American Association of Colleges of Nursing. (2010). *Adult-Gerontology Primary Care Nurse Practitioner Competencies*. The Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University and the National Organization of Nurse Practitioner Faculties
- Artinawati, S. (2014). *Asuhan keperawatan gerontik*. Bogor : IN MEDIA
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological Nursing (6th Ed)*. Philadelphia: JB. Lippincorl
- Kapur, Radhika. (2018). *Understanding the Significance of Gerontology*. University of Delhi
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Pusat Data dan Informasi. Kementerian Kesehatan*.
- Kholifah, Siti Nur. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Gerontik*.
- Pusat Pendidikan SDM Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI.
- Kozier, B & Erb, G. (1987). *Fundamental of Nursing: Consepsis and Prosedures*. California: Addison wesly
- Kusnandar, Viva Budy. (2022). Ada 30 Juta Penduduk Lansia di Indonesia pada 2021.
<https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2022/05/30/ada-30-juta-penduduk-lansia-di-indonesia-pada-202>
- Leavell,H.R and Clark, E.G., (1965). *Preventive Medicine for Doctor in his Community*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Lueckenotte, Annette G. (2000) *Gerontologic Nursing Second Edition*. Mosby.
- Sulistyowati, Dwi. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Penerbit Adab
- Touhy, A.T., Jett, F.K. (2005). *Ebersole & Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging (3rd ed)*. United States of America : Mosby Elsevier.

PROFIL PENULIS

Penulis diawali menjadi seorang guru Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Surakarta pada tahun 1982, dan menjadi Dosen Poltekkes Kemenkes Surakarta pada tahun 2001 sampai dengan sekarang.

ITS PKU

BAB 2

KONSEP DAN TEORI TENTANG LANJUT USIA

Siti Mardiyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Universitas Kusuma Husada Surakarta

A. Pengertian

Menurut Undang-undang No.13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan lansia bahwa lansia adalah seorang individu yang telah mencapai usia 60 tahun. Dalam Sitanggang (2021) Menua bukan merupakan suatu penyakit, akan tetapi adalah sebuah proses alami yang terjadi dalam kehidupan yang dapat mengakibatkan perubahan kumulatif yang merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh seperti yang tertuang di dalam undang-undang Nomor 13 tahun 1998. Secara umum populasi lansia diprediksi terus mengalami peningkatan. Populasi lansia di Indonesia diprediksi terus meningkat lebih tinggi daripada populasi lansia di dunia setelah tahun 2100 (Infodatin, 2016). Lanjut usia memiliki hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.

B. Batasan Umur Lanjut Usia

Menurut berbagai ahli, batasan-batasan umur lanjut usia adalah sebagai berikut:

1. Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia dalam bab 1 pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas”

2. Menurut world Health Organization (WHO), lanjut usia dibagi menjadi empat kriteria, yakni:
 - a. Usia pertengahan (middle age) adalah usia 45-59 tahun
 - b. Lanjut usia (elderly) adalah usia 60-74 tahun
 - c. Lanjut usia tua (old) adalah 75-90 tahun
 - d. Usia sangat tua (very old) adalah usia di atas 90 tahun.
3. Menurut Mauk (2009) usia lansia terbagi menjadi tiga, sebagai berikut:
 - a. Usia 65-74 tahun disebut lansia muda
 - b. Usia 75-84 tahun disebut lansia menengah
 - c. Usia 85 tahun keatas disebut lansia tua dan sangat tua

C. Ciri-Ciri Lansia

Dalam Sitanggang (2021) Ciri-ciri lansia adalah:

1. Lansia mengalami periode kemunduran
Lansia dapat mengalami kemunduran dari aspek fisik dan psikologis. Lansia yang memiliki motivasi rendah maka cenderung mengalami proses kemunduran fisik secara cepat juga, sedangkan lansia yang memiliki motivasi tinggi, kemungkinan kemunduran fisiknya lambat terjadi.
2. Lansia memiliki status kelompok minoritas
Lansia sebagai kelompok minoritas bisa disebabkan karena kurangnya tenggang rasa pada orang lain sehingga sering mengakibatkan persepsi negatif dari masyarakat.
3. Lansia membutuhkan perubahan peran
Perubahan peran pada lansia dimaksudkan jika lansia memiliki jabatan di masyarakat, akibat penurunan fungsi diharapkan lansia dapat merubah perannya di masyarakat atas kemauan sendiri.
4. Penyesuaian yang buruk pada lansia
Perlakuan yang buruk pada lansia seringkali mengakibatkan konsep diri yang buruk pada lansia.

D. Tipe Lansia

Menurut ahli dalam Dewi (2014), terdapat beberapa tipe lansia, yakni:

1. Tipe arif bijaksana

Lansia tipe arif bijaksana yakni lansia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

2. Tipe mandiri

Lansia tipe mandiri yakni lansia yang mengisi kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru. Lansia selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

3. Tipe tidak puas

Lansia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik.

4. Tipe pasrah

Lansia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, melakukan berbagai jenis pekerjaan.

5. Tipe bingung

Lansia yang sering kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

Tipe lansia dapat pula dikelompokkan dalam beberapa tipe yang bergantung pada karakter, pengalaman hidup. Lansia

dapat pula dikelompokkan dalam beberapa tipe yang bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial dan ekonominya. Tipe ini antara lain:

1. Tipe optimis

Lansia santai dan periang, penyesuaian cukup baik, memandang lansia dalam bentuk bebas dari tanggung jawab dan sebagai kesempatan untuk menuruti kebutuhan pasifnya.

2. Tipe konstruktif

Mempunyai integritas baik, dapat menikmati hidup, mempunyai toleransi tinggi humoris, fleksibel dan sadar diri. Biasanya sifat ini terlihat sejak lansia tersebut masih muda.

3. Tipe ketergantungan

Lansia ini masih dapat diterima di tengah masyarakat, tetapi selalu pasif tidak berambisi, masih sadar diri, tidak mempunyai inisiatif, dan tidak praktis dalam bertindak.

4. Tipe defensif

Tipe lansia ini adalah sebelumnya mempunyai riwayat pekerjaan/jabatan yang tidak stabil, selalu menolak bantuan, emosi sering tidak terkontrol, memegang teguh kebiasaan, bersifat kompulsif aktif, takut menghadapi atau menjadi tua dan menyenangi masa pensiun.

5. Tipe militan dan serius

Lansia tipe ini adalah lansia yang tidak mudah menyerah, serius, senang berjuang dan bisa menjadi panutan.

6. Tipe pemarah frustrasi

Lansia yang pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, selalu menyalahkan orang lain, menunjukkan penyesuaian yang tidak baik dan sering mengekspresikan kepahitan hidupnya.

7. Tipe bermusuhan

Lansia yang selalu menganggap orang lain yang menyebabkan kegagalan atas dirinya, selalu mengeluh, bersifat agresif dan curiga. Lansia ini umumnya memiliki pekerjaan yang tidak stabil pada saat masih muda, menganggap menjadi tua adalah hal yang tidak baik, takut mati, iri hati pada orang lain atau orang yang masih muda, senang mengadu untung pekerjaan, dan lansia berupaya menghindari masa yang buruk.

8. Tipe putus asa, membenci dan menyalahkan diri sendiri

Tipe lansia ini adalah bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri, tidak memiliki ambisi, mengalami penurunan sosio – ekonomi, tidak dapat menyesuaikan diri, lansia tidak hanya mengalami kemarahan, tetapi juga depresi, menganggap usia lanjut sebagai masa yang tidak menarik dan berguna.

Berdasarkan tingkat kemandirian yang dinilai berdasarkan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari (indek katz), lansia dikelompokkan mmenjadi beberapa tipe, yaitu:

1. Lansia mandiri sepenuhnya
2. Lansia mandiri dengan bantuan langsung dari keluarganya
3. Lansia mandiri dengan bantuan tidak langsung
4. Lansia dengan bantuan badan sosial
5. Lansia di panti wredha
6. Lansia yang dirawat di rumah sakit
7. Lansia dengan gangguan mental

E. Mitos dan Stereotip Seputar Lansia

Menurut Maryam dalam Dewi (2014) mitos-mitos seputar lansia antara lain:

1. Mitos kedamaian dan ketenangan

Adanya anggapan bahwa lansia dapat santai menikmati hidup, hasil kerja dan jerih payahnya di masa muda.

Berbagai masalah kehidupan seakan-akan sudah berhasil dilewati.

2. Mitos konservatif dan kemunduran

Konservatif berarti kolot, bersikap mempertahankan kebiasaan, tradisi dan keadaan yang berlaku.

Adanya anggapan bahwa lansia tidak kreatif, menolak inovasi, berorientasi ke masa dulu, kembali ke masa anak-anak, sulit berubah, keras kepala dan cerewet. Fakta yang didapatkan tidak semua lansia bersikap dan memiliki pemikiran demikian.

3. Mitos berpenyakit

Adanya anggapan bahwa masa tua dipandang sebagai masa degenerasi biologis yang disertai berbagai penyakit dan sakit-sakitan. Kenyataannya tidak semua lansia berpenyakit. Saat ini sudah semakin berkembang untuk jenis pengobatan serta lansia yang rajin melakukan pemeriksaan berkala sehingga lansia tetap sehat dan bugar.

4. Mitos senilitas

Adanya anggapan bahwa sebagian lansia mengalami pikun. Kenyataannya masih banyak lansia yang cerdas dan bermanfaat bagi masyarakat, karena banyak cara untuk menyesuaikan diri terhadap penurunan daya ingat.

5. Mitos tidak jatuh cinta

Adanya anggapan bahwa para lansia tidak lagi jatuh cinta dan bergairah kepada lawan jenis. Kenyataannya, perasaan dan emosi setiap orang berubah sepanjang masa serta perasaan cinta tidak berhenti hanya karena menjadi tua.

6. Mitos aseksualitas

Adanya anggapan bahwa pada lansia mengalami penurunan hubungan seks, minat, dorongan, daerah, kebutuhan dan daya seks berkurang. Kenyataannya kehidupan seks para lansia normal-normal saja dan tetap bergairah. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya para lansia yang meskipun

telah ditinggal mati oleh pasangannya namun masih memiliki keinginan untuk menikah lagi.

7. Mitos ketidakproduktifan

Adanya anggapan bahwa para lansia tidak produktif lagi. Kenyataannya banyak para lansia yang mencapai kematangan, kemandirian, dan produktivitas mental maupun material.

F. Teori Penuaan

Pada individu yang menua ada ada lansia yang masih aktif serta penuh energi hingga usia 80-an dan 90-an, namun ada juga lansia yang tidak berdaya karena penyakit yang diderita pada saat mencapai usia 60 tahun. Usia panjang seringkali dikaitkan dengan peningkatan kapasitas metabolisme dan respon seorang terhadap stres (Kane et al, 2013). Beberapa orang menunjukkan penurunan kognitif yang signifikan seiring bertambahnya usia sementara yang lain tetap mampu berpikir dengan baik. Berikut adalah teori-teori penuaan yakni teori biologis, psikososial, teori moral/spiritual, teori program, teori error, dan teori aktifitas tentang penuaan (Wallace, 2008; Taylor et al., 2011; Bonham Howe, 2014).

1. Teori Biologi

Lansia secara fisik terjadi penuaan dimulai dengan genetika, tetapi sering bertambahnya usia, proses biokimia dan fisiologi dalam tubuh juga berubah. Ahli biologi seluler dan molekuler terdapat beberapa teori penyebab terjadinya penuaan. Teori biologis ini fokus pada kepercayaan bahwa penuaan merupakan rancangan drasi sebuah organisme (Kane, et al 2013).

Teori penuaan berdasarkan teori biologis dibagi menjadi dua kategori utama yakni teori terprogram dan teori kesalahan.

1. Teori terprogram menunjukkan bahwa penuaan terjadi berdasarkan beberapa mekanisme biologis internal dalam kode genetik.
2. Teori kesalahan menyebutkan bahwa penuaan disebabkan oleh efek lingkungan yang berkepanjangan, yang menyebabkan terjadinya kerusakan pada DNA, protein dan sel sehingga organ dan sistem tubuh memburuk dan berhenti berfungsi (Bonham Howe, 2014).

Inti setiap sel berisi petunjuk genetik untuk tumbuh dan berkembang dalam bentuk DNA manusia. Dalam DNA manusia terdapat ribuan segmen atau gen molekuler. Salah satu peran gen yang paling penting adalah mengarahkan pembuatan protein seperti kolagen, hemoglobin, hormon, enzim, antibodi dan antigen. Proses produksi protein dimulai saat enzim mengikat DNA. Hal ini menyebabkan untai DNA terpisah dan bayangan cermin dari setiap untai direplikasi. Bayangan cermin itu disebut messenger RNA (MRNA). MRNA memberikan instruksi pada ribosom di dalam sel untuk membentuk berbagai polipeptida asam amino. Asam amino dilepaskan dari sel dalam bentuk protein, ketika sel rusak seiring bertambahnya usia, sel hanya mereplikasi dirinya sendiri melalui proses mitosis. Dalam mitosis, kromosom menyesuaikan diri di tengah sel. Untaian DNA terlepas dan terpisah dan pasangan basa baru menempel pada setiap bagian yang terpisah sehingga menghasilkan dua kromosom yang identik.

Dua dari kategori biologis utama adalah teori fitur dan teori cacat. Teori fitur konsisten dengan karya Hayflick yang umumnya dikenal sebagai batas Hayflick. Batas hayflick pada dasarnya menyatakan bahwa sel akan membelah untuk beberapa kali dan ketika mereka telah mencapai batas ini, sel menyusut, menyebar dan akhirnya mati, mengakibatkan kematian tubuh. Batas Hayflick sangat bergantung pada ilmu pengetahuan tentang kematian sel terprogram atau apoptosis. Cara dan garis waktu apoptosis adalah subyek dari banyak

penelitian mengenai proses penuaan. Teori fitur memperluas karya Hayflick dan sangat berfokus pada apoptosis. Teori ini menyatakan bahwa proses penuaan terkandung dalam desain manusia. Ahli teori yang mendukung teori ini percaya bahwa usia seseorang ditentukan sebelumnya secara genetik. Berdasarkan teori ini, tidak banyak hal yang bisa dilakukan untuk mengubah proses penuaan meskipun telah dilakukan intervensi untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit (Wallace, 2008; Bonham Howe, 2014).

Teori fitur menunjukkan tujuan utama adalah untuk meningkatkan atau menyempurnakan manusia. Pendukung teori fitur melihat variasi yang luas dalam umur di antara orang-orang di lingkungan yang serupa untuk mendukung teori tersebut. Sebagai contoh, dua orang yang tumbuh dan hidup di kota yang sama, akan tetapi mungkin meninggal pada usia yang berbeda sebagai akibat susunan genetik di mana ada pengaktifan dan penonaktifan gen tertentu yang teratur.

Selanjutnya teori cacat adalah teori biologis yang berlawanan dengan teori fitur. Menurut teori cacat, kerusakan dan kerugian yang terjadi dengan penuaan adalah kecelakaan atau kesalahan. Teori cacat membuat para peneliti percaya bahwa penyebab kematian orang dewasa yang lebih tua umurnya hasil dari tubuh yang rusak atau akumulasi mutasi dalam DNA yang tidak dapat lagi bertahan. Teori cacat mendukung promosi kesehatan dan pengobatan dan manajemen penyakit sebagai cara penting untuk memperpanjang hidup.

2. Teori Kejiwaan Sosial

Teori kejiwaan sosial meneliti tentang pengaruh sosial terhadap perilaku manusia. Teori ini mengamati pada sikap, keyakinan dan perilaku lansia. Ada beberapa macam teori kejiwaan sosial, yakni sebagai berikut:

1. Aktifitas atau kegiatan (*Activity Theory*)

Menurut Maslow dalam Muhith dan Suyoto (2016) menyatakan bahwa para lanjut usia yang sukses adalah para lansia yang aktif dan ikut banyak kegiatan sosial. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lanjut usia. Mempertahankan hubungan antara system sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia.

2. Kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

Menurut Kuntjoro (2002) dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe kepribadian yang dimiliki.

3. Teori Pembebasan

Teori ini menerangkan putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya Cumming and Henry dalam Muhith dan Suyoto (2016) menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Hal ini dapat mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loss*) yaitu kehilangan peran (*loss role*), hambatan kontak sosial (*restraction of contacs and relation ships*), dan berkurangnya komitmen (*reduced commitment to social mores and values*).

4. Teori Subkultur

Menurut Rose dalam Muhith dan Suyoto (2016) lansia merupakan kelompok yang memiliki norma, harapan, rasa percaya, dan adat kebiasaan tersendiri sehingga dapat digolongkan sebagai subkultur, akan tetapi para lansia tersebut

kurang terintegrasi pada masyarakat luas dan lebih banyak berinteraksi antar sesama lansia. Pada kalangan lansia status lebih ditekankan pada bagaimana tingkat kesehatan dan kemampuan mobilitasnya, bukan pada hasil pekerjaan, pendidikan, ekonomi yang pernah dicapainya. Kelompok-kelompok lansia tersebut bila terkoordinasi dengan baik dapat menyalurkan aspirasinya di, yakni hubungan antar grup dapat meningkatkan proses penyesuaian.

5. Teori Strati Kasi Usia

Menurut Riley dalam Muhith dan Suyoto (2016) teori strati kasi usia menjelaskan adanya saling ketergantungan antara usia dengan struktur sosial yang dapat dijelaskan adanya saling ketergantungan antara usia dengan struktur usia yang dapat dijelaskan sebagai berikut; orang - orang tumbuh dewasa bersama masyarakat dalam bentuk kohor dalam artian sosial, biologis, dan psikologis. Kohor muncul dan masing-masing kohor memiliki pengalaman dan selera yang berbeda. Suatu masyarakat dibagi dalam beberapa strata sesuai dengan lapisan usia dan peran. Masyarakat sendiri adalah bersifat dinamis, begitu pula individu dan perannya dalam masing-masing strata, terdapat saling keterkaitan antara penuaan individu dengan perubahan sosial. Jadi lansia dan mayoritas masyarakat senantiasa saling mempengaruhi dan selalu terjadi perubahan kohor maupun perubahan dalam masyarakat.

6. Teori Penyesuaian Individu dan Masyarakat

Menurut Lawton dalam Muhith dan Suyoto (2016), terdapat hubungan antara kompetensi individu dengan lingkungannya. Kompetensi ini merupakan ciri fungsional individu, antara lain kekuatan ego, keterampilan motoric, keehatan biologis, kapasitas kognitif dan fungsi sensorik. Lingkungan yang dimaksud adalah mengenai potensinya dalam menimbulkan respon perilaku dari seseorang, bahwa untuk tingkat kompetensi seseorang terdapat suatu tingkatan

suasana atau tekanan lingkungan tertentu yang menguntungkan baginya. Orang yang berfungsi pada level kompetensi yang rendah hanya mampu bertahan pada level tekanan lingkungan yang rendah. Suatu hubungan yang sering berlaku adalah semakin terganggu (cacat) seseorang, maka tekanan lingkungan yang dirasakan akan semakin besar.

ITS PKU

DAFTAR PUSTAKA

- Sitanggang, Y.F. et al. (2021). *Keperawatan Gerontik*. Yayasan Kita Menulis.
- Dewi, S.R. 2015: *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Deepublish
- Muhith, A, & Siyoto, S. (2016). *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta. Andi Offset.
- Nugroho, K.D & Wibowo. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Pada Lansia (Dasar)*. Malang. Media Nusa Creative.
- Mauk, M.L. (2009). *Gerontological Nursing: competencies for care second edition*. United State of America: Kevin Sullivan
- Undang-undang No. 23 Tahun 1992 Pasal 19 Tentang Kesehatan pada Manula. Undang-undang RI No. 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.

ITS PKU

PROFIL PENULIS



Penulis lahir di Sragen pada tanggal 17 Januari 1983, riwayat pendidikan keperawatan dialai lulus dari program Diploma Tiga dan lanjut S1 Keperawatan Universitas Gadjah Mada lulus tahun 2009. Penulis lanjut program Magister keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun 2018.

Penulis saat ini pengajar di Universitas Kusuma Husada Surakarta sejak tahun 2011 mengajar mata kuliah keperawatan komunitas, keperawatan gerontik. Penulis juga memiliki pengalaman bekerja di lapngan selama satu tahun di Rumah Sakit Amal Sehat Sragen. Penulis juga masuk dalam anggota PPNI dan sebagai pengurus di DPK PPNI Universitas Kusuma Husada Surakarta.

BAB 3

KONSEP PERUBAHAN DAN MASALAH KESEHATAN PADA LANSIA

Dipo Wicaksono
Universitas Kusuma Husada, Surakarta

Lansia merupakan suatu keadaan yang terjadi dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses yang terjadi sejak permulaan kehidupan. Seseorang akan melewati tiga tahap dalam kehidupan yaitu masa anak, dewasa, dan tua (Mawaddah, 2020). Menua atau menjadi tua merupakan suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari yang terjadi secara alamiah. Hal tersebut dapat menimbulkan masalah fisik, mental, sosial, ekonomi dan psikologis (Mustika, 2019). Penuaan adalah proses perubahan yang berhubungan dengan waktu sejak lahir dan berlanjut sepanjang hidup. Lansia adalah seseorang yang mengalami perubahan biologis, fisik, kejiwaan dan sosial yang akan memberikan pengaruh seluruh aspek kehidupan termasuk kesehatan (Setyo, 2019).



Sumber: Lancakuning

A. Perubahan Fisiologis Lansia

Perubahan-perubahan yang terjadi dalam proses penuaan merupakan masa ketika individu berusaha untuk tetap menjalani hidup dengan berbagai perubahan (Amalia, 2019). Proses penuaan ditandai dengan perubahan fisiologis yang terlihat dan tidak terlihat. Perubahan fisik yang terlihat seperti kulit yang mulai keriput dan mengendur, rambut yang beruban, gigi yang ompong, serta adanya penumpukan lemak di pinggang dan perut. Sedangkan perubahan yang tidak terlihat seperti perubahan fungsi organ seperti penglihatan, pendengaran, dan kepadatan tulang. Oleh karena itu, penting untuk melakukan pengecekan kesehatan secara rutin (Amalia, 2019). Perubahan fisik yang terjadi pada lansia akan mempengaruhi kemandirian lansia dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari serta dapat menurunkan tingkat produktifitasnya (Ekasari dkk, 2019).

Penurunan kondisi pada lansia akan mempengaruhi aktifitas lansia dalam melakukan aktifitas sehingga status fungsional menurun. Status fungsional pada lansia meliputi kemampuan fisik untuk memenuhi kebutuhan hidup. Kebutuhan hidup tersebut antara lain aktivitas fisik, perawatan diri, pemeliharaan dan kewajiban untuk berinteraksi dengan orang lain. Perubahan fisik yang terjadi pada lansia akan

mempengaruhi kualitas hidup lansia (Ekasari dkk, 2018). Semakin bertambahnya usia maka akan terjadi penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada jiwa atau diri seseorang yang meliputi perubahan fisik, kognitif, perasaan, sosial, dan seksual (National & Pillars, 2020).



Gambar 4. Perubahan Fisiologi Pada LANSIA
Sumber: BKKBN

Menurut Kholifah (2016), beberapa perubahan fisiologis yang terjadi pada lansia antara lain sebagai berikut:

1. Sistem indra

Pada sistem pendengaran terjadi gangguan (*prebiakusis*) yang disebabkan oleh hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga bagian dalam. Individu yang berusia 60 tahun keatas, sebanyak 50% memiliki kemampuan pendengaran yang berkurang terhadap bunyi, suara yang tidak jelas, dan kata-kata yang sulit dimengerti.

2. Sistem integumen

Kulit pada lansia akan mengalami atropi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Hal tersebut terjadi karena kulit mengalami kekurangan cairan sehingga menjadi tipis (*liver spot*).

3. Sistem muskuloskeletal

Pada sistem muskuloskeletal terdapat jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kartilago pada lansia mengalami granulasi sehingga permukaan sendi menjadi tidak rata. Selain itu kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi cenderung kurang progresif yang mengakibatkan kartilago menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang pada lansia mengalami kepadatan tulang yang berkurang yang mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Otot pada lansia mengalami perubahan struktur yang ditandai dengan penurunan jumlah dan ukuran serabut otot. Jaringan ikat sekitar sendi pada lansia seperti tendon, ligamen, dan fascia mengalami penuaan elastisitas.

4. Sistem kardiovaskular

Masa jantung pada lansia akan bertambah dan ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang yang disebabkan karena perubahan jaringan ikat. Perubahan tersebut disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

5. Sistem respirasi

Pada lansia jaringan ikat paru dan kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru sehingga udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi toraks mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan mengakibatkan kemampuan peregangan toraks berkurang.

6. Pencernaan dan metabolisme

Pada lansia terjadi perubahan sistem pencernaan seperti penurunan produksi karena kehilangan gigi, penurunan

indra pengecap, penurunan rasa lapar, pengecilan liver, penurunan tempat penyimpanan dan aliran darah.

7. Sistem perkemihan

Pada lansia terjadi perubahan pada sistem perkemihan seperti penurunan laju filtrasi, eksresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8. Sistem saraf

Pada lansia mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf. Selain itu juga mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari.

9. Sistem reproduksi

Pada lansia terjadi perubahan sistem reproduksi yang ditandai dengan pengecilan ovarium dan uterus, atropi payudara. Pada laki-laki, testis masih dapat memproduksi spermatozoa meskipun terdapat penurunan secara perlahan.

Selain perubahan pada fisiologis Kholifa (2016), juga menjelaskan bahwa lansia mengalami perubahan dalam kehidupannya sehingga menimbulkan beberapa masalah. Permasalahan tersebut diantaranya yaitu :

1. Masalah fisik

Fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indra penglihatan yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun, sehingga seringsakit.

2. Masalah kognitif (intelektual)

Melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar.

3. Masalah emosional

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin

berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia kepada keluarga menjadi sangat besar. Selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi dan sering stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

4. Masalah spiritual

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

5. Perubahan psikososial

Kesepian terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

6. Duka cita (Bereavement)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

7. Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

8. Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan

kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

9. Parafrenia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

10. Sindroma Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

Menurut Ambohamsah dan Sia (2020), pada lansia terjadi perubahan kognitif. Kognitif merupakan salah satu fungsi tingkat tinggi pada otak yang terdiri dari beberapa aspek seperti persepsi visual dan konstruksi kemampuan berhitung, persepsi dan penggunaan bahasa, pemahaman dan penggunaan bahasa, proses informasi, memori, fungsi eksekutif dan pemecahan masalah sehingga apabila terjadi dalam jangka panjang dan tidak ada penanganan maka akan mengganggu aktivitas sehari-hari. Adapun gangguan kognitif pada lansia meliputi:

- a. Memory (Daya ingat)
- b. IQ (*Intelligent Quotient*)
- c. Kemampuan belajar (*Learning*)
- d. Kemampuan pemahaman (*Comprehension*)
- e. Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)
- f. Pengambilan keputusan (*Decision Making*)
- g. Kebijaksanaan (*Wisdom*)
- h. Kinerja (*Performance*)

i. Motivasi



Gambar 5. Masalah Kejiwaan Pada Lansia

Menurut Ratnawati (2017), lansia mengalami perubahan psikososial yang berkaitan dengan keterbatasan produktivitas kerja sehingga lansia mengalami kehilangan-kehilangan berikut:

1. Kehilangan finansial (pedapatan berkurang)
2. Kehilangan status (jabatan/posisi, fasilitas)
3. Kehilangan teman/kenalan atau relasi
4. Kehilangan pekerjaan/kegiatan yang berkaitan dengan beberapa hal sebagai berikut:
5. Merasa sadar terhadap kematian, perubahan bahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, pergerakan lebih sempit).
6. Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan.
7. Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan fisik.
8. Kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial

9. Adanya gangguan saraf pancaindra seperti kebutaan dan kesulitan.
10. Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
11. Rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga.
12. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri)

Menurut Muhith dan Siyoto (2016), penuaan secara fisiologis dan patologis dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut:

1. Hereditas atau genetik
Perempuan memiliki umur yang lebih panjang daripada laki-laki karena terdapat perbedaan jumlah kromosom X yang membawa proses kehidupan.
2. Nutrisi atau makanan
Asupan nutrisi yang dikonsumsi tidak seimbang mengakibatkan terganggunya keseimbangan reaksi kekebalan tubuh.
3. Status kesehatan
Penyakit sering dikaitkan dengan proses penuaan, hal tersebut bukan disebabkan karena faktor luar yang berlangsung tetap dan berkepanjangan.
4. Pengalaman hidup
Kehidupan sehari-hari seperti sering terkena paparan sinar matahari, kurang olahraga, dan konsumsi alkohol akan mempengaruhi terjadinya proses penuaan.
5. Lingkungan
Proses penuaan secara biologis terjadi secara alami dan tidak dapat dihindari.
6. Stressor
Stressor dapat mempengaruhi proses penuaan karena tekanan kehidupan dalam lingkungan rumah, pekerjaan,

atau masyarakat yang terjamin akan mempengaruhi proses penuaan.

B. Masalah Kesehatan pada Lansia

Adanya perubahan fisiologis dan psikologis pada lansia akan mengakibatkan timbulnya masalah kesehatan umum yaitu penyakit kronis dan penggunaan obat-obatan pada lansia. Sekitar 91% lansia memiliki paling tidak satu kondisi kronis, dan sekitar 73% memiliki dua penyakit kronis seperti, diabetes, hipertensi, artitis dan paru. Dalam tingginya prevalensi tingginya penyakit kronis pada populasi lansia menyebabkan mereka menggunakan sejumlah besar obat-obatan. Hampir sepertiga resep pada obat-obatan diberikan untuk lansia.

Tetapi perlu diketahui peningkatan lansia sangat rentan terhadap efek obat-obatan dan efek samping pada lansia karena penggunaan obat-obatan tersebut menyebabkan perubahan fisiologis. Untuk itu perlu dilakukan informasi pencegahan terhadap penyalahgunaan atau efek samping yang dapat terjadi pada lansia. Berikut ini proporsi tingkat ketergantungan penduduk usia 60 tahun ke atas menurut data Riskesdas 2018. Berikut ini beberapa penyakit kronis yang sering dialami oleh lansia;

1. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)

Hipertensi adalah kondisi dimana tekanan darah sistolik seseorang lebih dari 140 mmHg atau tekanan darah diastoliknya lebih dari 90 mmHg. Komplikasi apabila tidak terkontrol dapat menyebabkan stroke, gagal ginjal, gagal jantung dan gangguan penglihatan.

2. Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM) atau kencing manis merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan tingginya gula darah lebih dari 200 mg/dl akibat kerusakan sel beta pankreas.

3. Arthritis

Arthritis merupakan penyakit autoimun yang mengakibatkan kerusakan sendi dan kecacatan serta memerlukan pengobatan dan control jangka panjang.

4. Osteoporosis

Osteoporosis merupakan salah satu bentuk gangguan tulang dimana masa atau kepadatan tulang berkurang. Terdapat dua jenis osteoporosis, tipe I merujuk pada percepatan kehilangan tulang selama dua dekade pertama setelah menopause, sedangkan tipe II adalah hilangnya masa tulang pada usia lanjut karena terganggunya produksi vitamin D.

5. Stroke

Stroke merupakan penyakit yang terjadi akibat suplai oksigen dan nutrisi ke otak terganggu karena pembuluh darah tersumbat atau pecah.

6. Penyakit Paru-Paru Obstruktif Kronis (PPOK)

Penyakit paru-paru obstruktif kronis adalah penyakit paru kronik (menahun) yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran nafas, semakin lama semakin memburuk dan tidak sepenuhnya dapat kembali normal.

7. Depresi

Depresi merupakan perasaan tertekan dan sedih yang terus menetap selama kurun waktu lebih dari 2 minggu.

8. Demensia

Merupakan kumpulan gejala yang berkaitan dengan kehilangan fungsi intelektual dan daya ingat secara perlahan-lahan, sehingga mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari. Alzheimer merupakan jenis demensia yang paling sering terjadi pada usia lanjut. Adanya riwayat keluarga, usia lanjut, penyakit vaskular/pembuluh darah (hipertensi, diabetes, kolesterol tinggi), trauma kepala merupakan faktor risiko terjadinya demensia. Demensia

juga kerap terjadi pada wanita dan individu dengan pendidikan rendah.

9. Penyakit jantung koroner

Penyempitan pembuluh darah jantung sehingga aliran darah menuju jantung terganggu. Gejala umum yang terjadi adalah nyeri dada, sesak napas, pingsan, hingga kebingungan.

10. Penyakit jantung koroner

Penyempitan pembuluh darah jantung sehingga aliran darah menuju jantung terganggu. Gejala umum yang terjadi adalah nyeri dada, sesak napas, pingsan, hingga kebingungan.

**Tabel 1. Proporsi Tingkat Ketergantungan LANSIA
sumber: laporan Riskesdas 2018**

Proporsi Tingkat Ketergantungan pada Penduduk Umur ≥ 60 Tahun menurut Penyakit, Riskesdas 2018

Penyakit ¹	Tingkat Ketergantungan										N Tertimbang
	Mandiri		Tergantung ringan		Tergantung sedang		Tergantung berat		Tergantung total		
	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	
Jantung	63,98	61,89 -66,03	30,22	28,28 -32,24	1,80	1,29 -2,50	2,09	1,51 -2,89	1,90	1,41 -2,56	4,365
DM	63,59	61,66 -65,48	30,56	28,78 -32,41	1,63	1,23 -2,16	2,08	1,57 -2,74	2,14	1,60 -2,86	5,579
Stroke	36,33	34,19 -38,53	33,25	31,20 -35,37	7,10	6,08 -8,28	9,43	8,16 -0,88	13,88	12,25-15,69	4,270
Sendi	67,45	66,38 -68,49	28,44	27,43 -29,47	1,52	1,29 -1,79	1,13	0,92 -1,38	1,46	1,22 -1,76	17,547
Cedera	63,23	61,60-64,84	29,67	28,14 -31,24	2,24	1,83 -2,74	2,10	1,70 -2,60	2,75	2,30 -3,30	7,976

¹Penyakit berdasarkan diagnosis dokter (kecuali untuk cedera berdasarkan pengakuan)

Selain masalah kesehatan kronis dan penggunaan obat-obatan oleh lansia terdapat juga masalah kesehatan tambahan seperti kerusakan sensori, katarak, degenerasi makular, glaukoma, kehilangan pendengaran, masalah gigi dan inkontenensia. Selain penyakit kronis juga ada sindromea geriatri yaitu gejala-gejala yang sering dikeluhkan oleh lansia atau biasa disebut dengan 14 I, yaitu;

1. *Immobility* (kurang bergerak)

Gangguan fisik, jiwa, dan faktor lingkungan dapat menyebabkan lansia kurang bergerak. Penyebab yang paling sering adalah gangguan tulang, sendi dan otot, gangguan saraf, dan penyakit jantung dan pembuluh darah.

2. *Instability* (mudah jatuh)

Penyebab terjatuh pada lansia dapat berupa faktor intrinsik (hal-hal yang berkaitan dengan keadaan tubuh penderita) baik karena proses menua, penyakit maupun faktor ekstrinsik (hal-hal yang berasal dari luar tubuh) seperti obat-obat tertentu dan faktor lingkungan. Akibat yang paling sering dari terjatuh pada lansia adalah kerusakan bagian tertentu dari tubuh yang mengakibatkan rasa sakit, patah tulang, cedera pada kepala, luka bakar karena air panas akibat terjatuh ke dalam tempat mandi. Selain itu, terjatuh menyebabkan lansia tersebut sangat membatasi pergerakannya.

3. *Incontinence* (beser BAB/BAK)

Beser buang air kecil (bak) merupakan salah satu masalah yang sering didapati pada lansia, yaitu keluarnya air seni tanpa disadari, dalam jumlah dan kekerapan yang cukup mengakibatkan masalah kesehatan atau sosial. Beser bak merupakan masalah yang seringkali dianggap wajar dan normal pada lansia, walaupun sebenarnya hal ini tidak dikehendaki terjadi baik oleh lansia tersebut maupun keluarganya. Akibatnya timbul berbagai masalah, baik masalah kesehatan maupun sosial, yang akan memperburuk kualitas hidup dari lansia tersebut. Lansia dengan beser bak sering mengurangi minum dengan harapan untuk mengurangi keluhan tersebut, sehingga dapat menyebabkan lansia kekurangan cairan dan juga berkurangnya kemampuan kandung kemih. Beser bak sering pula disertai dengan beser buang air besar (bab), yang justru akan memperberat keluhan beser bak tadi.

4. *Intellectual impairment* (gangguan intelektual/ demensia)

Merupakan kumpulan gejala klinik yang meliputi gangguan fungsi intelektual dan ingatan yang cukup berat sehingga menyebabkan terganggunya aktivitas kehidupan sehari-hari. Salah satu hal yang dapat menyebabkan gangguan

interlektual adalah depresi sehingga perlu dibedakan dengan gangguan intelektual lainnya.

5. Infection (infeksi)

Merupakan salah satu masalah kesehatan yang penting pada lansia, karena selain sering didapati, juga gejala tidak khas bahkan asimtomatik yang menyebabkan keterlambatan di dalam diagnosis dan pengobatan serta risiko menjadi fatal meningkat pula. Beberapa faktor risiko yang menyebabkan lansia mudah mendapat penyakit infeksi karena kekuranggizi, kekebalan tubuh yang menurun, berkurangnya fungsi berbagai organ tubuh, terdapatnya beberapa penyakit sekaligus (komorbiditas) yang menyebabkan daya tahan tubuh yang sangat berkurang. Selain dari pada itu, faktor lingkungan, jumlah dan keganasan kuman akan mempermudah tubuh mengalami infeksi.

6. *Impairment of hearing, vision and smell* (gangguan pendengaran, penglihatan dan penciuman)

Akibat proses menua semua panca indera berkurang fungsinya, demikian juga gangguan pada otak, saraf dan otot-otot yang digunakan untuk berbicara dapat menyebabkan terganggunya komunikasi, sedangkan kulit menjadi lebih kering, rapuh dan mudah rusak dengan trauma yang minimal.

7. *Isolation* (Depression)

Penyebab utama depresi pada usia lanjut adalah kehilangan seseorang yang disayangi, pasangan hidup, anak, bahkan binatang peliharaan. Selain itu kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan menyebabkan dirinya terisolasi dan menjadi depresi. Keluarga yang mulai mengacuhkan karena merasa direpotkan menyebabkan seorang lansia akan merasa hidup sendiri dan menjadi depresi.

8. *Inanition* (malnutrisi)

Asupan makanan berkurang sekitar 25% pada usia 40-70 tahun. Anireksia dipengaruhi oleh faktor fisiologis (perubahan rasa kecap, pembauan, sulit mengunyah, gangguan usus, dll), psikologis (depresi dan demensia) dan sosial (hidup dan makan sendiri) yang berpengaruh pada nafsu makan dan asupan makan.

9. *Impecunity* (kemiskinan)

Semakin bertambahnya usia maka kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara perlahan-lahan, yang menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjakan atau menyelesaikan pekerjaannya sehingga tidak dapat memberikan penghasilan. Untuk dapat menikmati masa tua yang bahagia kelak diperlukan paling sedikit tiga syarat, yaitu: memiliki uang yang diperlukan yang paling sedikit dapat memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, memiliki tempat tinggal yang layak, mempunyai peranan di dalam menjalani masa tuanya.

10. *Iatrogenic* (menderita penyakit pengaruh obat-obatan)

Lansia sering menderita penyakit lebih dari satu jenis sehingga membutuhkan obat yang lebih banyak bahkan digunakan dalam jangka waktu panjang. Akibatnya akan timbul efek samping dari interaksi obat-obatan tersebut yang dapat mengancam jiwa.

11. *Insomnia* (sulit tidur)

Dapat terjadi karena masalah-masalah dalam hidup yang menyebabkan seorang lansia menjadi depresi. Selain itu beberapa penyakit juga dapat menyebabkan insomnia seperti diabetes melitus dan gangguan kelenjar thyroid, gangguan di otak juga dapat menyebabkan insomnia. Jam tidur yang sudah berubah juga dapat menjadi penyebabnya. Berbagai keluhan gangguan tidur yang sering dilaporkan oleh lansia yaitu sulit untuk masuk kedalam proses tidur,

tidurnya tidak dalam dan mudah terbangun, jika terbangun sulit untuk tidur kembali, terbangun dini hari, lesu setelah bangun di pagi hari.

12. *Immuno-deficiency* (penurunan sistem kekebalan tubuh)

Daya tahan tubuh yang menurun pada lansia merupakan salah satu fungsi tubuh yang terganggu dengan bertambahnya umur seseorang walaupun tidak selamanya hal ini disebabkan oleh proses menua, tetapi dapat pula karena berbagai keadaan seperti penyakit yang sudah lama diderita (menahun) maupun penyakit yang baru saja diderita (akut) dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh seseorang. Demikian juga penggunaan berbagai obat, keadaan gizi yang kurang, penurunan fungsi organ-organ tubuh dan lain-lain.

13. *Impotence* (Gangguan seksual)

Ketidakmampuan melakukan aktivitas seksual pada usia lanjut terutama disebabkan oleh gangguan organik seperti gangguan hormon, saraf, dan pembuluh darah juga depresi.

14. *Impaction* (sulit buang air besar)

Beberapa faktor yang mempermudah terjadinya konstipasi, seperti kurangnya gerakan fisik, makanan yang kurang sekali mengandung serat, kurang minum, akibat pemberian obat-obat tertentu dan lain-lain. Akibatnya, pengosongan isi usus menjadi sulit terjadi atau isi usus menjadi tertahan. Pada konstipasi, kotoran di dalam usus menjadi keras dan kering, dan pada keadaan yang berat dapat terjadi akibat yang lebih berat berupa penyumbatan pada usus disertai rasa sakit pada daerah perut.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia & Tulus. (2019). *Perawatan Lansia Oleh Keluarga dan Care Giver*. Jakarta: Bumi Medika
- Ambohamsah, I. B., & Sia, N. L. (2020). Gambaran Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia Didesa Buku Kecamatan Mapilli Kabupaten Polewali Mandar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 15(3), 237-240.
- Darmojo, Boedhi, et al. (2000). *Beberapa masalah penyakit pada Usia Lanjut*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Ekasari, M. F., Riasmini, N. M., & Hartini, T. (2019). *Meningkatkan kualitas hidup lansia konsep dan berbagai intervensi*. Wineka Media.
- Kholifah, Siti Nur. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta Selatan: Kemenkes RI.
- Kusumo, Mahendro Prasetyo. (2020). *Buku Lansia. Lembaga Penelitian, Publikasi dan Pengabdian Masyarakat UMY*. Yogyakarta.
- Mawaddah, N. (2020). Peningkatan Kemandirian Lansia Melalui Activity Daily
- Living Training Dengan Pendekatan Komunikasi Terapeutik Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Nurul. *Hospital Majapahit*, 12(1), 32- 40.
- Muhith, A., & Siyoto, S. (2016). *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: ANDI.
- Mustika, I. W. (2019). Buku Pedoman Model Asuhan Keperawatan Lansia Bali Elderly Care (BEC). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Ratnawati, E. (2017). *Asuhan keperawatan gerontik*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Kementerian Kesehatan. (2018). Laporan Riset Kesehatan Dasar.
- Sahar, Junaiti., Agus Setiawan., Ni Made Riasmini. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Edisi

Indonesia Pertama. Elsevier

Siti, Maryam R dkk. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Penanganannya*. Jakarta: Salemba Medika

Utomo, Agus Setyo. (2019). *Status Kesehatan Lansia Berdayaguna*. Surabaya. Media Sahabat Cendekia.

ITS PKU

PROFIL PENULIS



Dipo Wicaksono, SKM, MKM, lahir di Jakarta 13 November 1985. Merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara. Beliau merupakan lulusan S1 dan S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat, Jurusan Gizi Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia dan saat ini sedang menempuh pendidikan S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana, Universitas Sebelas Maret, Surakarta.

Beliau saat ini merupakan staf pengajar Program Studi Promosi Kesehatan, Program Sarjana Terapan di Universitas Kusuma Husada, Surakarta. Sebelumnya beliau juga mengajar di Progam Pendidikan Gizi, Universitas MH Thamrin, Jakarta. Saat ini beliau sudah mengeluarkan 5 book chapter yang terdiri dari: Kesehatan Reproduksi, Pengantar Promosi Kesehatan, Metodologi Penelitian Kuantitatif, Konsep & Strategi Mewujudkan PIS-PK dan Pangan & Gizi.

Email: dipowicaksono@gmail.com.

BAB 4

MODEL-MODEL KEPERAWATAN GERONTIK

Deoni Vioneery, S.Kep., Ns, M.Kep
Universitas Kusuma Husada Surakarta

Model keperawatan di Indonesia sudah semakin berkembang seiring berkembangnya ilmu pengetahuan, menyesuaikan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan terhadap pasien. Ilmu keperawatan membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan di antara beberapa teori guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja pemberian layanan keperawatan secara komprehensif. Model keperawatan sangat penting untuk menunjang pelayanan kesehatan.

1. Model Konseptual Adaptasi Roy
2. Model Konseptual *Human Being* Rogers
3. Model Konseptual Keperawatan Handerson
4. Model Konseptual Budaya Leininger
5. Model Konseptual *Total Person Approach* Neuman
6. Model Konseptual *Self Care* Orem

A. Model Konseptual Adaptasi Roy

Model Adaptasi Suster Calista Roy memandang individu sebagai suatu sistem adaptasi. Tujuan keperawatan model Roy adalah untuk membantu seseorang beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat sakit (Tomey dan

Alligood, 2006). Kebutuhan akan asuhan keperawatan timbul di saat individu tidak dapat beradaptasi terhadap kebutuhan lingkungan internal dan eksternal. Individu harus mampu beradaptasi terhadap kebutuhan berikut (Potter & Perry, 2005):

1. Memenuhi kebutuhan fisiologis dasar
2. Mengembangkan konsep diri positif
3. Menampilkan peran sosial
4. Mencapai keseimbangan antara kemandirian dan keterikatan

Model adaptasi Roy muncul dengan desain respon perilaku yang dapat dihubungkan dengan cara sebagai berikut:

1. Stimulus: fokal, kontekstual, dan residual.
2. Proses kontrol atau mekanisme koping: sistem regulator dan kognator.
3. Tanggapan adaptif individu/kelompok: fisiologis, identitas konsep diri-kelompok, fungsi peran, dan interdependensi.

Sistem model adaptasi Roy dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Input Atau Stimulus

Roy mengidentifikasi bahwa stimulus merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual, dan residual (Prasetyo, 2014).

1. Stimulus fokal adalah stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera.
2. Stimulus kontekstual adalah stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, serta secara subjektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal.

3. Stimulus residual adalah ciri-ciri tambahan, serta relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi. Stimulus ini berasal dari faktor internal dan eksternal, yang berefek tidak jelas.

2. Proses Kontrol atau Mekanisme Koping

Proses kontrol seseorang menurut Roy merupakan bentuk mekanisme koping yang digunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognitor yang merupakan subsistem (Prasetyo, 2014).

1. Subsistem regulator, merupakan sebuah tipe dasar dari proses adaptif yang merespon secara otomatis melalui saraf, kimia, dan koping saluran endokrin.
2. Subsistem kognitor, merupakan proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat.

3. Efektor atau Perilaku

Efektor dalam konsep adaptasi Roy, merupakan bagian dari proses internal dan bertindak sebagai efektor sistem. Tujuan dalam efektor adalah untuk beradaptasi dengan rangsangan, meliputi fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi (Prasetyo, 2014).

1. Fungsi fisiologis, melibatkan kebutuhan dasar tubuh dan cara beradaptasi. Indikator adaptif pada fungsi fisiologis sebagai berikut:
 - a. Oksigenasi: dikatakan adaptif pada area oksigenasi, jika pernafasan yang seimbang, pola pertukaran gas yang stabil, dan transportasi gas yang memadai.
 - b. Nutrisi: dikatakan adaptif jika pencernaan tabil, pola nutrisi sesuai dengan kebutuhan tubuh, kebutuhan metabolisme dan nutrisi terpenuhi.

- c. Eliminasi: yaitu ekskresi hasil dari metabolisme dari intestinal dan ginjal.
 - d. Aktivitas dan istirahat: kebutuhan keseimbangan aktivitas fisik dan istirahat yang digunakan untuk mengoptimalkan fungsi fisiologis dalam memperbaiki dan memmulkan semua komponen-komponen tubuh.
 - e. Proteksi/perindungan: sebagai dasar defens tubuh termasuk proses imunitas dan struktur integumen (kulit, rambut dan kuku) dimana hal ini penting sebagai fungsi proteksi dari infeksi, gtrauma dan perubahan suhu.
 - f. *The sense*/perasaan: penglihatan, pendengaran, perkataan, rasa dan bau memungkinkan seseorang berinteraksi dengan lingkungan *sensasi* nyeri penting dipertimbangkan dalam pengkajian perasaan.
 - g. Cairan dan elektrolit: keseimbangan yang termasuk didalamnya termasuk air, elektrolit, asam basa dalam seluler, ekstrasel dan fungsi sistemik. sebaliknya inefektif fungsi sistem fisiologis dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit.
 - h. Fungsi syaraf/neurologis: hubungan-hubungan neurologis merupakan bagian integral dari regulator koping mekanisme seseorang. Mereka mempunyai fungsi untuk mengendalikan dan mengkoordinasi pergerakan tubuh, kesadaran dan proses emosi kognitif yang baik untuk mengatur aktivitas organ-organ tubuh.
 - i. Fungsi endokrin: aksi endokrin adalah pengeluaran hormon sesuai dengan fungsi neurologis, untuk menyarukan dan mengkoordinasi fungsi tubuh. Aktivitas endokrin mempunyai peran yang signifikan dalam respon stress dan merupakan dari regulator koping meknisme.
2. Konsep Diri, berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan.konsep

diri menurut Roy terdiri dari dua komponen, yaitu *the physical self* dan *the personal self* (Meleis, 2012).

- a. *The physical self*, yaitu bagaimana seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya. Kesulitan pada area ini sering terlihat pada saat merasa kehilangan, seperti setelah operasi, amputasi atau hilangnya kemampuan seksualitas.
 - b. *The personal self*, yaitu berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral-etik dan spiritual diri orang tersebut. Perasaan cemas, hilangnya kekuatan atau takut merupakan hal yang berat dalam area ini.
3. Fungsi peran, mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder, dan tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya di masyarakat sesuai kedudukannya.
 4. Interdependensi, adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi itu sendiri adalah keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

4. **Output atau Respon**

Output/respon dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak efektif/maladaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila

sesorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang amladaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini (Kristianto, 2014).

B. Model Konseptual *Human Being* Roger

Model Roger mengungkapkan bahwa keperawatan banyak dipengaruhi oleh teori sistem dan teori medan energi. Manusia dilihat sebagai medan energi, yang melakukan pertukaran energi dengan lingkungannya secara terus-menerus (hemodinamik), dengan lima karakteristiknya yang merupakan landasan dibangunnya prinsip kesatuan utuh, keterbukaan, kesatuan arah, pola, organisasi dan kemampuan mempersepsikan perasaan. Teori Roger dikenal sebagai "human beings theory", adalah sebagai berikut (Desmawati, 2018):

1. Manusia, adalah kesatuan yang utuh, mempunyai sifat dan karakter yang berbeda serta mempunyai proses hidup yang dinamis.
2. Manusia selalu berinteraksi dengan lingkungan, dimana manusia merupakan sebuah sistem terbuka, dan manusia akan mempengaruhi dan dipengaruhi lingkungan sekitarnya.
3. Proses kehidupan manusia berjalan lambat, tidak dapat diubah dan tidak terarah, karena jalan hidup tiap individuberbeda-beda.
4. Identitas dari individu merupakan gambaran dari seluruh proses kehidupannya sehingga perkembangan manusia dapat dilihat dari tingkah lakunya.
5. Manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan tersendiri.

Manusia tidak hanya menjadi suatu kesatuan yang utuh, tetapi juga memiliki integritas diri dan menunjukkan karakteristik yang lebih dari sekedar beberapa bagian. Manusia yang utuh merupakan sumber dimensi energi yang diidentifikasi

oleh pola dan manifestasi karakteristik spesifik yang menunjukkan kesatuan dan yang tidak dapat ditinjau berdasarkan bagian pembentuknya. Keempat sumber dimensi energi tersebut adalah sumber energi, keterbukaan, keteraturan dan pengorganisasian, dan empat dimensionalitas manusia. Digunakan untuk menentukan prinsip mengenai bagaimana manusia berkembang.

C. Model Konseptual Keperawatan Handerson

Virginia Handerson adalah orang pertama yang mencari fungsi unik dalam keperawatan, serta telah memberi pengaruh besar pada keperawatan sebagai profesi yang mendunia. Model Handerson dipengaruhi oleh aspek negative dan positif dari praktik keperawatan pada masa itu (tahun 1960-an). Fungsi unik dari keperawatan adalah untuk membantu individu sehat atau sakit, dalam hal memberikan kesehatan atau pemulihan (kematian yang damai), serta bantuan untuk meraih kemandirian (Demawati, 2018). Menurut Handerson, ada 14 kebutuhan dasar manusia yang merupakan komponen penanganan perawatan. Kebutuhan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Bernafas secara normal.
2. Makan dan minum dengan cukup.
3. Membuang kotoran tubuh.
4. Bergerak dan menjaga posisi yang diinginkan.
5. Tidur dan istirahat.
6. Memilih pakaian yang sesuai.
7. Menjaga suhu tubuh tetap dalam batas normal dengan menyesuaikan pakaian dan mengubah lingkungan.
8. Menjaga tubuh tetap bersih dan terawat serta melindungi integument.
9. Menghindari bahaya lingkungan yang bias melukai.
10. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut atau pendapat.

11. Beribadah sesuai keyakinan.
12. Bermain atau terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi.
13. Bekerja dengan tata cara yang mengandung unsur prestasi.
14. Belajar mengetahui atau memuaskan rasa penasaran yang menuntun pada perkembangan normal dan kesehatan serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Model handersnon menunjukkan bahwa perawat memiliki tugas utama sebagai pemberi asuhan keperawatan langsung pada pasien. Manfaat asuhan keperawatan ini terlihat dari kemajuan kondisi pasien, yang semula bergantung pada orang lain menjadi lebih mandiri. Perawat dapat membantu pasien beralih dari kondisi bergantung menjadi mandiri, dengan mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan, serta mengevaluasi 14 komponen penanganan perawatan dasar. Dalam mengumpulkan data, perawat menggunakan metode observasi, indera peraba, dan pendengaran. Setelahnya, perawat menganalisis data yang terkumpul, sehingga menghasilkan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul. Serta melaksanakan tahap perencanaan, sesuai kebutuhan individu. Selanjutnya pada tahap implementasi, perawat membantu individu memenuhi kebutuhan dasar yang telah disusun dalam rencana keperawatan. Terakhir, perawat mengevaluasi pencapaian kriteria yang diharapkan dengan menilai kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Kusuma, 2014).

D. Model Konseptual Leininger

Menurut Leininger, keperawatan adalah seni humanistic yang dapat dipelajari dan ilmu yang berfokus pada personalisasi perilaku asuhan, fungsi, dan proses yang diarahkan pada peningkatan dan pemeliharaan perilaku sehat atau pemulihan dari penyakit yang memiliki signifikansi fisik, psiko kultural dan social atau makna dari mereka mendapatkan bantuan dari perawat professional atau dari orang yang

memiliki kompetensi peran serupa (Candra, 2012). Beberapa inti dari model teori Leininger: asuhan, budaya, asuhan transcultural, diversitas asuhan kultural, dan universalitas asuhan kultural.

1. Asuhan, berarti membantu, mendukung, atau membuat seseorang atau kelompok memiliki kebutuhan yang nyata agar mampu memperbaiki jalan hidup dan kondisinya.
2. Budaya, dapat diekspresikan sebagai norma-norma dan nilai-nilai kelompok tertentu, berdasarkan cara hidup dan pemberian asuhan yang diputuskan, dikembangkan, dan dipertahankan oleh anggota kelompok tersebut.
3. Asuhan transcultural, dalam pemberian asuhan, perawata secara sadar mempelajari norma-norma dan nilai-nilai kelompok tertentu, berdasarkan cara hidup budaya tertentu dalam rangka memberikan tingkat kesejahteraannya, memperbaiki cara hidup atau kondisinya, dan belajar menerima batasan-batasan.
4. Diversitas asuhan kultural, kenakeragaman asuhan kultural mengakui adanya variasi dan rentang kemungkinan tindakan dalam hal memberikan bantuan dan dukungan. Kenakeragaman ini terjadi berdasarkan nilai-nilai, norma-norma, dan cara hidup kultur atau subkultur tertentu. Dalam hal ini berbagai kebiasaan dan ritual dapat muncul dari nilai-nilai dan norma-norma budaya tertentu tentang kematian, kesehatan, dan seksualitas.
5. Universalitas asuhan kultural, merujuk pada persamaan atau karakteristik universal, dalam hal ini memberikan bantuan dan persamaan atau karakteristik universal dapat berupa tindakan-tindakan seperti tersenyum, dan memberikan bantuan berakiatan dengan kebutuhan primer.

Kontribusi Leininger merupakan hal yang signifikan, karena bahasannya tentang pengaruh budaya dan kebutuhan untuk memenuhi hal tersebut dalam rangka memberikan asuhan. Memberikan asuhan merupakan jantung dari

keperawatan, tindakan untuk membantu didefinisikan sebagai perilaku yang mendukung. Asuhan dikatakan efektif, jika latar belakang pasien juga dipertimbangkan, dan bahwa perencanaan dan pemberian asuhan selalu dikaitkan dengan budaya (keperawatan transcultural).

E. Model Konseptual Neuman

Model Neuman, merupakan suatu model keperawatan dalam system pelayanan kesehatan, yang mempertimbangkan manusia secara utuh (total person approach), dengan inti sentral factor-faktor survival, lini pertahanan dan resistensi terhadap stressor serta strain. Konsep model Neuman: manusia, lingkungan, keperawatan, dan kesehatan (Parker, 2008 dalam Agustinus, 2016).

1. Manusia, merupakan suatu system terbuka, yang selalu mencari keseimbangan yang harmoni, dan merupakan satu kesatuan dari variable-variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual.
2. Lingkungan, adalah semua kekuatan, baik internal maupun eksternal yang dapat mempengaruhi hidup dan perkembangan atau system pasien.
3. Keperawatan, adalah profesi yang unik, mencakup tentang respon manusia terhadap stressor yang merupakan konsep utama untuk mencapai stabilitas pasien. Neuman mengemukakan parameter dari keperawatan adalah individu, keluarga, atau kelompok dalam mempertahankan tingkat yang maksimal agar sehat dengan intervensi untuk menghilangkan stress dan menciptakan kondisi yang optimal bagi pasien.
4. Kesehatan, adalah keadaan yang adekuat dalam suatu system stabilitas keadaan yang baik. Sehat merupakan sebuah kondisi yang terbebas dari gangguan dinamis sebagai dampak dari kebuasan pemenuhan kebutuhan, dan

sehat adalah keseimbangan dinamis sebagai dampak dari keberhasilan menghindari dari keberhasilan menghindari dan mengatasi stressor.

Perawatan berfokus pada variable-variabel yang mempengaruhi respons pasien terhadap stressor. Tindakan perawatan terdiri dari pencegahan primer, sekunder, tersier. Pencegahan primer focus pada peningkatan pertahanan tubuh melalui identifikasi factor-faktor risiko yang potensial dan actual terjadi akibat stressor tertentu. Pencegahan sekunder focus pada penguatan pertahanan dan sumber internal melalui penetapan prioritas dan rencana pengobatan pada gejala-gejala yang tampak. Prinsip dari pencegahan tersier adalah untuk memberikan penguatan pertahanan tubuh terhadap stressor melalui pendidikan kesehatan dalam mencegah terjadinya masalah yang sama.

F. Model Konseptual *Self Care* Orem

Model keperawatan Orem mendasari perawat dalam pemenuhan kebutuhan dasar klien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri (Parker, 2008 dalam Agustinus, 2016). Orem mengembangkan teori *self care deficit nursing theory: theory of nursing system, theory self care deficit, dan theory of self care.*

1. Theory of nursing system

Teori ini menyebutkan keperawatan adalah system yang dibentuk oleh perawat terhadap pasien yang memiliki keterbatasan memenuhi *self care* atau *dependent care*. System keperawatan diberikan melalui nursing agency yang meliputi: intentionality, operation of diagnosis, prescription and regulation.

2. Theory self care deficit

Teori ini merupakan hubungan antara *self-care agency* dan *therapeutic self care demand* dari individu-individu yang kemampuan *self care*nya terbatas atau tidak dapat

memenuhi semua komponen therapeutic self care demand. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu self care:

- a. Tindakan untuk orang lain
 - b. Memberikan petunjuk dan pengarahan
 - c. Memberikan dukungan fisik dan psikologis.
 - d. Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal.
 - e. Pendidikan.
3. Theory of self care

Teori ini merupakan tindakan yang matang dan mematangkan orang lain yang mempunyai kekuatan untuk dikembangkan, atau mengembangkan kemampuan yang dimiliki agar dapat digunakan secara tepat, nyata, valid untuk mempertahankan fungsi dan berkembang dengan stabil dalam perubahan lingkungan. Self care digunakan untuk mengontrol atau meregulasi faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi aktivitas seseorang untuk berfungsi dan mengembangkan proses yang berkontribusi terhadap kesejahteraannya.

Teori ini merupakan kemampuan pasien dalam merawat dirinya sendiri dan bukan menempatkan pasien memiliki ketergantungan terhadap perawat (Orem, 2001).

DAFTAR PUSTAKA

- Orem, D. 2001. *Nursing Concept Of Practice*. St. Louis: CV. Mosby Company.
- Tomey, dan Alligood. 2006. *Nursing Theorist And Their Work. Six edition*. Mosby: St. Louis, Missouri.
- Kusuma. 2014. Teori Model Keperawatan Virginia Handerson. Diakses melalui https://www.academia.edu/29697438/KONSEP_TEORI_DAN_MODEL_KEPERAWATAN_Oleh, tanggal 04 Oktober 2022
- Dwirajanuar. 2016. Model konseptual keperawatan handerson dan rogers. Diakses melalui <https://dwirajanuar.wordpress.com/2016/11/24/model-konseptual-keperawatan-henderson-rogers/>, tanggal 01 Oktober 2022.
- Potter dan Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta: Salemba.
- Aini, Nur. 2018. *Teori Model Keperawatan Berdasarkan Aplikasinya Dalam Keperawatan*. UMM Press: Malang.
- Budiono. 2016. *Konsep Dasar Keperawatan*. Diakses melalui <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Konsep-dasar-keperawatan-Komprehensif.pdf>, tanggal 01 Oktober 2022.

PROFIL PENULIS



Deoni Vioneery, S.Kep.,Ns,M.Kep menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu dan melanjutkan Magister Keperawatan di Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2015. Saat ini aktif sebagai dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta dari tahun 2018 sampai sekarang, sebelumnya aktif di FIKES Universitas Muhammadiyah Bengkulu tahun 2015-2018. Aktif dalam publish penelitian di berbagai jurnal keperawatan dan kesehatan.

BAB 5

KONSEP KOMUNIKASI DENGAN LANZIA

Ns. Dwi Happy Anggia Sari, S.Kep., M.Kep
Universitas Negeri Padang

A. Konsep Komunikasi

1. Pengertian Komunikasi

Istilah komunikasi berasal dari bahasa latin yaitu *communicare* yang berarti berpartisipasi atau memberitahukan. Komunikasi merupakan suatu proses pertukaran, penyampaian, penerimaan berita, ide atau informasi dari seseorang kepada orang lain. Komunikasi digunakan sebagai salah satu alat yang efektif untuk mempengaruhi perilaku manusia. Komunikasi merupakan sebuah proses penyampaian informasi dari satu orang kepada orang lain dengan tujuan memberitahu, merubah sikap, berpendapat, serta perilaku keseluruhan baik secara langsung maupun tidak langsung (Zen, 2013).

Komunikasi merupakan aktivitas dasar manusia. Dengan berkomunikasi manusia dapat saling berhubungan satu sama lain baik dalam kehidupan sehari-hari. Komunikasi membentuk sistem sosial yang saling membutuhkan satu sama lain. Komunikasi merupakan proses atau tindakan dalam menyampaikan pesan (*message*) dari pengirim (*sender*) ke penerima (*receiver*), melalui suatu media (*channel*). Komunikasi bersifat *intentional* (disengaja) serta membawa perubahan yang berguna untuk membuat pemahaman yang sama antara satu orang dengan orang lain.

Pengertian Komunikasi menurut para ahli:

1. Louis Forsdale (1981), "communication is the process by which a system is established, maintained, and altered by means of shared signals that operate according to rules"
2. McCubbin dan Dahl (1985), "komunikasi merupakan suatu proses tukar menukar perasaan, keinginan, kebutuhan dan pendapat"
3. Yuwono (1985), "komunikasi merupakan kegiatan mengajukan pengertian yang dikirimkan dari pengirim pesan (sender) kepada penerima pesan (receiver).
4. William J Seiler (1988), "komunikasi merupakan proses dimana simbol verbal dan non verbal di kirimkan, diterima dan diberi arti.
5. Taylor, dkk (1993), "komunikasi merupakan proses pertukaran informasi atau proses yang menimbulkan dan meneruskan makna atau arti".

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa komunikasi merupakan suatu proses pengiriman atau pertukaran (stimulus, signal, simbol, atau informasi) yang diinginkan dari pengirim pesan kepada penerima pesan yang dapat menimbulkan respon tingkah laku sesuai dengan informasi yang diperoleh oleh penerima pesan.

2. Tujuan Komunikasi

Tujuan utama komunikasi adalah untuk membangun, menciptakan pemahaman, dan pengertian bersama. Secara umum tujuan komunikasi adalah :

1. Menyampaikan ide, informasi atau berita
2. Mempengaruhi orang lain
3. Mengubah perilaku orang lain
4. Memberikan pendidikan
5. Memahami ide orang lain

3. Elemen-elemen Komunikasi

1. Sumber

Dasar yang digunakan dalam penyampaian pesan dan digunakan untuk memperkuat pesan tersebut. Sumber komunikasi dapat berupa orang, buku, dokumen, lembaga dan sejenisnya.

2. Komunikator

Orang atau kelompok yang menyampaikan pesan atau stimulus kepada orang lain atau pihak lain (komunikan) sehingga diharapkan orang yang menerima pesan akan memberikan respon (*feedback*) agar proses komunikasi dapat berlangsung dengan baik, sehingga komunikator dapat berperan sebagai komunikan, dan komunikan dapat bertindak sebagai komunikator

3. Pesan (*message*)

Keseluruhan dari apa yang akan disampaikan oleh komunikator. Pesan dapat disampaikan dengan cara langsung atau lisan, tatap muka, dan dapat melalui media atau saluran. Materi atau isi pesan bersifat *informative*, *persuasive*, dan *koersif*.

4. Media (*Channel*)

Saluran/sarana untuk penyampaian pesan atau biasa disebut media. Media komunikasi dapat dikategorikan dalam tiga bagian yaitu, media umum, media massa, dan media khusus.

5. Komunikan

Komunikan merupakan penerima pesan. Penerima pesan dapat digolongkan dalam tiga jenis yaitu persona, kelompok dan massa. Syarat yang harus dimiliki oleh komunikan adalah :

- a. Keterampilan dalam menangkap dan meneruskan pesan
- b. Pengetahuan yang cukup tentang materi yang dikomunikasikan

- c. Sikap yang jujur dan siap untuk menerima dan memberi pesan

Faktor lain yang harus diperhatikan yaitu kerangka pengetahuan (*frame of reference*) dan lingkup pengalaman (*field of experience*) agar dapat terlaksananya komunikasi yang efektif.

6. Umpan Balik (*Feed Back*)

Feedback merupakan respon komunikan terhadap pesan yang diterima baik secara verbal maupun non verbal. Adanya *feedback* membantu komunikator dalam menilai apakah pesan yang disampaikan kepada komunikan dimengerti atau tidak. Agar umpan balik baik, maka harus memenuhi syarat-syarat berikut ini:

- a. Jujur
- b. Bersifat khusus dan jelas (*deskriptif*)
- c. Merupakan bagian dari solusi
- d. Tidak bersifat penilaian
- e. Hasil *oriented* bukan *person oriented*
- f. Memiliki timing yang tepat.

7. Efek

Hasil akhir dari suatu komunikasi yaitu sikap dan tingkah laku seseorang, apakah sesuai atau tidak dengan yang diinginkan. Keberhasilan dan efektifitas komunikasi dapat dilihat dari dampak atau efek yang terjadi setelah dilaksanakan komunikasi. Efek merupakan tolak ukur keberhasilan komunikasi.

4. Tipe Komunikasi

1. Komunikasi Verbal

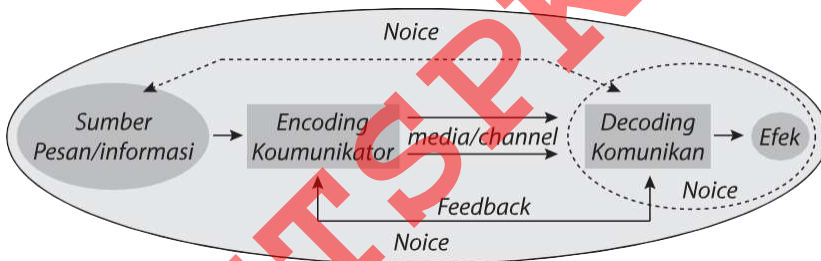
Komunikasi verbal merupakan komunikasi yang menggunakan kata-kata, baik lisan maupun tulisan. Komunikasi ini paling banyak dipakai dalam hubungan

dengan manusia. Komunikator mengungkapkan perasaan, emosi, pemikiran, gagasan, fakta, data, informasi serta menjelaskannya.

2. Komunikasi Non Verbal

Komunikasi non verbal merupakan komunikasi yang pesannya dikemas dalam bentuk non verbal, tanpa kata-kata. Komunikasi non verbal bersifat spontan dan lebih jujur dalam mengungkapkan apa yang ingin disampaikan. Dalam berkomunikasi hampir secara otomatis komunikasi non verbal ikut terpakai. Komunikasi non verbal juga termasuk pada penampilan fisik, sikap tubuh, cara berjalan, ekspresi wajah dan sentuhan.

5. Proses Komunikasi



Gambar 6. Proses Komunikasi

Komunikasi terjadi apabila ada sumber informasi yang merupakan bahan atau materi yang akan disampaikan oleh komunikator. Sebelum menyampaikan informasi, komunikator perlu melakukan penyandaian (*encoding*) untuk mengubah ide dalam otak ke dalam suatu sandi yang cocok dengan transmitter. Contoh dari bentuk penyandaian adalah kata-kata dalam komunikasi verbal, anggukan kepala, sentuhan, kontak mata dan sebagainya. Setelah pesan disandikan, komunikator menyampaikan pesan kepada penerima pesan (komunikon) melalui saluran atau media. Ketepatan komunikasi dalam

menerima pesan sangat dipengaruhi oleh kemampuan komunikasi dalam melakukan penafsiran atau *decoding* disamping juga dipengaruhi oleh faktor pengganggu (*noise*). Ketepatan komunikasi dalam menafsirkan pesan (*decoding*) dipengaruhi oleh banyak hal seperti pengetahuan, pengalaman, fungsi alat indera yang digunakan dan sebagainya.

B. Konsep Komunikasi Dengan Lansia

1. Lanjut Usia (Lansia)

Setiap orang menua dengan cara yang berbeda-beda berdasarkan waktu dan riwayat hidupnya. *World Health Organisation (WHO)* mengatakan lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas yang akan mengalami perubahan biologis, fisik, kejiwaan dan sosial. Lansia merupakan kelompok umur manusia yang telah memasuki tahapan dari fase kehidupan. Setiap lansia akan mengalami proses menua (*aging process*). Proses penuaan merupakan siklus kehidupan yang ditandai dengan tahapan-tahapan menurunnya berbagai fungsi organ tubuh yang ditandai dengan semakin rentannya terserang berbagai macam penyakit.

Batasan-batasan lanjut usia menurut *World Health Organisation (WHO)* adalah sebagai berikut:

1. Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) antara usia 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) antara usia 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) diatas usia 90 tahun

2. Komunikasi pada Lansia

Proses komunikasi dengan lansia harus memperhatikan beberapa hal seperti faktor fisik, psikologi, dan lingkungan agar dapat menerapkan keterampilan komunikasi yang tepat. Selain itu, juga harus menggunakan konsentrasi penuh dalam

berkomunikasi pada lansia. Perubahan pada lansia juga akan mengakibatkan lansia mengalami kesulitan dalam komunikasi.

3. Teknik Komunikasi pada Lansia

Setiap lansia memiliki karakteristik yang berbeda-beda. Dalam melakukan komunikasi dengan lansia, harus menggunakan teknik-teknik khusus agar komunikasi yang dilakukan dapat berjalan dengan lancar dan sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Adapun teknik-teknik komunikasi pada lansia yaitu:

1. Teknik Asertif

Asertif merupakan sikap yang dapat menerima dan memahami lansia dengan menunjukkan sikap peduli dan sabar untuk mendengarkan dan memperhatikan ketika lansia sedang berbicara agar komunikasi yang sedang dilakukan dapat di pahami.

2. Responsif

Reaksi terhadap respon yang terjadi pada lansia merupakan suatu bentuk perhatian yang dapat diberikan. Ketika terjadi perubahan sikap terhadap lansia sekecil apapun, harus dilakukan klarifikasi terhadap perubahan tersebut.

3. Fokus

Sikap ini merupakan upaya untuk tetap konsisten terhadap komunikasi yang diinginkan. Agar proses komunikasi yang sedang dilakukan dapat sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

4. Suportif

Perubahan yang terjadi pada lansia baik aspek fisik maupun psikologis secara bertahap akan menyebabkan emosi lansia menjadi labil. Perubahan ini dapat di sikapi dengan menjaga kestabilan emosi lansia seperti dengan memberikan senyum, menganggukkan kepala ketika lansia berbicara dan lain sebagainya.

5. Klarifikasi

Perubahan yang terjadi pada lansia menyebabkan proses komunikasi tidak berjalan dengan lancar. Klarifikasi dengan cara mengajukan pertanyaan ulang dan memberikan penjelasan lebih dari satu kali perlu dilakukan agar maksud pembicaraan dapat dimengerti.

6. Sabar dan Ikhlas

Seperti kita ketahui, lansia pada umumnya mengalami perubahan-perubahan yang terkadang merepotkan dan kekanak-kanakan. Sehingga jika perubahan tersebut tidak di sikapi dengan sabar dan ikhlas maka akan menimbulkan respon yang kurang baik yang dapat menimbulkan kerusakan hubungan dalam berkomunikasi.

4. Pendekatan Komunikasi pada Lansia

1. Pendekatan Fisik

Mencari informasi kesehatan objektif, kebutuhan, kejadian yang dialami, perubahan fisik organ tubuh, tingkat kesehatan yang masih bisa dicapai dan dikembangkan, serta penyakit yang dapat dicegah progresivitasnya. Pendekatan ini relatif lebih mudah dilaksanakan dan dicarikan solusinya karena mudah di observasi dan nyata.

2. Pendekatan Psikologis

Pendekatan psikologis bersifat abstrak dan mengarah pada perubahan perilaku sehingga membutuhkan waktu yang lebih lama. Untuk melaksanakan pendekatan ini, perawat dapat berperan sebagai konselor, advokat, suporter, dan interpreter terhadap segala sesuatu yang asing atau sebagai penampung masalah-masalah pribadi dan sebagai sahabat bagi lansia.

3. Pendekatan Sosial

Pendekatan ini dilaksanakan untuk meningkatkan keterampilan berinteraksi dengan lingkungan. Hal yang dapat dilakukan seperti diskusi, bertukar pikiran, bercerita, bermain, atau mengadakan kegiatan-kegiatan kelompok yang merupakan implementasi dari pendekatan ini agar lansia dapat berinteraksi dengan sesama lansia maupun dengan perawat.

4. Pendekatan Spritual

Perawat harus mampu memberikan kepuasan batin dalam hubungannya dengan Tuhan atau agama yang dianutnya terutama ketika lansia dalam keadaan sakit atau mendekati kematian. Pendekatan spritual ini cukup efektif terutama bagi klien yang mempunyai kesadaran tinggi dan latar belakang agama yang baik.

5. Hambatan dalam Berkomunikasi dengan Lansia

Proses komunikasi pada lansia akan terganggu apabila ada sikap agresif dan non asertif.

1. Agresif

Sikap agresif dalam komunikasi ditandai dengan perilaku-perilaku antara lain:

- a. Berusaha mengontrol dan mendominasi lawan bicara
- b. Meremehkan orang lain
- c. Mempertahankan hak nya dengan menyerang orang lain
- d. Menonjolkan diri sendiri
- e. Mempermalukan orang lain di depan umum baik melalui perkataan maupun perbuatan.

2. Non Asertif

- a. Menarik diri jika diajak berbicara
- b. Merasa rendah diri
- c. Merasa tidak berdaya
- d. Tidak berani mengungkapkan keyakinan

- e. Membiarkan orang lain membuat keputusan untuk dirinya
- f. Tampil diam (pasif)
- g. Mengikuti kehendak orang lain
- h. Mengorbankan kepentingan diri untuk menjaga hubungan baik dengan orang lain.

ITS PKU

DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswarni. 2016. *Komunikasi dalam Keperawatan*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan
- Aspiani, R. Y. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Aplikasi Jilid 2 Aplikasi NANDA, NIC, NOC*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Bandiyah, S. 2009. *Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mulyana, D. 2017. *Ilmu Komunikasi: Suatu Pengantar*. Bandung: Rosdakarya
- Nasir, A., Muhith, A., Sajidin, M., & Mubarak, W.I. 2009. *Komunikasi dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nugroho, W. 2009. *Komunikasi dalam Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC
- Stewart L. Tubbs & Sylvia Moss. 2000. *Human Communication*. Edisi 2. Bandung: Rosdakarya
- Zen, P. 2013. *Panduan Komunikasi Efektif untuk Bekal Keperawatan Profesional*. Yogyakarta: D-Medika.

PROFIL PENULIS



Ns. Dwi Happy Anggia Sari, S.Kep, M.Kep

Staf pengajar pada Jurusan Keperawatan, Fakultas Psikologi dan Kesehatan, Universitas Negeri Padang. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Riau (2007-2012), pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa pada Program Pasca Sarjana Universitas Andalas (2013-2015). Kegiatan pendidikan, pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat difokuskan pada berbagai masalah kesehatan di area dan lingkup keperawatan jiwa, keperawatan komunitas, keperawatan kesehatan keluarga, dan Keperawatan Gerontik. Berbagai hasil karya ilmiah telah dipublikasikan dalam bentuk artikel ilmiah baik pada jurnal nasional maupun jurnal internasional. Konsep Komunikasi Dengan Lansia merupakan lingkup ilmu yang sangat luas dan materi yang disajikan pada buku ini hanya sebagian kecil yang dapat diuraikan, namun penulis berharap dapat memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi para pembaca.

Email Penulis: dwi.happyanggia@fik.unp.ac.id

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN PADA INDIVIDU LANSIA

Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep.
Universitas Negeri Padang

A. Pengkajian Keperawatan Lansia

Pengkajian adalah sebuah proses untuk mengenal dan mengidentifikasi faktor-faktor (baik positif dan negative) pada usia lanjut, baik secara individu maupun kelompok, yang bermanfaat untuk mengetahui masalah dan kebutuhan usia lanjut, serta untuk mengembangkan strategi promosi kesehatan (Craven, R.F & Hirnle, C.J, 2003.).

Tahap pengkajian adalah tahap yang sangat penting karena tahap pengkajian merupakan dasar dalam proses memberikan asuhan keperawatan (Craven, R.F & Hirnle, C.J. 2003.) Teknik yang digunakan untuk mendapatkan data secara sistemis adalah:

1. Jaga keseimbangan pertanyaan: terbuka-tertutup
2. Biarkan klien bercerita dengan interupsi
3. Mengikuti sesuatu yang ditawarkan klien
4. Gunakan teknik interview yang tepat
5. Observasi non verbal
6. Berikan privasi
7. Mencegah interupsi
8. Memberikan pertanyaan tentang sikap emosional klien
9. Hindari proyeksi perasaan kepada orang lain
10. Hindari pertanyaan yang sudah memaparkan jawabannya

Pengkajian keperawatan pada lansia merupakan proses kompleks dan menantang yang harus mempertimbangkan kebutuhan lansia melalui pengkajian-pengkajian untuk menjamin pendekatan lansia spesifik (Eliopoulos, C.E, 2005)

1. Format Pengkajian pada Lansia

Menurut Leeckenotte Annete Glesler (1997), Nugroho, Wahjudi, (2000) & Roach, S (2011), berikut ini format pengkajian pada lansia:

1. Identitas Klien

Format pengkajian identitas pada lansia yang meliputi: nama, tempat/tanggal lahir, jenis kelamin, suku bangsa, agama, status perkawinan, dan tanggal pengkajian.

2. Status Kesehatan

Status kesehatan saat ini, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga.

3. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum seperti melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (duduk dan berdiri, masing-masing dengan selang 1-2 menit, untuk melihat kemungkinan terdapatnya hipotensi ortostatik), berat badan, tinggi badan, bagaimana postur tulang belakang lansia, pemeriksaan Indeks massa tubuh lansia dan pemeriksaan fisik secara head to toe (dari kepala, mata, hidung, mulut, tenggorokan, telinga, leher, dada, abdomen, genitalia, ekstremitas dan integumen).

4. Pengkajian Psikososial dan Spiritual Pola Pikir dan Persepsi

a. Pengkajian Fungsi Sosial

Dengan menggunakan APGAR Keluarga (*adaptation, Patnership, Growth, affection, Resolve*)

- 1) Saya puas bahwa saya hidup pada keluarga (teman-teman) yang dapat membantu saya saat kesusahan (adaptasi).
- 2) Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya dalam membicarakan sesuatu atau mengungkapkan masalah dengan saya (hubungan).
- 3) Saya puas bahwa keluarga saya (teman-teman) menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas (pertumbuhan).
- 4) Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) dalam mengekspresikan rasa marah, sedih, atau mencintai (afek).
- 5) Saya puas dengan keluarga (teman-teman) yang melibatkan saya dalam pengambilan keputusan (pemecahan).

Pertanyaan yang dijawab:

- 1) Selalu nilainya 2
 - 2) Kadang-kadang 1
 - 3) Hampir tidak pernah 0.
- Jumlah skor < 3: disfungsi keluarga berat
Jumlah skor 4-6: disfungsi keluarga sedang
Jumlah skor > 6: normal

b. Identifikasi Masalah Emosional

1) Pertanyaan Tahap 1

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur?
- b) Apakah klien sering gelisah?
- c) Apakah klien murung atau menngis sendiri?
- d) Apakah klien sering was-was atau khawatir?

Lanjutkan ke pertanyaan tahap 2 jika lebih dari satu atau sama dengan 1 jawabanya "ya"

2) Pertanyaan Tahap 2

- a) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam sebulan?
- b) Ada masalah atau banyak pikiran?

- c) Ada gangguan atau masalah dengan keluarga lain?
- d) Apakah menggunakan obat tidur / penenang atas anjuran dokter?
- e) Cenderung mengurung diri?
Bila lebih dari satu sama dengan 1 jawaban “ya”

5. Pengkajian Status Fungsional

a. Pengkajian Indeks Katz (KATZ INDEKS)

Termasuk katagori manakah klien?

- 1) Kemandirian dalam makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.
- 2) Kemandirian dalam semua hal, kecuali salah satu fungsi diatas
- 3) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- 4) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- 5) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
- 6) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar mandi, berpindah dan satu fungsi tambahan
- 7) Ketergantungan pada semua fungsi di atas

Keterangan :Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi aktif. Pengkajian ini didasarkan pada kondisi actual klien dan bukan pada kemampuan, artinya jika klien menolak untuk melakukan suatu fungsi, dianggap sebagai tidak melakukan fungsi meskipun sebenarnya ia mampu.

Cara penilaian: Memberikan tanda pada kolom nilai sesuai dengan skor kemandirian lansia.

b. Barthel Indeks

Tabel 2. Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Aktivitas ke toilet	5	10
3	Berpindah dari kursi roda atau sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur	5-10	15
4	Kebersihan diri mencuci muka, menyisir rambut dan menggosok gigi	0	5
5	Mandi	0	5
6	Berjalan di permukaan datar	10	25
7	Naik turun tangga	5	10
8	Berpakaian	5	10
9	Mengontrol defekasi (BAB)	5	10
10	Mengontrol berkemih	5	10
11	Olahraga/latihan	5	10
12	Pemanfaatan waktu	5	10

Penilaian :

- 126-130 : Mandiri
- 65-125 : Ketergantungan sebagian
- <60 : Ketergantungan total

6. Pengkajian Keseimbangan

a. Posisi dan keseimbangan lansia (Sullivan Indeks Kats)

Tabel 3. Sullivan Indeks Kats

No	Tes Koordinasi	Keterangan	Nilai
1	Berdiri dengan postur normal		
2	Berdiri dengan postur normal menutup mata		
3	Berdiri dengan kaki rapat		
4	Berdiri dengan satu kaki		
5	Berdiri fleksi trunk dan berdiri ke posisi netral		
6	Berdiri lateral dan fleksi trunk		
7	Berjalan tempatkan rumit salah satu kaki di depan jari kaki yang lain		
8	Berjalan sepanjang garis lurus		

9	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai		
10	Berjalan menyamping		
11	Berjalan mundur		
12	Berjalan mengikuti lingkaran		
13	Berjalan pada tumit		
14	Berjalan dengan ujung kaki		

Keterangan :

- 4 = mampu melakukan aktivitas dengan lengkap
- 3 = mampu melakukan aktivitas dengan bantuan
- 2 = mampu melakukan aktivitas dengan bantuan maksimal
- 1 = tidak mampu melakukan aktivitas

Nilai :

- 42-54 : mampu melakukan aktivitas
- 28-41 : mampu melakukan sedikit bantuan
- 14-27 : mampu melakukan bantuan maksimal
- 14 : tidak mampu melakukan

b. Pengkajian keseimbangan untuk Lansia

Tabel 4. Keseimbangan Lansia

Perubahan Posisi dan Gerakan Keseimbangan			
Bangun dari kursi	Tidak bangun dari duduk dengan satu kali gerakan, tetapi mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau bergerak kebagian depan kursi terlebih dahulu	Ya	Tidak
Duduk ke kursi	Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ditengah kursi, berpegangan	Ya	Tidak
Menahan dorongan pada sternum sebanyak 3 kali	Menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya	Ya	Tidak
Mata tertutup	Menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya	Ya	Tidak
Perputaran leher	Menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya, keluhan: vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil	Ya	Tidak

Gerakan menggapai sesuatu	Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara, berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil, memegang sesuatu untuk dukungan	Ya	Tidak
Membungkuk	Tidak mampu untuk membungkuk untuk mengambil obyek dari lantai, bisa berdiri dengan memegang obyek sekitar, memerlukan usaha-usaha multiple untuk bangun	Ya	Tidak
II. Komponen Gaya Berjalan atau Gerakan			
Gaya berjalan	Ragu-ragu, tersandung, memegang obyek untuk dukungan	Ya	Tidak
Ketinggian langkah kaki	Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi	Ya	Tidak
Kontinuitas langkah kaki	Tidak konsisten dalam mengangkat kaki, mengangkat satu kaki sementara kaki lain menyentuh kaki lain	Ya	Tidak
Kesimetrisan langkah	Panjang langkah yang tidak sama (sisi yang patologis biasanya memiliki langkah yang lebih panjang, masalah terjadi pada pinggul, lutut gerakan kaki atau otot-otot sekitarnya	Ya	Tidak
Penyimpangan jalur	Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi	Ya	Tidak
Berbalik	Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang obyek untuk dukungan	Ya	Tidak

Nilai:

Resiko jatuh rendah : 0-5

Resiko jatuh sedang : 6-10

Resiko jatuh tinggi : 11-15

7. Pengkajian Status Kognitif /Afektif

Pengkajian status kognitif/afektif merupakan pemeriksaan status mental sehingga dapat memberikan gambaran perilaku dan kemampuan mental dan fungsi intelektual.

Pengkajian status mental bisa digunakan untuk klien yang beresiko delirium.

- a. Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan **Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)**.

Instrumen SPMSQ terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis. Penilaian dalam pengkajian SPMSQ adalah nilai 1 jika rusak/salah dan nilai 0 tidak rusak/benar.

Tabel 5. Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini?
		2	Hari apa sekarang?
		3	Apa nama tempat ini?
		4	Dimana alamat anda?
		5	Berapa anak anda?
		6	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
		9	Siapa nama ibu anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
Jumlah :	Jumlah :		

Intrepretasi hasil:

- 1) Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh
- 2) Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan
- 3) Salah 6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang
- 4) Salah 9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

- b. Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan **Mini Mental State Exam (MMSE)**

Tabel 6. Mini mental State Exam (MMSE)

No	Aspek	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar Tahun Musim Tanggal Hari Bulan
	Orientasi	5		Dimana kita sekarang? Negara Provinsi Kabupaten
2.	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas) kemudian tanyakan kepada klien kembali. Klien menjawab : 1. kursi 2. meja 3. kertas
3.	Perhatian dan kalkulasi	5		Minta klien berhitung mulai dari angka 100, kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat 93 86 79 72 65
4.	Mengingat	3		Minta klien untuk menyebutkan kembali objek pada poin 2. 1. kursi 2. meja 3. kertas
5.	Bahasa	9		Menanyakan kepada klien tentang benda (sambil menunjuk benda tersebut) 1. jendela

				<p>2. jam dinding 3. meja</p> <p>Meminta klien untuk mengulang kata berikut “tanpa, jika, dan, atau, tetapi”. Klien menjawab, dan, atau, tetapi.</p> <p>Meminta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil pulpen di tangan anda, ambil kertas, menulis “saya mau tidur”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil pulpen 2. Ambil kertas 3. Menulis “saya mau tidur. <p>Perintahkan klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 poin) : “tutup mata anda”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien menutup mata <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar (2 buah segi 5)</p>
--	--	--	--	--

Skor : 24-30 : Normal
 17-23 : Probable gangguan kognitif
 0-16 : Definitif gangguan kognitif

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respon individu tentang masalah kesehatan actual atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Carpenito, L, 2000). Diagnosis keperawatan adalah “ Clinical Judgment” yang berfokus pada respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan (vulnerability) baik pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Nanda,2014).

Ada beberapa tipe diagnosis keperawatan, diantaranya: tipe aktual, risiko, kemungkinan, sehat dan sejahtera (welfare).

1. Diagnosis keperawatan aktual

Diagnosis berfokus pada masalah (diagnosis aktual) adalah clinical judgment yang menggambarkan respon yang tidak diinginkan klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan baik pada individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Hal ini didukung oleh batasan karakteristik kelompok data yang saling berhubungan.

2. Diagnosis keperawatan risiko atau risiko tinggi

Adalah clinical judgment yang menggambarkan kerentanan lansia sebagai individu, keluarga, kelompok dan komunitas yang memungkinkan berkembangnya suatu respon yang tidak diinginkan klien terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupannya.

3. Diagnosis keperawatan promosi kesehatan

Adalah Clinical judgement yang menggambarkan motivasi dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan untuk mengaktualisasikan potensi kesehatan pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Respon dinyatakan dengan kesiapan meningkatkan perilaku kesehatan yang spesifik dan dapat digunakan pada seluruh status kesehatan. Setiap label diagnosis promosi kesehatan diawali dengan frase: "Kesiapan meningkatkan"(Nanda, 2014).

c. Intervensi Keperawatan

Salah satu cara menentukan diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan yaitu dengan menggunakan NIC (*Nursing Intervention Classification*) dan NOC (*Nursing Outcomes Classification*) dan menggunakan SLKI (Standart Luaran Keperawatan Indonesia) serta SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia). Perencanaan keperawatan gerontik adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk untuk mencegah,

menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia (Roach, S. 2011.)

Penentuan prioritas diagnosis ini dilakukan pada tahap perencanaan setelah tahap diagnosis keperawatan. Dengan menentukan diagnosis keperawatan, maka perawat dapat mengetahui diagnosis mana yang akan dilakukan atau diatasi pertama kali atau yang segera dilakukan. Terdapat beberapa pendapat untuk menentukan urutan prioritas, yaitu:

1. Berdasarkan Tingkat Kegawatan (Mengancam Jiwa)

Penentuan prioritas berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa) yang dilatarbelakangi oleh prinsip pertolongan pertama, dengan membagi beberapa prioritas yaitu prioritas tinggi, prioritas sedang dan prioritas rendah.

1. Prioritas tinggi:

Prioritas tinggi mencerminkan situasi yang mengancam kehidupan (nyawa seseorang) sehingga perlu dilakukan terlebih dahulu seperti masalah bersihan jalan napas (jalan napas yang tidak efektif).

2. Prioritas sedang:

Prioritas ini menggambarkan situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam hidup klien seperti masalah higiene perseorangan.

3. Prioritas rendah:

Prioritas ini menggambarkan situasi yang tidak berhubungan langsung dengan prognosis dari suatu penyakit yang secara spesifik, seperti masalah keuangan atau lainnya.

2. Berdasarkan Kebutuhan Maslow

Maslow menentukan prioritas diagnosis yang akan direncanakan berdasarkan kebutuhan, diantaranya kebutuhan

fisiologis keselamatan dan keamanan, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri. Untuk prioritas diagnosis yang akan direncanakan, Maslow membagi urutan tersebut berdasarkan kebutuhan dasar manusia.

Tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosis keperawatan, dengan kata lain tujuan merupakan sinonim kriteria hasil (hasil yang diharapkan). Kriteria hasil (hasil yang diharapkan) merupakan standard evaluasi yang merupakan gambaran faktor-faktor yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai. Kriteria hasil ini digunakan dalam membuat pertimbangan dengan ciri-ciri sebagai berikut: setiap kriteria hasil berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan, hasil yang ditetapkan sebelumnya memungkinkan dicapai, setiap kriteria hasil adalah pernyataan satu hal yang spesifik, harus sekongkrit mungkin untuk memudahkan pengukuran, kriteria cukup besar atau dapat diukur, hasilnya dapat dilihat, didengar dan kriteria menggunakan kata-kata positif bukan menggunakan kata negatif (Sarif La Ode, 2012)

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Darmojo, Boedhi, et al. 2010)

Dalam implementasi tindakan keperawatan memerlukan beberapa pertimbangan, antara lain:

1. Individualitas klien, dengan mengkomunikasikan makna dasar dari suatu implementasi keperawatan yang akan dilakukan.

2. Melibatkan klien dengan mempertimbangkan energy yang dimiliki, penyakitnya, hakikat stressor, keadaan psikososio-kultural, pengertian terhadap penyakit dan intervensi
3. Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.
4. Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan
5. Upaya rasa aman dan bantuan kepada klien dalam memenuhi kebutuhannya.

Implementasi Keperawatan Gerontik bisa berupa : exercise atau olahraga, terapi Aktifitas Kelompok, Latihan Kognitif, dll (Watson, Roger, 2003 & Roach, S. 2011.).

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Darmojo, Boedhi, et al. 2010). Menurut Craven dan Hirnie (2003) evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dengan respon perilaku lansia yang ditampilkan.

Setidaknya ada dua hal utama yang harus diperhatikan dalam tahap evaluasi. Pertama, perkembangan klien terhadap hasil yang sudah ia capai dan kedua adalah efektif atau tidaknya rencana keperawatan yang sudah disusun sebelumnya.

Penilaian keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana, dan pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan lansia (Sarif La Ode, 2012)

Beberapa kegiatan yang harus diikuti oleh perawat, antara lain:

1. Mengkaji ulang tujuan klien dan kriteria hasil yang telah ditetapkan,

2. Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan,
3. Mengukur pencapaian tujuan,
4. Mencatat keputusan atau hasil pengukuran pencapaian tujuan,
5. Melakukan revisi atau modifikasi terhadap rencana keperawatan bila perlu.

Jenis Evaluasi menurut Ziegler, Voughan – Wrobel, & Erlen (1986, dalam Craven & Hirnle, 2003), terbagi menjadi tiga jenis, yaitu:

1. Evaluasi Struktur

Evaluasi struktur difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan diberikan. Aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi dalam pemberian pelayanan. Persediaan perlengkapan, fasilitas fisik, rasio perawat-klien, dukungan administrasi, pemeliharaan dan pengembangan kompetensi staf keperawatan dalam area yang diinginkan.

2. Evaluasi Proses

Evaluasi proses berfokus pada penampilan kerja perawat, dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan, dan sesuai wewenang. Area yang menjadi perhatian pada evaluasi proses mencakup jenis informasi yang didapat pada saat wawancara dan pemeriksaan fisik, validasi dari perumusan diagnosa keperawatan, dan kemampuan tehnikal perawat.

3. Evaluasi Hasil

Evaluasi hasil berfokus pada respons dan fungsi klien. Respons perilaku lansia merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi formatif dilakukan sesaat setelah perawat

melakukan tindakan pada lansia. Evaluasi hasil/sumatif: menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku lansia setelah semua tindakan keperawatan dilakukan. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna.

Hasil evaluasi yang menentukan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi, adalah dengan cara membandingkan antara SOAP (Subjektive-Objektive-Assesment-Planning) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Sarif La Ode, 2012)

- S (Subjective) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari lansia setelah tindakan diberikan.
- (Objective) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- A (Assesment) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
- P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L. "2000. *Diagnosa Keperawatan Aplikasi Pada Praktek Klinis*", Edisi ke-6. EGC: Jakarta.
- Craven, R.F & Hirnle, C.J. 2003. *Fundamental of nursing: Human health ang function. (4th ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Darmojo, Boedhi, et al. 2010. *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Eliopoulos, C.E. 2005. *Gerontological nursing. (6 th ed.)*. Philadelphia; Lippincott.
- Leeckenotte, Annete Glesler.1997. "*Pengkajian Gerontologi*", Edisi ke-2. EGC:Jakarta.
- NANDA. 2014. *North American Nursing Diagnosis Association, Nursing Diagnosis, Definition dan Classification 2015-2017*. Pondicherry: India.
- Nugroho, Wahjudi.2000. "*Keperawatan Gerontik*", Edisi ke-2. EGC : Jakarta.
- Roach, S. 2011. *Introductory Gerontological Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Sarif La Ode. 2012. *Asuhan Keperawatan Gerontik Berstandar Nanda, NIC, NOC, Dilengkapi dengan Teori dan Contoh Kasus Askep*. Nuha Medika : Jakarta
- Watson, Roger.2003. "*Perawatan Lansia*", Edisi ke-3. EGC: Jakarta.

PROFIL PENULIS



Debby Sinthania, lahir di Padang, Sumatera Barat. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Keperawatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Poltekkes Kemenkes Padang dan lulus tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan di Universitas Andalas dan berhasil menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan (S1) dan Profesi Keperawatan (Ners) pada tahun 2013. Dua tahun kemudian, penulis juga menyelesaikan studi Magister Keperawatan (S2) Peminatan Keperawatan Jiwa di kampus yang sama. Penulis merupakan Staf Pengajar di Jurusan Keperawatan Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Negeri Padang. Penulis memiliki kompetensi di bidang Keperawatan khususnya Keperawatan Jiwa, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Keluarga & Komunitas. Apabila pembaca ingin berdiskusi lebih lanjut mengenai buku ini, penulis dapat dihubungi melalui Email : sinthaniadebby@gmail.com.

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELOMPOK LANSIA

Maula Mar'atus Solikhah, S. Kep, Ns., M. Kep
Universitas Kusuma Husada Surakarta

A. Konsep Kelompok Lansia Sebagai Kelompok Rentan

Kelompok rentan adalah kelompok social yang memiliki peningkatan relative resiko terhadap masalah kesehatan. (Flaskerud & Winslow, 1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2014). Hal ini bisa dipengerahui oleh beberapa faktor yaitu faktor sosial ekonomi, faktor usia, kesehatan dan pengalaman hidup. Kelompok lansia (elderly groups) merupakan salah satu contoh dari sekian banyak kelompok rentan yang ada di Indonesia. Kelompok lansia merupakan kelompok rentan yang ada di masyarakat berdasarkan permasalahan dan kebutuhan yang lansia hadapi, yang mana dipengaruhi oleh proses penuaan. Proses penuaan yang dialami meliputi perubahan kondisi organ yaitu kemampuan memperbaiki dan mengganti jaringan yang menghilang. Perubahan fungsional organ yaitu fungsi normal menurun secara perlahan serta proses degeneratif yaitu penumpukan distorsi metabolik pada lansia (Risamini, Setiawan, Sahar, 2019)

Kelompok lansia sebagai kelompok rentan karena permasalahan yang dihadapi yaitu kemunduran fisik seperti tulang-tulang tidak padat lagi (keropos), otot-otot menjadi kaku, organ-organ mengecil, sendi-sendi kaku, sering terjadi tremor, penglihatan kabur dan pembentukan katarak serta otak yang

mengecil, gerakan dan reaksi menjadi lambat, lansia juga bisa mengalami ketakutan dan kebingungan laten, penyakit kronis dan infeksi serta minat social yang menurun (Risamini, Setiawan, Sahar, 2019)

Selain hal tersebut fenomena yang terjadi di kelompok lansia adalah terjadinya perubahan dari aspek biologi, psikologi dan sosial yang membuat lansia berisiko menjadi stress jika tidak dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi serta dapat berisiko melakukan coping yang maladaptif. Perubahan yang dapat terjadi pada lansia dari aspek biologi yaitu terjadinya proses menua sehingga mengakibatkan penurunan fisik dan penurunan kemampuan otak yang mengakibatkan lansia bisa mengalami sakit-sakitan dan aktivitas terbatas. Perubahan dari aspek psikologi yaitu lansia bisa mengalami kehilangan peran dominan yang membuat lansia merasa ketergantungan dan merasa khawatir terhadap masa depan. Perubahan dari aspek sosial yaitu kelompok lansia dengan konsisi usia yang sudah tidak produktif dan memasuki fase pensiun maka bisa terjadi lansia mengalami penghasilan berkurang dan kehilangan pula dukungan dari lingkungan sosialnya menurun (Risamini, Setiawan, Sahar, 2019).

B. Masalah Kesehatan pada Kelompok Lansia

Masalah kesehatan yang mungkin muncul pada kelompok lansia yaitu dari aspek masalah umum, tambahan, keamanan dan keselamatan dan gangguan psikologis Adapun rincian masalah kesehatan umum yang dapat terjadi pada kelompok lansia yaitu penyakit kronis dan penggunaan obat-obatan. Masalah kesehatan tambahan yaitu kerusakan sensori, katarak, degenerasi makular, glaukoma, kehilangan pendengaran, masalah gigi dan inkontinensia. Masalah kewanitaan dan kebutuhan keselamatan lansia yaitu resiko jatuh, resiko trauma cedera kepala, keselamatan pengemudi, gangguan fisik akibat

panas, kekerasan pada lansia dan tindakan kejahatan pada lansia. Selain itu lansia juga dapat mengalami gangguan psikososial yaitu Gangguan Ansietas, Depresi, Bunuh diri. serta lansia juga dapat mengalami penyakit Alzheimer (Risamini, Setiawan, Sahar, 2019).

C. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan

Kelompok Lansia

Faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan lansia menurut Stanhope & Lancaster, (2014).

1. **Faktor lingkungan/*Environmental***

Contoh: Akses terhadap air bersih, Jamban/ tempat BAB, Sampah, Lantai Rumah, Breeding places, Polusi, Sanitasi tempat umum, Bahan Beracun Berbahaya (B3), Kebersihan TPU (Tempat Pelayanan Umum).

2. **Faktor perilaku / *Life styles***

Contoh: alkohol, rokok, promiscuity: tempat-tempat berisiko, narkoba, olah raga dan Health seeking behavior : Kalau tidak sakit parah tidak akan pergi ke Puskesmas.

3. **Faktor Herediter atau Kependudukan / *Heredity***

Contoh: Penyakit-penyakit yang sifatnya turunan dan mempengaruhi kelompok lansia seperti Hipertensi dan Diabetes Mellitus.

4. **Faktor pelayanan kesehatan / *Medical care services***

Contoh: ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan (balai pengobatan) maupun rujukan (rumah sakit), ketersediaan tenaga, peralatan kesehatan bersumberdaya masyarakat; Kinerja/cakupan serta pembiayaan /anggaran untuk program kesehatan kelompok lansia.

D. Sasaran Kelompok Lansia

Sasaran pokok pembinaan kelompok lansia (asuhan keperawatan kelompok lansi) menurut Effendy dan Makhfudli. (2009) bisa dibedakan menjadi dua yaitu:

1. Melalui institusi-institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan terhadap kelompok lansia Contohnya yaitu Pelayanan di lembaga sosial kemasyarakatan yang menyelenggarakan pemeliharaan dan pembinaan pada kelompok lansia seperti Panti Werdha.
2. Pelayanan kelompok khusus dimasyarakat dilakukan melalui kelompok-kelompok yang terorganisir dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat, melalui pembentukan kader kesehatan diantara kelompok tersebut yang telah mendapatkan pendidikan dan pelatihan oleh Puskesmas, selain itu lahan pembinaan kelompok khusus masyarakat dapat dilakukan melalui kelompok Posyandu lansia.

E. Tujuan Perawatan pada Kelompok Lansia

Tujuan dari perawatan kelompok lansia ada dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Adapaun tujuan umum dari perawatan kelompok lansia adalah untuk meningkatkan kemampuan dan derajat kesehatan kelompok lansia untuk dapat menolong diri merek sendiri (*selfcare*) dan tidak terlalu tergantung kepada pihak lain (Effendy & Makhfudli, 2009).

Tujuan khusus dari perawatan kelompok lansia adalah mengidentifikasi masalah kesehatan yang muncul pada kelompok tersebut. Menyusun perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan permasalahan yang terdapat pada kelompok lansia. Penanggulangan masalah dihadapi berdasarkan rencana yang telah disusun. Meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan. Mengurangi

ketergantungan dalam pemeliharaan dan perawatan diri sendiri. Meningkatkan produktivitas dalam rangka meningkatkan kemampuan diri. Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan dalam menunjang fungsi Puskesmas dalam rangka pengembangan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya pada kelompok lansia (Effendy & Makhfudli, 2009).

F. Jenis Pelayanan Kesehatan pada Kelompok Lansia

Adapun jenis pelayanan kesehatan pada kelompok lansia yaitu pelayanan kesehatan yang bersifat promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative, kegiatan konseling dan pembentukan kelompok pendukung (Effendy & Makhfudli, 2009).

G. Prinsip Pelayanan Kesehatan pada Kelompok Lansia

Prinsip pelayanan kesehatan pada kelompok lansia menurut Effendy & Makhfudli (2009) dan Riasmini et al, (2017) yaitu:

1. Meningkatkan kemampuan dan kemandirian kelompok lansia dalam meningkatkan kesehatan mereka sendiri.
2. Menekankan kepada upaya preventif dan promotif dengan tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitative.
3. Pendekatan yang menyeluruh menggunakan proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi) secara konsisten dan berkesinambungan.
4. Melibatkan peran serta aktif petugas Panti Wredha, kader kesehatan kelompok posyandu lansia dan kelompok lansia sebagai subyek maupun obyek pelayanan.

5. Dilakukan diinstitusi pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kelompok lansia dimasyarakat terhadap kelompok lansia yang mempunyai masalah yang sama.
6. Ditekankan pada pembinaan perilaku penghuni panti, petugas panti, lingkungan panti bagi yang diinstitusi dan masyarakat yang mempunyai masalah yang sama kearah perilaku sehat.

H. Asuhan Keperawatan pada Kelompok Lansia

1. Tahapan Perawatan Kelompok Lansia

Adapun tahap tahap perawatan kelompok lansia adalah:

1. Tahap persiapan
 - a. Mengidentifikasi jumlah kelompok lansia yang ada dimasyarakat dan jumlah panti atau pusat - pusat rehabilitasi yang ada disuatu wilayah binaan.
 - b. Mengadakan pendekatan sebagai penjajagan awal pembinaan kelompok lansia terhdap institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan terhadap kelompok lansia dan kelompok lansia yang ada di masyarakat.
 - c. Identifikasi masalah kelompok lansia di masyarakat dan di panti /institusi melalui pengumpulan data.

Pengumpulan data bisa dilakukan dengan pengkajian ke kelompok lansia atau penyebaran survei dengan kuesioner sesuai dengan masalah kesehatan yang dialami di kelompok lansia. Pengkajian kelompok lansia di komunitas dapat dilakukan dengan pengkajian.

 - 1) Inti (*Core*) meliputi: Data demografi kelompok lansia atau yang terdiri atas usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, agama, nilai-nilai, keyakinan, serta riwayat timbulnya kelompok

- 2) Mengkaji 8 subsistem yang mempengaruhi kelompok lansia di komunitas, antara lain:
 - a) Lingkungan fisik:
 - b) Pelayanan kesehatan
 - c) Ekonomi
 - d) Politik dan Pemerintahan
 - e) Komunikasi
 - f) Pendidikan
 - g) Kemanan dan Transportasi
 - h) Rekreasi

Kelompok Lansia yang berada di panti juga bisa dilakukan pengkajian sebagai berikut:

- 1) Kaji data umum (identitas klien)
- 2) Kaji status kesehatan saat ini, dan dahulu
- 3) Kaji riwayat kesehatan keluarga
- 4) Kaji pola aktivitas sehari-hari lansia
- 5) Lakukan pemeriksaan fisik (tanda vital, kebersihan perorangan)
- 6) Kaji psiko, sosio dan spiritual
- 7) Kaji penyakit yang sering diderita
- 8) Kaji ketersediaan dana atau upaya kesehatan
- 9) Kaji emosional lansia
- 10) Kaji fungsi kognitif lansia, meliputi Katz Indeks, Barthel Index
- 11) Kaji pemanfaatan sarana kesehatan (Puskesmas, Posyandu lansia)
- 12) Kaji penyakit yang sering diderita
- 13) Olah dan analisa data untuk melihat kesenjangan yang terjadi
- 14) Tanyakan perasaan kelompok lansia setelah dilakukan pengkajian
- 15) Akhiri kegiatan pengkajian dengan mengucapkan terima kasih
- 16) Dokumentasikan hasil pengkajian

- d. Menganalisa data kelompok lansia dimasyarakat dan diinstitusi

Menganalisa data dengan menggunakan data yang didapatkan dari hasil pengkajian dengan dimasukkan ke dalam data fokus dan di periksa kesesuaiannya dengan tanda dan gejala mayor yang terdapat di buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Jika 80%-100% ditemukan sesuai dengan tanda dan gejala mayor maka validasi diagnosis.

Tabel 7. Contoh Analisa data

NO	Data Fokus	Diagnosa keperawatan
1.	<p>DS :</p> <p>Kelompok lansia mengatakan belum rutin memeriksakan tekanan darah ke Puskesmas atau mengikuti posyandu lansia</p> <p>Lansia mengatakan masih mengkonsumsi makanan yang asin</p> <p>Lansia mengatakan melakukan aktivitas olahraga hanya kadang-kadang</p> <p>Lansia mengatakan memakan buah atau sayur juga kadang-kadang.</p> <p>DO :</p> <p>Dari hasil kuesioner mengenai penyakit hipertensi yang dideritanya, didapatkan hasil bahwa sebanyak 84% (76 warga yang berusia lansia) menunjukkan pengetahuan yang baik.</p> <p>53% (48 warga) menunjukkan sikap yang tidak sesuai anjuran.</p> <p>62% (56 warga) mempunyai perilaku yang</p>	<p>Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif : Hipertensi pada kelompok lansia (D.0117)</p>

	tidak sesuai terkait penyakit hipertensi. Dari data PIS-PK jumlah lansia yang menderita hipertensi sebanyak 56	
2.	<p>DS :</p> <p>Kelompok lansia mengatakan masih banyak yang merokok aktif</p> <p>DO :</p> <p>Berdasarkan data PIS PK, didapatkan hasil pada tahun 2022 dari 90 sampel didapatkan hasil sebanyak 76% warga masih merokok.</p> <p>Hasil PIS-PK jumlah warga yang merokok adalah 69, dari 69 tersebut 34 menderita hipertensi</p> <p>Berdasarkan hasil wawancara dengan warga didapatkan hasil belum ada program terkait pengendalian berhenti merokok</p>	<p>Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko: Merokok pada kelompok lansia (D. 0003)</p>

- e. Merumuskan masalah dan prioritas masalah kesehatan dan keperawatan kelompok lansia di masyarakat dan institusi.

Perumusan diagnose keperawatan pada kelompok lansia menggunakan komponen diagnose tunggal hanya terdapat masalah keperawatan saja, baik dengan jenis diagnose aktual, risiko dan promosi kesehatan. penentuan priotitas masalah keperawatan melalui prose musyawarah warga di panti atau di wilayah dengan menggunakan **BPR Score**.

Adapun komponen dalam perhitungan **BPR Score** adalah sebagai berikut:

- 1) Prosentasi populasi dalam masalah keperawatan/ ukuran masalah (A).

Tabel 8. Presentasi populasi dalam masalah keperawatan

Prosentasi populasi dalam masalah keperawatan	Nilai
25 % atau lebih	9 atau 10
10 % - 24,9 %	7 atau 8
1 % - 9,9 %	5 atau 6
0,1 % - 0,9 %	3 atau 4
< 0,01 %	1 atau 2

Dalam penentuan prosentasi populasi dalam masalah keperawatan/ ukuran masalah dapat melihat dari hasil Analisa data dari data hasil kuesioner yang diberikan ke kelompok lansia

- 2) Keseriusan masalah (B)

Tabel 9. Keseriusan masalah

Tingkat Keseriusan	Nilai
Sangat serius	9 atau 10
Serius	6, 7 atau 8
Cukup serius	3, 4 atau 5
Tidak serius	0, 1 atau 2

Penentuan Keseriusan masalah dilakukan dengan bermusyawarah dengan kelompok lansia, petugas kesehatan dan kader dalam menentukan tingkat keseriusan masalah.

3) Penilaian keefektifan intervensi (C)

Tabel 10. Penilaian keefektifan intervensi

Keefektifan	Nilai
Sangat efektif	9 atau 10
Relatif efektif	7 atau 8
Efektif	5 atau 6
Cukup efektif	3 atau 4
Relatif tidak efektif	1 atau 2
Hampir tidak efektif	0

Penentuan keefektifan intervensi juga ditentukan dengan bermusyawarah dengan kelompok lansia, petugas kesehatan dan kader

Penentuan nilai akhir yaitu dengan menghitung BPR Skor dengan rumus $(A+2B) \times C$ dengan ketentuan prioritas diurutkan dari nilai skor tertinggi.

Tabel 11. Contoh untuk penentuan prioritas diangosa keperawatan

Masalah Keperawatan	Komponen			BPR Skor (A+2B) x C	Urutan
	A	B	C		
Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif : Hipertensi pada kelompok lansia (D.0117)	9	8	5	125	1
Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko: Merokok pada kelompok lansia (D. 0003)	6	5	4	64	2

- f. Mulai dari tahap mengidentifikasi masalah, analisa data, perumusan masalah dan prioritas masalah kesehatan/keperawatan kelompok lansia melibatkan kader kesehatan dan petugas panti dalam bentuk kegiatan musyawarah warga II untuk menentukan masalah keperawatan pada kelompok lansia, penentuan prioritas dan menentukan intervensi keperawatan dalam bentuk perencanaan program kegiatan.

2. Tahap perencanaan

Menyusun perencanaan penanggulangan masalah kesehatan /keperawatan bersama petugas panti (bagi yang diinstitusi) dan kader kesehatan (yang dimasyarakat). Perencanaan di susun dengan ditetapkan tujuan dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) dengan label dan ekspektasi serta indicator kriteria hasil. Perencanaan tindakan keperawatan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018). Intervensi keperawatan terdiri dari komponen Observasi, Terapeutik, Edukasi dan kolaborasi dengan disesuaikan dengan kondisi dan situasi kelompok lansia. Intervensi kemudian dijadikan dasar dalam pembuatan beberapa hal yaitu yang manyangkut:

- a. Jadwal kegiatan (Tujuan, sasaran, jenis pelayanan, biaya, kriteria hasil).
- b. Jadwal kunjungan.
- c. Tenaga pelaksana pengorganisasian kegiatan/ penanggung jawab kegiatan.

Tabel 12. Contoh Intervensi keperawatan pada kelompok lansia

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Tindakan / Intervensi (SIKI)
1	Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif: Hipertensi pada kelompok lansia (D.0117)	Setelah dilakukan tindakan selama 3 minggu diharapkan Manajemen Kesehatan (L.12104) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Melakukan tindakan untuk mengurangi factor resiko 2. Menerapkan program keperawatan meningkat 3. Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat	Promosi perilaku upaya Kesehatan (I.12472) Observasi : - Identifikasi perilaku upaya Kesehatan yang dapat ditingkatkan Terapeutik : - Berikan lingkungan yang mendukung Kesehatan - Orientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan Edukasi - Anjurkan makan sayur dan buah setiap hari - Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari - Anjurkan tidak merokok di dalam rumah Manajemen perilaku (I.12463) Observasi - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik - Jadwalkan kegiatan terstruktur (minum obat dan kontrol puskesmas) - Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan Edukasi - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif.
2	Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko : Merokok : Merokok	Setelah dilakukan tindakan selama 3 minggu diharapkan Perilaku Kesehatan (L.12111) Membaik dengan kriteria hasil :	Dukungan Berhenti Merokok (I.01001) Observasi : - Identifikasi keinginan berhenti merokok - Identifikasi upaya berhenti merokok Terapeutik : - Diskusikan motivasi penghentian

		<ol style="list-style-type: none"> 1. penerimaan terhadap perubahan status kesehatan meningkat 2. kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah Kesehatan meningkat 3. kemampuan peningkatan Kesehatan meningkat 4. pencapaian pengendalian Kesehatan meningkat 	<p>merokok</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusika kesiapan perubahan hidup - Lakukan pendekatan psikoedukasi untuk mendukung dan membimbing upaya berhenti merokok <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan efek langsung berhenti merokok - Jelaskan berbagai intervensi dengan farmakoterapi (missal: terapi penganti nikotin) <p>Edukasi Kesehatan (I.1233)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup dan sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan Pendidikan Kesehatan - Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup dan sehat.
--	--	---	--

3. Tahap pelaksanaan kegiatan/ Implementasi

Pelaksanaan kegiatan didasarkan atas rencana kerja yang telah disepakati bersama di Musyawarah Warga II, yang disesuaikan dengan kebutuhan yang ada. Pelaksanaan kegiatan dapat berupa:

- a. Pendidikan dan pelatihan kader dan petugas panti atau kader posyandu lansia
- b. Pelayanan kesehatan dan keperawatan pada kelompok lansia
- c. Penyuluhan kesehatan pada kelompok lansia sesuai dengan masalah kesehatan yang umum terjadi pada lansia
- d. Vaksin
- e. Penemuan kasus dini/ Deteksi dini
- f. Rujukan bila dianggap perlu.
- g. Pencatatan dan pelaporan kegiatan.

4. Tahap penilaian/ Evaluasi

Tahap evaluasi disampaikan dalam Musyawarah Warga III yang mana berisi kegiatan penyampaian evaluasi proses dan hasil serta penyusunan rencana tindak lanjut.

- a. Penilaian/ Evaluasi atas keberhasilan kegiatan didasarkan atas kriteria yang telah disusun.
- b. Penilaian/ Evaluasi dapat dilakukan selama kegiatan berlangsung (evaluasi formatif) dan setelah kegiatan dilaksanakan secara keseluruhan (evaluasi sumatif terhadap diagnosis keperawatan komunitas pada kelompok lansia).

DAFTAR PUSTAKA

- Effendy, Ferry & Makhfudli. (2009). *Keperawatan kesehatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika
- Riasmini NM, Permatasari H. Chairani R. Astuti NW. Ria RTTM, et al. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan individu, keluarga, kelompok dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, NIC di Puskesmas dan masyarakat*. Jakarta: UI Press
- Riasmini NM, Setiawan, A & Sahar, J. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Jakarta: Elsevier
- Stanhope, M. K & Lancaster, B.J. (2014). *Community & public in nursing*. St. Louis , MO: Mosby-Elsevier.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.

PROFIL PENULIS



Maula Mar'atus Solikhah, S. Kep, Ns., M. Kep lahir di Pekalongan 31 Januari 1990. Saat ini merupakan dosen di Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Universitas Kusuma Husada (UKH) Surakarta dan menjabat sebagai ketua Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) UKH Surakarta. Lulus dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro (Undip) pada tahun 2012 dan melanjutkan di program profesi Undip lulus pada tahun 2013. Kemudian melanjutkan studi jenjang S2 Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2017. Karya tesis yang dihasilkan berhasil meraih Hibah pendanaan dari DRPM UI dan berhasil di publikasikan di jurnal International Reputasi Enfermeria Clinica (Scopus Q3). Saat ini aktif dalam kegiatan tridarma yaitu pengajaran penelitian dan pengabdian masyarakat.

BAB 8

KONSEP POSYANDU LANSIA

Siti Sarifah, S.Kep,Ns., M.Kep
ITS PKU Muhammadiyah Surakarta

A. Latar Belakang

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, disebutkan bahwa pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara ekonomi dan sosial. Peningkatan derajat kesehatan akan berdampak pada peningkatan umur harapan hidup serta akan diiringi peningkatan jumlah penduduk lanjut usia.

Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia beresiko timbulnya berbagai masalah meliputi aspek fisik, biologis, mental maupun sosial ekonomi, sehingga lanjut usia perlu mendapatkan perhatian yang serius dari semua sektor untuk terwujudnya peningkatan kesejahteraan lanjut usia. Salah satu bentuk perhatian yang serius terhadap lanjut usia adalah terlaksananya pelayanan pada lanjut usia melalui kelompok(posyandu) lanjut usia yang melibatkan semua lintas sektor terkait, swasta, LSM dan masyarakat.

B. Pengertian Posyandu Lansia

Posyandu lanjut usia adalah suatu wadah pelayanan kepada lanjut usia di masyarakat, yang proses pembentukan dan pelaksanaannya dilakukan oleh masyarakat bersama lembaga swadaya masyarakat (LSM), lintas sektor pemerintah dan non-pemerintah, swasta, organisasi sosial dan lain-lain, dengan

menitik beratkan pelayanan kesehatan pada upaya promotif dan preventif (Komnas Lansia, 2010).

Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) lansia adalah suatu wadah pelayanan kepada lansia di masyarakat berbasis Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dimana pembentukan dan pelaksanaannya dilaksanakan oleh masyarakat dengan pendampingan tenaga Kesehatan Puskesmas, dalam alih informasi dan ketrampilan dari petgas kepada masyarakat sebagai upaya promotif dan preventif dalam peningkatan kesehatan dan kualitas hidup lansia (Kemenkes RI, 2021).

C. Tujuan Posyandu Lansia

Tujuan posyandu lansia secara umum untuk meningkatkan status Kesehatan dan kualitas hidup lansia. Pelayanan Kesehatan di posyandu lansia bersifat promotive dan preventif dalam bentuk deteksi dini masalah Kesehatan, peningkatan pengetahuan, dan membantu mempertahankan dan meningkatkan kondisi Kesehatan lansia baik fungsi fisik, psikologis dan sosialnya (Kemenkes RI, 2021).

Tujuan umum dan tujuan khusus posyandu lansia menurut Rauf dkk (2021), antara lain:

1. Tujuan Umum

Meningkatkan derajat Kesehatan lansia untuk mencapai masa tua yang Bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan kesadaran lansia untuk membina sendiri kesehatannya
- b. Meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat dalam menghayati dan mengatasi masalah Kesehatan lansia secara optimal

- c. Meningkatkan jangkauan pelayanan Kesehatan lansia
- d. Meningkatnya jenis dan mutu pelayan kesehatan lansia

D. Sasaran Posyandu Lansia

Sasaran posyandu lansia menurut Kemenkes RI (2021), dibagi menjadi 2 (dua), yaitu:

1. Sasaran Langsung

- a. Pra lanjut usia (usia 45 – 59 tahun)
- b. Lanjut usia (usia \geq 60 tahun)
- c. Lanjut usia risiko tinggi, yaitu usia \geq 70 tahun atau lansia berusia \geq 60 tahun dengan masalah kesehatan

2. Sasaran Tidak Langsung

- a. Keluarga dimana lansia berada
- b. Masyarakat di lingkungan lansia
- c. Petugas kesehatan yang melayani Kesehatan lansia
- d. Kader Kesehatan Posyandu Lansia
- e. Petugas lain yang menangani Posyandu Lansia
- f. Pemerintah desa/kelurahan, tokoh masyarakat, organisasi kemasyarakatan, organisasi social yang peduli terhadap pembinaan Kesehatan lansia

E. Jenis Kegiatan Posyandu Lansia

Jenis kegiatan yang dapat dilakukan di posyandu lansia diberikan kepada pra lansia dan lansia menurut Kemenkes RI (2021), sebagai berikut:

1. Wawancara termasuk anamnesa perilaku berisiko (APR)
2. Pemeriksaan tingkat kemandirian, dengan menggunakan instrument penilaian *Activity Daily Living (ADL)*/Aktifitas Kegiatan Sehari-hari (AKS) (khusus untuk lansia).
3. Penilaian risiko jatuh (khusus untuk lansia)

4. Pemeriksaan status mental dan emosional, dengan menggunakan instrument penilaian *Geriatric Depression Scale (GDS)* (khusus untuk lansia).
5. Pemeriksaan status kognitif, dengan menggunakan instrument penilaian *Abreviated Mental Test (AMT)* atau *Mini Cog* dan *Clock Drawing Test (CDT₄)* (khusus untuk lansia)
6. Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan atau panjang depa, dan pengukuran lingkar perut.
7. Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensimeter
8. Pemeriksaan fisik termasuk deteksi dini adanya anemia, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran dan sebagainya
9. Pemeriksaan laboratorium sederhana (kolesterol dalam darah, gula darah sewaktu dan asam urat). Dilakukan 1-2 kali setahun, kecuali yang mempunyai kelainan
10. Melakukan rujukan ke Puskesmas atau Rumah Sakit bilamana ditemukan kelainan
11. Penyuluhan secara berkelompok atau konseling secara perorangan sesuai dengan masalah Kesehatan yang dihadapi oleh masing-masing lansia
12. Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas Kesehatan bagi lansia yang tidak datang atau belum mau datang, agar tetap/mau berpartisipasi dalam kegiatan posyandu
13. Kegiatan aktivitas fisik/latihan fisik antara lain senam low impact, senam vitalisasi otak lansia, gerak jalan santai dan lain sebagainya untuk meningkatkan kebugaran, serta kegiatan lain dalam rangka mempertahankan dan stimulasi fungsi kognitif
14. Kegiatan lain yang dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi setempat

- a. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Penyuluhan sebagai contoh menu makanan dengan memperhatikan aspek Kesehatan dan gizi lanjut usia, menggunakan bahan makanan local yang berasal dari daerah tersebut. PMT lansia sebaiknya berupa makanan pokok berbasis local, makanan tinggi serat, rendah lemak (tidak digoreng dan tidak bersantan).
- b. Kegiatan pemberdayaan yang dapat dilakukan secara terpadu dengan melibatkan lintas program dan lintas sector terkait. Misalnya pemberdayaan lansia dalam meningkatkan status Kesehatan keluarga, penguatan keluarga dalam perawatan jangka Panjang bagi lansia, pengembangan ketrampilan kerajinan tangan, rekreasi, dan lain-lain.

F. Waktu Pelaksanaan Kegiatan Posyandu Lansia

Pelaksanaan kegiatan posyandu lansia sekurang-kurangnya dilaksanakan satu kali dalam sebulan. Hari dan waktu yang dipilih, sesuai dengan hasil kesepakatan. Apabila diperlukan, hari buka posyandu lansia dapat lebih dari sat kali dalam sebulan (Kemenkes RI, 2021).

Pelaksanaan kegiatan posyandu berjalan efisien dan efektif menurut Komnas Lansia (2010) dibutuhkan:

1. Organisasi yang tertata baik
2. Sumber daya manusia yang mempunyai ilmu dan kemampuan
3. Tugas dan fungsi yang jelas dari masing – masing petugas posyandu
4. Mekanisme kerja yang baik meliputi perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.

G. Pengelola Posyandu Lansia

Pengelola posyandu lansia adalah unsur masyarakat (termasuk kader), Lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, Lembaga swadaya masyarakat, Lembaga mitra pemerintah dan dunia usaha yang dipilih, bersedia, mampu dan memiliki waktu dan kepedulian terhadap pelayanan lansia di posyandu lansia.

Sumber Daya Manusa (SDM) dalam pengelolaan posyandu lansia menurut komnas lansia (2010) dibutuhkan sebaiknya 8 orang namun bisa kurang, dengan konsekuensi bekerja rangkap. Kepengurusan yang di anjurkan adalah:

1. Ketua Posyandu
2. Sekretaris
3. Bendahara
4. Kader sekitar 5 orang yaitu :
 - a. Meja 1 tempat pendaftaran
 - b. Meja 2 tempat penimbangan dan pencatatan berat badan, pengukuran dan pencatatan tinggi badan serta penghitungan index massa tubuh (IMT)
 - c. Meja 3 tempat melakukan kegiatan Pemeriksaan dan pengobatan sederhana (tekanan darah, gula darah, Hb dan pemberian vitamin, dan lain - lain)
 - d. Meja 4 tempat melakukan kegiatan konseling (kesehatan, gizi dan kesejahteraan)
 - e. Meja 5 tempat memberikan informasi dan melakukan kegiatan sosial (pemberian makan tambahan, bantuan modal, pendampingan, dan lain-lain sesuai kebutuhan).

Tugas dan Fungsi kader menurut Komnas Lansia (2010) antara lain:

1. Ketua Posyandu :
 - a. Bertanggung jawab terhadap semua kegiatan yang dilakukan posyandu

- b. Bertanggung jawab terhadap kerjasama dengan semua stake holder dalam rangka meningkatkan mutu pelaksanaan posyandu
2. Sekretaris:
Mencatat semua aktivitas perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan serta pengendalian posyandu.
3. Bendahara:
Pencatatan pemasukan dan pengeluaran serta pelaporan keuangan posyandu
4. Kader
Tugas kader dalam posyandu lanjut usia antara lain:
 - a. Mempersiapkan sarana dan prasarana yang diperlukan pada kegiatan posyandu.
 - b. Memobilisasi sasaran pada hari pelayanan posyandu.
 - c. Melakukan pendaftaran sasaran pada pelayanan posyandu lanjut usia.
 - d. Melaksanakan kegiatan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan para lanjut usia dan mencatatnya dalam KMS atau buku pencatatan lainnya.
 - e. Membantu petugas dalam pelaksanaan pemeriksaan kesehatan dan pelayanan lainnya.
 - f. Melakukan penyuluhan (kesehatan, gizi, sosial, agama dan karya) sesuai dengan minatnya.

H. Tempat Posyandu Lansia

Prinsip penentuan tempat penyelenggaraan Posyandu Lansia menurut Kemenkes RI (2021), antara lain :

1. Berada di tempat yang mudah didatangi oleh masyarakat, khususnya lansia
2. Ditentukan oleh masyarakat itu sendiri
3. Jika memungkinkan sebaiknya berlokasi dalam Gedung dan dilengkapi atau dekat dengan sarana umum berupa lapangan yang memadai, untuk memfasilitasi lansia

melakukan aktivitas fisik, seperti senam, jalan sehat, atau mendapatkan penyuluhan kesehatan secara berkelompok.

I. Sarana dan Prasarana Posyandu Lansia

Sarana dan prasarana penunjang yang dibutuhkan untuk mendukung kelancaran pelaksanaan kegiatan di Posyandu Lansia menurut Kemenkes RI (2021), antara lain :

1. Tempat kegiatan (Gedung, ruangan atau tempat terbuka)
2. Meja dan kursi
3. Alat tulis
4. Lansia kit, yang berisi: timbangan dewasa, meteran pengukur lingkar perut, alat pengukur tinggi badan, stetoskop, tensimeter, alat pemeriksaan laboratorium sederhana beserta stick pemeriksaannya (gula darah sewaktu, kolesterol dan asam urat) dan thermometer.
5. Buku Kesehatan lansia
6. Buku pencatatan kegiatan (register posyandu lansia, buku register bantu, register kohort lansia)
7. Materi KIE (lembar balik, leaflet dan lain-lain)
8. Alat atau bahan yang dapat membantu stimulasi kognitif lansia

J. Langkah Pelaksanaan Kegiatan di Posyandu Lansia

Mekanisme pelaksanaan kegiatan pelayanan Kesehatan di Posyandu lansia dilakukan dengan menggunakan 5 langkah kegiatan sebagai berikut:

1. Langkah pertama : pendaftaran peserta posyandu lansia dan pemberian buku Kesehatan lansia (dilakukan oleh kader)
2. Langkah kedua: wawancara termasuk anamnesa perilaku berisiko (APR), penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan atau Panjang depa, pengukuran lingkar perut,

- dan penilaian tingkat kemandirian lansia (dilakukan oleh kader)
3. Langkah ketiga: pengukuran tekanan darah, pemeriksaan Kesehatan, dan pemeriksaan status mental emosional dan kognitif serta penilaian risiko jatuh (dilakukan oleh petugas kesehatan dibantu kader)
 4. Langkah keempat: pemeriksaan laboratorium sederhana seperti: gula darah, kolesterol dan asam urat (dilakukan oleh petugas Kesehatan dibantu kader)
 5. Langkah kelima: pemberian konseling, pemberian PMT penyuluhan dan pencatatan hasil (dilakukan oleh petugas Kesehatan)

Jika dalam pemeriksaan ditemukan kelainan, lansia dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan Kesehatan dasar (puskesmas dll) untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Kegiatan sena, penyuluhan kelompok, pemberdayaan lansia dalam kognitif (kemampuan berfikir), dapat dilakukan sebelum atau bersamaan dengan dengan melakukan 5 langkah kegiatan posyandu lansia (Kemenkes RI, 2021).

K. Mekanisme Kerja

Pelayanan kesehatan dan sosial yang prima terhadap lanjut usia di kelompoknya, dibutuhkan perencanaan yang matang, pelaksanaan yang benar dan tepat waktu, serta pengendalian yang akurat.

1. Perencanaan

Perencanaan dibutuhkan data-data:

- a. Jumlah penduduk dan KK di wilayah cakupan
- b. Kondisi sosial ekonomi penduduk di wilayah cakupan
- c. Jumlah lanjut usia keseluruhan (per kelompok umur)
- d. Kondisi kesehatan lanjut usia di wilayah cakupan
- e. Jumlah lanjut usia yang mandiri
- f. Jumlah lanjut usia yang cacat

- g. Jumlah lanjut usia terlantar, rawan terlantar dan tidak terlantar.
 - h. Jumlah lanjut usia yang produktif
 - i. Jumlah lanjut usia yang mengalami tindakan penelantaran, pelecehan, pengucilan dan kekerasan
- Rencana yang perlu disusun adalah:

- a. Frekuensi kegiatan posyandu lanjut usia
Frekuensi kegiatan posyandu tergantung dari banyaknya jenis kegiatan yang dilakukan posyandu tersebut. Untuk pencapaian lanjut usia sejahtera dibutuhkan kegiatan sbb:

- 1) Olah raga/senam minimal 1 minggu sekali - pengajian 1 minggu sekali
- 2) pengukuran IMT dan pemeriksaan kesehatan setiap bulan
- 3) pemberantasan buta aksara tergantung kondisi (peserta, pengajar, waktu dan tempat)
- 4) konseling dan penyuluhan kesehatan dan gizi.serta masalah sosial, karya/usaha ekonomi produktif dan pendidikan
- 5) peningkatan pendapatan
- 6) dan lain-lain sesuai kesepakatan.

Setelah memperhatikan banyaknya kegiatan maka penyelenggaraan posyandu dimusyawarahkan dengan warga/anggota, sehingga menghasilkan kesepakatan bersama

- b. Jenis kegiatan posyandu
Jenis kegiatan posyandu lanjut usia tidak berbeda dengan kegiatan posyandu balita, namun posyandu lanjut usia kegiatannya tidak hanya mencakup upaya kesehatan saja tetapi juga meliputi upaya sosial dan karya serta pendidikan. Hal tersebut disebabkan karena permasalahan yang dihadapi lanjut usia bersifat kompleks, tidak hanya masalah kesehatan namun juga

masalah sosial, ekonomi dan pendidikan yang saling terkait dan mempengaruhi satu sama lainnya.

Jenis kegiatan yang dilaksanakan di posyandu lanjut usia yaitu :

- 1) Kegiatan pengukuran IMT melalui pengukuran berat badan dan tinggi badan. Kegiatan ini dilakukan 1 bulan sekali.
- 2) Kegiatan pemeriksaan tekanan darah dilakukan minimal 1 bulan sekali, namun bagi yang menderita tekanan darah tinggi dianjurkan setiap minggu. Hal ini dapat dilakukan di puskesmas atau pada tenaga kesehatan terdekat.
- 3) Kegiatan pemeriksaan kadar haemoglobin darah (Hb), gula darah dan kolesterol darah. Bagi lanjut usia yang sehat cukup di periksa setiap 6 bulan. Namun bagi yang mempunyai faktor resiko seperti turunan kencing manis, gemuk sebaiknya 3 bulan sekali dan bagi yang sudah menderita maka dilakukan di posyandu setiap bulan. Kegiatan pemeriksaan laboratorium ini dapat dilakukan oleh tenaga Puskesmas atau dikoordinasikan dengan laboratorium setempat.
- 4) Kegiatan konseling dan penyuluhan kesehatan dan gizi harus dilakukan setiap bulan karena permasalahan lanjut usia akan meningkat dengan seiring waktu, selain itu dapat memantau faktor risiko penyakit-penyakit degeneratif agar masyarakat mengetahui dan dapat mengendalikannya.
- 5) Konseling usaha ekonomi produktif dilakukan sesuai dengan kebutuhan.

- 6) Kegiatan aktivitas fisik/senam dilakukan minimal 1 minggu sekali diluar jadwal penyelenggaraan posyandu
- c. Tenaga pelaksana kegiatan
- Tenaga pelaksana pada dasarnya adalah semua pengurus posyandu yang saling membantu, namun harus ada penanggung jawab masing-masing sesuai bidangnya. Para lanjut usia yang lebih muda dan lebih sehat dapat diberdayakan membantu kegiatan ini sesuai dengan kemampuan masing-masing. Dengan mengajak mereka ikut membantu penyelenggaraan posyandu akan memberikan banyak manfaat antara lain:
- 1) Para lanjut usia akan merasa posyandu milik mereka. Para lanjut usia merasa dihargai/dihormati
 - 2) Membuat lanjut usia tersebut tetap aktif dan akan meningkatkan kesehatan dan mencegah kepikunan.
 - 3) Meningkatkan rasa persaudaraan, terbangunnya ikatan emosi yang positif antar generasi dan akan membuat lanjut usia rajin datang.
 - 4) Pekerjaan menjadi ringan, efisien dan efektif, cepat selesai, sehingga akhirnya tersedia waktu luang yang dapat digunakan untuk kegiatan lainnya
- d. Biaya kegiatan posyandu
- Perencanaan biaya kegiatan posyandu harus dihitung dengan saksama agar kegiatan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana. Yang harus di hitung adalah biaya sebagai berikut:
- 1) Alat tulis kantor (pulpen, pensil, kertas)
 - 2) Penggandaan (fotocoy, penjilidan dll)
 - 3) Makanan (PMT)
 - 4) Transport nara sumber dan pelatih senam (biasanya dari sektor terkait)
 - 5) Obat diluar bantuan puskesmas

- 6) Pemeriksaan Laboratorium diluar bantuan Puskesmas
 - 7) Dokumentasi
 - 8) Biaya tak terduga (10% dari keseluruhan kebutuhan biaya)
- e. Pengembangan kegiatan lanjut usia
- Pengembangan kegiatan untuk merencanakan pengembangan kegiatan yang perlu diperhatikan adalah:
- 1) Apakah kegiatan yang ada dibutuhkan masyarakat?
 - 2) Apakah kegiatan yang akan dikembangkan merupakan penyempurnaan dari kegiatan sebelumnya atau peningkatan kualitas?
 - 3) Apakah pengembangan kegiatan ini merupakan suatu hal yang baru?
 - 4) Apakah posyandu mempunyai sumberdaya yang cukup untuk pengembangan kegiatan?
 - 5) Bagaimana caranya agar kegiatan tersebut tetap langgeng?

Semua pertanyaan tersebut harus dijawab dengan cara mendiskusikan dengan semua pengurus, tokoh kunci, ataupun perwakilan anggota dan melakukan monitoring dari kegiatan yang sudah ada atau studi banding ke posyandu atau LSM/institusi yang telah melaksanakan.

2. Pelaksanaan

Pelaksanaan kegiatan posyandu dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah disepakati. Namun dapat diuraikan berdasarkan pengelompokan kegiatan sebagai berikut :

1. Kegiatan pelayanan kesehatan, gizi
2. Kegiatan senibudaya, olahraga dan rekreasi
3. Kegiatan peningkatan spiritual
4. Kegiatan kesejahteraan/sosial
5. Kegiatan pendidikan ketrampilan

Kegiatan tersebut di atas diatur sesuai dengan ketenagaan dan waktu tersedia dan dapat dilakukan pada sebuah gedung, dibawah tenda ataupun di tempat terbuka. Pada prinsipnya kegiatan kesehatan harus dilakukan 1 bulan sekali agar dapat memantau kondisi kesehatan.

Kegiatan olahraga/senam bersama minimal dilakukan 1 minggu sekali, selanjutnya senam dilakukan sendiri dirumah masing-masing untuk menjaga kelenturan otot dan sendi. Dalam 48 jam otot akan menjadi kaku kembali sehingga olah raga/senam yang paling baik adalah 3-5 kali seminggu selama 30-60 menit.

Secara terperinci sebagai berikut; senam aerobik seperti jalan, jogging, berenang atau dansa minimal 30 menit 5 kali seminggu untuk kebugaran, senam yang menggunakan tahanan (resistance exercise) untuk penguatan dan ketahanan/endurance otot minimal 2 kali seminggu, untuk senam kelenturan (flexibility excersice) 2 kali seminggu selama minimal 10 menit, sedangkan balance exercise/ 25 senam keseimbangan perlu dilakukan untuk mencegah resiko jatuh. Balance exercise dilakukan bersifat individual tergantung kondisi, yang paling penting adalah dilakukan secara bertahap agar terjadi peningkatan keseimbangan. Kegiatan lain dalam posyandu dapat dilakukan secara bersama atau sendiri-sendiri sesuai kebutuhan. Pada beberapa daerah, penyelenggaraan posyandu lanjut usia dilaksanakan pada hari dan tempat yang sama dengan jam yang berbeda dengan posyandu balita. Hal ini kelihatannya sulit dilakukan, namun ternyata memberikan banyak manfaat. Dengan diintegrasikan penyelenggaraan posyandu balita dengan posyandu lanjut usia dapat terjalin solidaritas antar tiga generasi.

3. Pengendalian

Pengendalian dilakukan dengan melaksanakan monitoring dan evaluasi. Apapun bentuk kegiatan yang dilakukan, perlu

dimonitoring dan dievaluasi untuk mengetahui tingkat berhasil atau perkembangan, serta hambatan dan peluang. Demikian pula halnya dengan posyandu lanjut usia. Pengendalian dapat dikelompokkan menjadi pengendalian:

1. Internal

Pengendalian Internal adalah pengendalian yang dilakukan oleh tenaga posyandu

2. Eksternal

Pengendalian eksternal adalah pengendalian yang dilakukan oleh pihak luar seperti lanjut usia, masyarakat sekitarnya, atau pihak luar lainnya. Pengendalian eksternal ini penting dilakukan karena memberikan hasil yang lebih objektif.

Untuk melakukan evaluasi secara baik dan akurat diperlukan beberapa indikator. Indikator yang diperlukan dalam pengendalian posyandu lanjut usia adalah:

- a. Frekuensi pertemuan atau pelaksanaan kegiatan
- b. Kehadiran kader
- c. Pelayanan kesehatan:
 - 1) Cakupan penimbangan
 - 2) Cakupan pemeriksaan laboratorium
 - 3) Cakupan hasil pemeriksaan kesehatan
 - 4) Cakupan penyuluhan kesehatan
- d. Frekuensi pelaksanaan senam
- e. Frekuensi pelaksanaan pengajian/kebaktian
- f. Kegiatan Usaha Ekonomi Produktif
- g. Kegiatan penghapusan buta aksara
- h. Rekreasi
- i. Kegiatan peningkatan pendidikan dan ketrampilan
- j. Ketersediaan dana untuk penyelenggaraan kegiatan

L. Pembiayaan

Biaya Kegiatan posyandu merupakan kegiatan partisipasi masyarakat, dari masyarakat untuk masyarakat. Secara umum

biaya berasal dari masyarakat itu sendiri melalui berbagai cara antara lain :

1. Iuran dari para warga - donatur tidak tetap atau tetap - usaha mandiri dari posyandu
2. Bantuan dari dunia usaha/CSR (corporate social responsibility)
3. Bantuan dari kelurahan
4. Subsidi pemerintah
5. Dan lain-lain

Biasanya jika posyandu berjalan lancar dan banyak kegiatan inovatif, banyak donatur yang datang atau tawaran bantuan dan kerjasama dari perguruan tinggi maupun pemerintah dan swasta. Yang paling penting adalah adanya perencanaan biaya yang berdasarkan azas manfaat dan efisien, pelaksanaan kegiatan jelas serta pertanggung jawaban yang akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. 2021. *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia dan Posbindu PTM Terintegrasi*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Komisi Nasional Lanjut Usia. 2010. *Pedoman Pelaksanaan Lanjut Usia. Komisi Nasional Lanjut Usia*.
- Rauf, S., Malawat, R., & Makayaino, Z. (2021). *Pandu Lansia (Buku Pegangan Bagi Kader Posyandu Lansia)*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

ITS PKU

PROFIL PENULIS



Siti Sarifah, S.Kep,Ns., M.Kep Lahir di Boyolali 20 Juni 1976. Penulis menyelesaikan Pendidikan dasar di Sekolah Dasar Negeri I Bade selesai pada tahun 1988. Melanjutkan Pendidikan di Sekolah Menengah Negeri Karanggede selesai pada tahun 1991. Melanjutkan Pendidikan menengah atas pada SMA N Gemolong selesai pada tahun 1994. Melanjutkan Diploma III Keperawatan di AKPER PKU Muhammadiyah Surakarta selesai pada tahun 1997. Melanjutkan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di PSIK FK UGM selesai pada tahun 2002. Melanjutkan Pendidikan S2 Magister Keperawatan di UMY selesai pada tahun 2014. Sampai saat ini penulis menjadi dosen tetap di Institut Teknologi Sains dan Kesehatan (ITS) PKU Muhammadiyah Surakarta

BAB 9

NUTRISI PADA LANSIA

M.Khalid Fredy Saputra
Baitul Hikmah Lampung

A. Pengetahuan Dasar Nutrisi

Saat usia bertambah pasti akan di iringi dengan munculnya berbagai masalah kesehatan, mulai dari menurunnya daya tahan tubuh, hingga timbulnya berbagai gangguan metabolisme. Masalah kesehatan yang terjadi pada seseorang lanjut usia secara umum dikarenakan kan menurunnya fungsi organ tubuh, sehingga aktivitas dan metabolisme dalam tubuh juga mengalami penurunan. Sebagai suatu proses alamiah, fenomena di atas juga diikuti dengan kebutuhan energi dan kapasitas pencernaan yang juga menurun, jadi tak heran jika banyak lansia yang mengalami malnutrisi seperti obesitas atau kegemukan, berat badan kurang, dan kekurangan vitamin. Beberapa sumber referensi menyebutkan, peristiwa menurunnya kebutuhan energi dan kapasitas pencernaan dimulai saat manusia memasuki usia 50 tahun. Setiap makhluk hidup tentu membutuhkan makanan untuk mempertahankan kehidupannya, karena didalam makanan terdapat nutrisi ataupun zat-zat gizi yang dibutuhkan tubuh untuk melakukan kegiatan metabolismenya. Bagi lansia pemenuhan kebutuhan nutrisi ataupun gizi yang diberikan dengan baik dapat membantu dalam proses beradaptasi atau menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang dialaminya. Nutrisi sendiri ialah elemen yang dibutuhkan untuk proses dan fungsi tubuh. Kebutuhan energi didapatkan dari berbagai nutrisi, seperti: karbohidrat, protein, lemak, air, vitamin, dan mineral, (A. P. Potter & Perry, 2010).

Nutrisi mempunyai fungsi untuk menghasilkan energi bagi fungsi organ, gerak dan fungsi fisik, sebagai bahan dasar untuk pembentukan, perbaikan jaringan sel-sel tubuh, pengatur suhu dan sebagai pelindung tubuh, (Tarwoto & Wartonah, 2006).

B. Macam-macam Nutrisi

Secara umum nutrisi yang dibutuhkan tubuh dapat dikelompokkan menjadi lima, yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Berikut merupakan beberapa zat gizi yang berperan penting dalam proses pertumbuhan yaitu :

1. Karbohidrat

Fungsi utama dari karbohidrat ialah untuk penyedia sumber tenaga utama bagi tubuh yang berbentuk energi. 1 gram karbohidrat menyediakan energi sebesar 4 kilokalori (Kal) bagi tubuh. Karbohidrat berbentuk glukosa merupakan satu-satunya sumber energi bagi otak dan sistem saraf. Karbohidrat disimpan sebagai cadangan energi dalam tubuh berbentuk glikogen yang disimpan dalam hati dan otot (Fikawati, Syafiq, & Veratamala, 2017). Karbohidrat dibagi menjadi dua bentuk, yaitu karbohidrat sederhana dan karbohidrat kompleks. Karbohidrat sederhana seperti fruktosa, glukosa, dan laktosa, dapat dijumpai dalam buah-buahan, gula dan susu. Sedangkan karbohidrat kompleks dapat ditemukan dalam sayuran berserat, gandum, nasi, sereal, oat dan lain sebagainya (Boyle & Roth, 2010).

2. Protein

Protein ialah komponen utama protoplasma di dalam sel, selain dapat menjadi sumber energy juga sangat berperan penting dalam proses pertumbuhan. Protein berperan dalam pemeliharaan jaringan, perubahan komposisi tubuh, serta proses regenerasi jaringan. Komponen protein di dalam tubuh meningkat dari 14,6% pada masa pertumbuhan menjadi 18-

19% ketika berusia 4 tahun. Estimasi kebutuhan protein pada masa pertumbuhan sekitar 1-4g/kg BB (Boyle & Roth, 2010).

3. Lemak

Lemak menyumbangkan 40-50% energi yang dikonsumsi oleh bayi. Lemak menyediakan sekitar 60% energi yang diperlukan tubuh selama beristirahat. Walaupun kelebihan karbohidrat dan protein dapat diubah dalam bentuk lemak, namun lemak tidak dapat diubah dalam bentuk karbohidrat dan protein. Lemak sebagai komponen utama pembentuk membran sel. Lemak juga membantu penyerapan dan penyimpanan vitamin larut lemak, seperti vitamin A, D, E dan K. Asam lemak esensial, seperti asam lemak omega 3 dan omega 6 merupakan zat nutrisi penting yang dibutuhkan dalam pertumbuhan otak. Namun, asam lemak ini diperoleh dari luar, tidak disintesis sendiri oleh tubuh (Boyle & Roth, 2010).

4. Kalium

Kalsium berfungsi untuk pertumbuhan dan mineralisasi tulang. Lebih dari 98% kalsium tubuh berbentuk tulang dan 1% nya lagi ada dalam cairan tubuh dan otot. Sebanyak 30-60% asupan kalsium diserap oleh tubuh. Selain itu, kalsium juga membantu menjaga detak jantung agar teratur dan mengirimkan impuls saraf. Kalsium juga digunakan dalam pembentukan protein RNA dan DNA untuk membantu aktivitas neuromuskuler. Kekurangan kalsium dapat mengakibatkan insomnia, kram otot, gugup, mati rasa, gangguan kognitif, depresi dan hiperaktif (Boyle & Roth, 2010).

5. Zat Besi

Zat besi adalah bahan dasar dalam pembentukan hemoglobin dan juga berperan dalam pengangkutan oksigen dan sari-sari makanan ke seluruh sel di dalam tubuh. Hal ini penting untuk pertumbuhan, sistem kekebalan tubuh dan produksi energy. Kekurangan zat besi dapat disebabkan oleh

aktivitas berlebih, kurangnya asupan, pencernaan yang buruk, atau konsumsi teh dan kopi yang berlebih. Tanda-tanda kekurangan zat besi, seperti pusing, kelelahan, gugup, dan reaksi mental melambat (Boyle & Roth, 2010).

C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Gizi pada Lansia

1. kerusakan gigi atau ompong sehingga berkurangnya kemampuan mencerna makanan.
2. Berkurangnya indera pengecap mengakibatkan penurunan terhadap cita rasa manis, asin, asam, dan pahit yang membuat tidak selera makan
3. Esophagus/kerongkongan mengalami pelebaran.
4. Rasa lapar menurun, asam lambung menurun.
5. Gerakan usus atau gerak peristaltic lemah dan biasanya menimbulkan konstipasi.
6. Penyerapan makanan di usus menurun.
7. Perubahan komposisi tubuh sehingga kebutuhan energi menurun, fungsi pencernaan menurun yang menyebabkan resiko kekurangan nutrisi penting lainnya.
8. Berkurangnya massa otot sehingga mudah lemas, sulit beraktivitas yang juga menyebabkan kehilangan selera makan.

D. Penilaian Status Gizi pada Lansia

Status gizi adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrien. Penelitian status gizi merupakan pengukuran yang didasarkan pada data antropometri serta biokimia dan riwayat diit (Beck, 2011). Penilaian status gizi merupakan penjelasan yang berasal dari data yang diperoleh dengan menggunakan

berbagai macam cara untuk menemukan suatu populasi atau individu yang memiliki risiko status gizi kurang maupun gizi lebih. Penilaian status gizi juga dikatakan sebagai suatu metode mendeskripsikan kondisi tubuh sebagai akibat keseimbangan makanan yang dikonsumsi dengan penggunaannya oleh tubuh, yang biasanya dibandingkan dengan suatu nilai normatif yang ditetapkan.

Penilaian status gizi lansia bisa diukur menggunakan antropometri atau ukuran tubuh, yaitu tinggi badan (TB) dan berat badan (BB). Akan tetapi pengukuran tinggi badan lansia sangat sulit dilakukan mengingat adanya beberapa lansia mengalami masalah postur tubuh seperti adanya kifosis atau pembengkokan tulang punggung, sehingga lansia tidak dapat berdiri tegak. Oleh karena itu pengukuran tinggi lutut dapat dilakukan untuk memperkirakan tinggi badan (Fatmah, 2010). Indeks masa tubuh (IMT) adalah berat badan kilogram dibagi tinggi badan kuadrat dalam meter. Indeks masa tubuh merupakan cara untuk menggambarkan berat badan dalam hubungannya dengan tinggi badan (Supariasa, 2001).

IMT merupakan alat sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa yang berumur diatas 18 tahun khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. (Marmi, 2013).

Rumus perhitungan IMT adalah sebagai berikut :

IMT =

$$\frac{\text{berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m) x Tinggi badan (m)}}$$

Untuk mengetahui status gizi seseorang maka ada kategori ambang batas IMT yang digunakan, seperti yang terlihat pada Tabel berikut yang merupakan ambang IMT lansia.

Tabel 13. Kategori Ambang Batas IM

Kategori	Keterangan	IMT
Kurus	Kurus Kekurangan berat badan tingkat berat	<17,0
	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17,0 – 18,4
Normal	Normal	18,5 – 25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	25,1 – 27,0
	Kelebihan berat badan tingkat berat	> 27,0

Sumber : Depkes (2018)

E. Masalah Gizi Lansia

Masalah gizi ialah hal yang umum terjadi, hal ini dapat timbul karena terjadi ketidak seimbangan atau gangguan antara asupan yang diterima dengan kebutuhan tubuh. Ketidak seimbangan tersebut bisa berarti kelebihan maupun kekurangan gizi.

Menurut (Asra & Sumiati, 2007) pada lansia terdapat dua masalah gizi yaitu gizi lebih dan gizi kurang :

1. Gizi Lebih

Prevalensi obesitas menunjukkan peningkatan sesuai dengan pertambahan usia. Pada umumnya berat badan laki-laki mencapai puncak pada usia 50-55 tahun. Pada wanita antara usia 55-60 tingkat metabolisme basal dan pengeluaran untuk aktivitas fisik menurun saat memasuki usia dewasa. Akan tetapi asupan kalori tidak diimbangi sehingga berat badan meningkat.

2. Gizi Kurang

Penurunan asupan kalori biasanya sejalan dengan penurunan tingkat metabolisme susutnya masa tubuh serta menurunnya penggunaan energi untuk aktivitas fisik. Hampir 20% lansia mengkonsumsi 1000 kalori sehari kekurangan protein kalori umum ditemukan pada lansia.

Masalah gizi lanjut usia merupakan rangkaian proses masalah gizi sejak usia muda yang manifestasinya terjadi pada lanjut usia. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa masalah

gizi pada lanjut usia sebagian besar merupakan masalah gizi lebih yang merupakan faktor risiko timbulnya penyakit degenerative seperti penyakit jantung koroner, diabetes mellitus, hipertensi, gout reumatik, ginjal, perlemakan hati, dan lain-lain. Namun demikian masalah kurang gizi juga banyak terjadi pada lanjut usia seperti Kurang Energi Kronik (KEK), anemia dan kekurangan zat gizi mikro lain (Kemenkes RI, 2012).

Dampak apabila terjadinya masalah gizi pada lansia adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2012):

1. Kegemukan atau obesitas

Keadaan ini biasanya disebabkan oleh pola konsumsi yang berlebihan, banyak mengandung lemak dan jumlah kalori yang melebihi kebutuhan. Proses metabolisme yang menurun pada lanjut usia, bila tidak diimbangi dengan peningkatan aktifitas fisik atau penurunan jumlah makanan, sehingga jumlah kalori yang berlebih akan diubah menjadi lemak yang dapat mengakibatkan kegemukan. Selain kegemukan secara keseluruhan, kegemukan pada bagian perut lebih berbahaya karena kelebihan lemak di perut dihubungkan dengan meningkatnya risiko penyakit jantung koroner pada bagian lemak lain. Kegemukan atau obesitas akan meningkatkan risiko menderita penyakit jantung koroner 1-3 kali, penyakit hipertensi 1,5 kali, diabetes mellitus 2,9 kali dan penyakit empedu 1-6 kali.

2. Kurang Energi Kronik (KEK)

Kurang atau hilangnya nafsu makan yang berkepanjangan pada lanjut usia, dapat menyebabkan penurunan berat badan. Pada lanjut usia kulit dan jaringan ikat mulai keriput, sehingga makin kelihatan kurus. Disamping kekurangan zat gizi makro, sering juga disertai kekurangan zat gizi mikro. Beberapa penyebab KEK pada lanjut usia :

- a. makan tidak enak karena berkurangnya fungsi alat perasa dan penciuman

- b. gigi-geligi yang tanggal, sehingga mengganggu proses mengunyah makanan
 - c. faktor stress/depresi, kesepian, penyakit kronik, efek samping obat, merokok, dll.
3. Kurang Zat Gizi Mikro lain
- Biasanya menyertai lanjut usia dengan KEK, namun kekurangan zat gizi mikro dapat juga terjadi pada lanjut usia dengan status gizi baik. Kurang zat besi, Vitamin A, Vitamin B, Vitamin C, Vitamin D, Vitamin E, Magnesium, kalsium, seng dan kurang serat sering terjadi pada lanjut usia.

F. Asupan Gizi yang Dibutuhkan Lansia

Asupan ialah jumlah zat gizi yang didapatkan dari bahan makanan yang dikonsumsi dan dibutuhkan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun, dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan. Lansia harus tetap memperhatikan asupan gizinya meskipun lansia tidak mengalami perkembangan dan pertumbuhan lagi. Lansia sangat membutuhkan asupan gizi zat yang esensial untuk mengganti sel-sel yang sudah rusak serta menjaga kestabilan daya tahan tubuhnya (Wirakusumah, 2000).

Pada prinsipnya zat gizi dibutuhkan oleh lansia sama, yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, air dan serat dalam jumlah seimbang yang disesuaikan dengan kondisi masing-masing lansia. Konsumsi makanan yang cukup dan seimbang bermanfaat bagi lansia untuk mencegah atau mengurangi kemungkinan penyakit degeneratif serta kemungkinan kurang gizi (Depkes, 2010). (Menurut Adriani & wiratmadi, 2012) pengaturan makan untuk usia lanjut sebagai berikut :

1. Jadwal waktu makan dibuat lebih sering dengan porsi kecil.
2. Banyak minum dan kurangi garam.

3. Membatasi asupan makanan sumber kalori untuk menjaga berat badan tetap dalam batas normal.
4. Memilih jenis makanan yang mengandung serat agar baung air besar menjadi mudah dan teratur.
5. Bagi mereka yang proses penuaannya sudah lebih lanjut perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :
 - a. makanlah makanan yang mudah dicerna.
 - b. hindari makanan yang terlalu manis dan gurih.
 - c. bila ada kesukaan mengunyah, makanan harus lunak/cincang.
 - d. makanan selingan diberikan pada jam 10.00 pagi dan 16.00 sore.

G. Prinsip Kebutuhan Gizi Lansia

Kebutuhan gizi pada lanjut usia pada prinsipnya mengikuti prinsip gizi seimbang. Mengonsumsi makanan yang cukup dan seimbang bermanfaat bagi lanjut usia untuk mencegah atau mengurangi risiko penyakit degeneratif dan kekurangan gizi. Kebutuhan gizi lanjut usia dihitung secara individu (Kemenkes RI, 2012). Pesan gizi seimbang pada lanjut usia (Kemenkes RI, 2012):

1. Makanlah aneka ragam makanan
Makanan ya beraneka ragam adalah makanan yang terdiri dari minimal 4 sumber bahan makanan yaitu bahan makanan pokok, lauk-pauk, sayuran dan buah. Semakin beraneka ragam dan bervariasi jenis makanan yang dikonsumsi, semakin baik. Sayur dan buah sangat baik untuk dikonsumsi (dianjurkan 5 porsi per hari).
2. Makanlah makanan untuk memenuhi kecukupan energi
Karbohidrat perlukan guna memenuhi kebutuhan energi. Bagi lanjut usia, dianjurkan untuk memilih karbohidrat kompleks seperti beras, beras merah, jagung, sagu, ubi jalar, ubi kayu dan umbi-umbian. Karbohidrat yang berasal dari

biji-bijian dan kacang-kacangan utuh berfungsi sebagai sumber energi dan sumber serat. Dianjurkan agar lanjut usia mengurangi konsumsi gula sederhana seperti gula pasir dan sirup.

3. Batasi konsumsi lemak dan minyak

Bagi lanjut usia, mengkonsumsi makanan yang mengandung lemak tinggi tidak dianjurkan, karena akan menambah risiko terjadinya berbagai penyakit degeneratif seperti tekanan darah tinggi, jantung, ginjal, dan lain-lain. Sumber lemak yang baik adalah lemak tidak jenuh yang berasal dari kacang-kacangan, alpukat, minyak jagung, minyak zaitun. Lemak minyak ikan mengandung omega 3, yang dapat menurunkan kolesterol dan mencegah arthritis, sehingga baik dikonsumsi oleh lanjut usia. Lanjut usia sebaiknya mengkonsumsi lemak tidak lebih dari seperempat kebutuhan energi.

4. Makanlah makanan sumber zat besi

Zat besi adalah salah satu unsur penting dalam proses pembentukan sel darah merah. Zat besi secara alamiah diperoleh dari makanan seperti daging, hati dan sayuran hijau. Kekurangan zat besi yang dikonsumsi bila berkelanjutan akan menyebabkan penyakit anemia gizi besi dengan tanda-tanda pucat, lemah, lesu, pusing, dan mata berkunang-kunang. Demikian juga pada lanjut usia, perlu mengkonsumsi makanan sumber zat besi dalam jumlah cukup.

5. Biasakan makan pagi

Makan pagi secara teratur dalam jumlah cukup dapat memelihara ketahanan fisik, mempertahankan daya tahan tubuh dan meningkatkan produktifitas kerja. Lanjut usia sebaiknya membiasakan makan pagi agar selalu sehat dan produktif.

6. Minumlah air bersih dan aman yang cukup jumlahnya
Air minum yang bersih dan aman adalah air yang tidak berbau, tidak berwarna, tidak berasa dan telah dididihkan serta disimpan dalam wadah yang bersih dan tertutup. Air sangat dibutuhkan sebagai media dalam proses metabolisme tubuh. Apabila terjadi kekurangan air minum akan mengakibatkan kesadaran menurun.
7. Lakukan aktivitas fisik dan olahraga secara teratur
Agar dapat mempertahankan kebugaran, lanjut usia harus tetap berolahraga. Aktifitas fisik sangat penting peranannya bagi lansia. Dengan melakukan aktifitas fisik, maka lanjut usia dapat mempertahankan bahkan meningkatkan derajat kesehatannya. Namun, karena keterbatasan fisik yang dimilikinya perlu dilakukan penyesuaian dalam melakukan aktifitas fisik sehari-hari.
8. Tidak minum alkohol dan membaca label makanan
Lansia disarankan untuk tidak minum alkohol karena alkohol bagi lansia dapat meningkatkan risiko demensia atau penyakit Alzheimer menyebabkan perubahan pada jantung dan pembuluh darah. Ketika membeli makanan kemasan diharapkan dapat lebih dahulu membaca label makanan guna mengetahui bahan - bahan apa saja yang terkandung di dalam produk makanan sehingga aman dimakan lansia.

H. Kebutuhan Zat Gizi pada Lansia

Kebutuhan gizi (requirement) adalah jumlah zat gizi minimal yang diperlukan seseorang untuk hidup sehat. Kecukupan gizi adalah jumlah zat gizi yang diperlukan seseorang atau rata-rata kelompok orang, agar hampir semua orang dapat hidup sehat. Zat gizi adalah senyawa dari makanan yang digunakan tubuh untuk fungsi fisiologis normal, hal ini mencakup senyawa yang digunakan langsung untuk produksi

energi yang membantu dalam metabolisme (koenzim), untuk membangun struktur tubuh atau untuk membantu dalam sel tertentu. Angka kecukupan gizi yang dianjurkan adalah banyaknya tiap - tiap zat gizi esensial yang harus dipenuhi dari makanan sehari - hari untuk mencegah defisiensi zat gizi. AKG dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, berat badan, aktifitas fisik dan keadaan fisiologis seperti hamil atau menyusui (Fatmah, 2010). Berikut angka kecukupan gizi pada lansia.

Tabel 14. Angka Kecukupan Gizi Lansia

Kelompok umur	Energi (Kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
Laki - laki				
50 - 64 tahun	2150	65	60	340
65 - 80 tahun	1800	64	50	275
Perempuan				
50 - 64 tahun	1800	60	50	280
65 - 80 tahun	1500	58	45	230

Sumber : AKG (2019)

I. Perhitungan Tingkat Konsumsi

Tingkat konsumsi adalah perbandingan kandungan zat gizi yang dikonsumsi seseorang atau kelompok orang yang dibandingkan dengan angka kecukupan. Konsumsi pangan itu sendiri merupakan informasi tentang jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi seseorang atau sekelompok orang pada waktu tertentu.

Penghitungan asupan gizi seseorang dapat mengacu pada Daftar Kecukupan Gizi (DKG) yaitu daftar yang memuat angka-angka kecukupan gizi rata-rata per orang per hari bagi orang sehat Indonesia. Angka kecukupan gizi adalah taraf konsumsi zat-zat gizi esensial yang berdasarkan pengetahuan ilmiah dinilai cukup untuk memenuhi kecukupan hampir semua orang sehat. (Almatsier 2009).

Penilaian untuk mengetahui tingkat kecukupan zat gizi dilakukan dengan membandingkan antar konsumsi zat gizi aktual (nyata) dengan kecukupan gizi yang dianjurkan. Hasil

perhitungan kemudian dinyatakan dalam persen. Tingkat kecukupan zat gizi dirumuskan sebagai berikut:

Tingkat konsumsi zat gizi = $\frac{\text{konsumsi zat gizi aktual}}{\text{100\% AKG}}$. Klasifikasi tingkat konsumsi dibagi menjadi tiga dengan *cut of points* masing-masing sebagai berikut menurut (WNPG, 2004) :

- a. Kurang (<80%AKG)
- b. Baik (80-110%AKG)
- c. Lebih (>110%AKG)

1. AKG Wanita Lansia

Berdasarkan data AKG dalam Permenkes No.28 Tahun 2019 kebutuhan gizi harian lansia (65-80 tahun) untuk wanita, baik makro, vitamin, maupun mineral adalah:

Tabel 15. AKG Wanita Lansia

Angka Kecukupan Gizi lansia Wanita		
Energi: 1.550 kkal Protein: 58 gram Lemak total: 45 gram Karbohidrat: 230 gram Serat: 22 gram Air: 1.550 ml	Vitamin Vit. A: 600 RE Vit. D: 20 mcg Vit. E: 20 mcg Tiamin (Vit. B1): 1,1 mg Riboflavin (Vit. B2): 1,1 mg Niacin (Vit. B3): 14 mg Vit. K: 55 mcg Vit. C: 75 mg Vit. B5: 5 mg Vit. B6: 1,5 mg Folat: 400 mcg Vit. B12: 4 mcg	Mineral Kalsium: 1.200 mcg Fosfor: 700 mg Magnesium: 320 mg Zat besi: 8 mg Iodium: 150 mcg Seng: 8 mg Kalium: 4.700 mg Natrium: 1.200 mg Tembaga: 900 mcg

Sumber : Permenkes No.28 Tahun 2019

2. AKG Pria Lansia

Berdasarkan data AKG dalam Permenkes No.28 Tahun 2019, kebutuhan gizi harian lansia (65-80 tahun) untuk pria, baik makro, vitamin, maupun mineral adalah:

Tabel 16. AKG Pria lansia

Angka Kecukupan Gizi Lansia Pria		
Energi: 1.800 kkal	Vitamin	Mineral
Protein: 64 gram	Vit A: 650 RE	Kalsium: 1.200 mcg
Lemak total: 50 gram	Vit. D: 20 mcg	Fosfor: 700 mg
Karbohidrat: 275 gram	Vit. E: 15 mcg	Magnesium: 350 mg
Serat: 25 gram	Tiamin (Vit. B1): 1,2 mg	Zat besi: 9 mg
Air: 1.800 ml	Riboflavin (Vit. B2): 1,3 mg	Iodium: 150 mcg
	Niacin (Vit. B3): 16 mg	Seng: 11 mg
	Vit. K: 65 mcg	Kalium: 4.700 mg
	Vit. C: 90 mg	Natrium: 1.100 mg
	Vit. B5: 5 mg	Tembaga: 900 mcg
	Vit. B6: 1,7 mg	
	Folat: 400 mcg	
	Vit. B12: 4 mcg	

Sumber : Permenkes No.28 Tahun 2019

DAFTAR PUSTAKA

- AKG.2019. Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Untuk Masyarakat Indonesia. Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019 Asra dan sumiati.
2007. *Metode Pembelajaran Pendekatan Individual*. Bandung: Rancaekek Kencana.
- Adriani, M., & Wiratmadi, B. 2012. *Peranan Gizi dan Siklus Kehidupan*. Jakarta. Kencana
- Departemen Kesehatan Rakyat Indonesia. 2010. *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta : Depkes.
- Beck, M. 2011. *Ilmu Gizi Dan Diet Hubungannya Dengan Penyakit-Penyakit Untuk Perawat Dan Dokter*. Yayasan Essentia Medica : Yogyakarta.
- Boyle MA and Roth SL, 2010. *Personal Nutrition*, Seventh Edition. Wadsworth Cengage Learning, USA.
- Fatmah., 2010. *Gizi Usia Lanjut*. Jakarta: Erlangga
- Fikawati, S., Syafiq, A., & Veratamala, A. (2017). *Gizi Anak dan Remaja*. Depok: PT. RajaGrafindo Persada.
- Kemenkes RI. 2012. *Panduan Gerakan Nasional Sadar Gizi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Marmi. 2013. *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.
- Potter, Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta : EGC.
- Supariasa. 2001, *Penilaian Status Gizi*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran.
- Tarwoto & Wartonah. (2006), *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Edisi 3. Salemba Medika, Jakarta
- Wirakusumah, E. S., 2000. *Buah dan Sayur untuk Terapi*. Penebar Swadaya, Jakarta.

PROFIL PENULIS



M. Khalid Fredy Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep adalah penulis buku ilmu dasar keperawatan anak. Penulis merupakan anak dari Drs. H Mudarni, M.Pd.I dan Hj. Erna Wati, S.Pd sebagai anak ke- dua dari tiga bersaudara, Kakak penulis bernama M.Eko Arif Saputra, S.Pd dan adik bernama Apt. Rizka Amalia Putri, S.Farm. Penulis menempuh pendidikan di SDN 1 Pasar Krui, melanjutkan pendidikan di MTs NU Krui, MAN 1 Pesisir Barat kemudian melanjutkan kuliah di perguruan tinggi dengan jurusan S1 Keperawatan (S.Kep) dan Profesi Ners (Ns) di Universitas Mitra Indonesia, setelah itu melanjutkan kuliah lagi di jenjang S2 dengan jurusan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Penulis aktif di dunia organisasi saat menjadi pelajar dan di bangku perkuliahan, pernah menjabat sebagai Presiden BEM di Universitas Mitra Indonesia, aktif di HMI (Himpunan mahasiswa Islam), LDK (Lembaga dakwah kampus), UKM Seni dan Olahraga, Pramuka, PPI Pesisir Barat dan kerap di undang menjadi narasumber di berbagai kegiatan seminar.

Penulis adalah Owner serta Direktur Utama di CV. Sahabat Cerdas Indonesia, sebagai praktisi keperawatan dan menjadi dosen keperawatan perguruan tinggi di provinsi Lampung, Penulis juga sering mengikuti berbagai kegiatan pelatihan sertifikasi dan mendapatkan berbagai gelar non akademik seperti CP.NNLP, CH., CHt., CBWCN., C.PI., C.PS., C.MPI dan lain sebagainya.

Akhir kata penulis mengucapkan rasa syukur yang sebesar – besarnya atas selesainya buku ini dan semoga memberikan manfaat yang besar bagi para pembacanya, Aamiin.

BAB 10

ASPEK PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL PADA LANSIA

Nadya Puspita Adriana, S.Psi., M.Psi
Universitas Kusuma Husada Surakarta

A. Psikososial

Proses menua merupakan proses alamiah yang disertai dengan kemunduran kondisi fisik, psikis dan sosial yang saling berinteraksi. Kondisi ini cenderung berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan pada umumnya dan kesehatan jiwa pada khususnya pada lanjut usia. Masalah kesehatan jiwa lansia juga termasuk dalam masalah kesehatan yang dibahas pada pasien geriatri dan psikiatri, yang merupakan bagian dari gerontologi, yaitu ilmu yang mempelajari semua aspek dan masalah lansia, meliputi fisiologis, psikologis, sosial, budaya, ekonomi dan aspek lainnya. (Depkes.RI, 2021)

Geriatric adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari masalah kesehatan pada lanjut usia yang berkaitan dengan promosi, pencegahan, penyembuhan dan rehabilitasi serta aspek psikososial kehidupan lanjut usia. Sedangkan psikologi adalah cabang ilmu kedokteran psikiatri yang mempelajari masalah kesehatan jiwa pada lansia dengan memperhatikan aspek dorongan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan serta psikososial yang menyertai kehidupan lansia.

Beberapa karakteristik yang dapat diklasifikasikan sebagai pasien geriatri dan psikiatri, yaitu: Keterbatasan fungsi tubuh terkait usia Terdapat akumulasi penyakit degeneratif Orang lanjut usia psikososial dinyatakan dalam krisis jika:

1. Ketergantungan pada orang lain (kebutuhan nyata akan jasa orang lain),
2. Pengisolasian atau penarikan diri dari kegiatan masyarakat karena berbagai alasan, antara lain setelah pensiun, setelah sakit yang agak parah dan berkepanjangan, setelah kematian pasangan dan lain-lain.

Lanjut usia mengalami berbagai permasalahan psikologis yang perlu diperhatikan oleh perawat, keluarga maupun petugas kesehatan lainnya. Penanganan masalah secara dini akan membantu lanjut usia dalam melakukan strategi pemecahan masalah tersebut dan dalam beradaptasi untuk kegiatan sehari-hari.

1. Masalah Psikososial Pada Lansia

Hal-hal yang dapat mengganggu keseimbangan (homeostasis) menyebabkan penurunan/perburukan bertahap pada lansia, terutama aspek psikologis mendadak seperti kebingungan, panik, depresi, cemas, dll. Ini sering berasal dari adanya stresor psikososial yang paling serius, seperti kematian pasangan, kematian kerabat dekat, harus berurusan dengan lembaga penegak hukum, atau trauma psikologis.

Ada beberapa faktor yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan jiwa lansia. Faktor-faktor tersebut hendaklah disikapi secara bijak sehingga para lansia dapat menikmati hari tua mereka dengan bahagia. Adapun beberapa faktor yang dihadapi para lansia yang sangat mempengaruhi kesehatan jiwa mereka adalah sebagai berikut:

1. Penurunan Kondisi Fisik
2. Penurunan Fungsi dan Potensi Seksual
3. Perubahan Aspek Psikososial
4. Perubahan yang Berkaitan Dengan Pekerjaan
5. Perubahan Dalam Peran Sosial di Masyarakat
6. Penurunan Kondisi Fisik

Begitu orang memasuki usia tua, mereka sering mulai mengalami banyak penyakit fisik, seperti energi yang berkurang, energi yang lebih rendah, kulit yang lebih keriput, lebih banyak gigi yang rontok, tulang yang lebih rapuh, dll. Pada umumnya kondisi fisik seseorang saat memasuki usia tua sudah banyak mengalami penurunan. Semua ini dapat menyebabkan disfungsi atau kelainan fisik, psikologis atau sosial, yang pada gilirannya dapat menyebabkan keadaan ketergantungan pada orang lain.

Dalam kehidupan lanjut usia, untuk mempertahankan keadaan yang sehat perlu adanya keselarasan antara kebutuhan fisik dengan kondisi psikologis dan sosial, sehingga tidak dapat dipungkiri perlu dilakukan upaya-upaya untuk mengurangi stres aktivitas fisik. Lansia harus mengatur dengan baik gaya hidup seperti makan, tidur, istirahat dan bekerja secara seimbang.

Faktor psikologis yang berhubungan dengan lanjut usia antara lain:

1. Perasaan tabu atau malu untuk mempertahankan kehidupan seks pada lansia
2. Sikap keluarga dan masyarakat yang kurang menyatu dan diperkuat oleh tradisi dan budaya
3. Kelelahan atau kebosanan karena kurang variasi
4. Pasangan telah meninggal

Disfungsi seksual karena perubahan hormonal atau masalah kesehatan jiwa lainnya misalnya cemas, depresi, pikun dsb.

2. Perubahan Aspek Psikososial

Pada umumnya, begitu seseorang memasuki usia tua, mereka akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikologis. Fungsi kognitif meliputi belajar, mempersepsi, mempersepsikan, memperhatikan dan proses lain yang memperlambat respon dan perilaku lansia. Sedangkan fungsi psikomotorik (konatif) meliputi faktor yang berhubungan

dengan impuls seperti gerakan, tindakan, koordinasi, membuat lansia kurang lincah.

Dengan menurunnya kedua fungsi tersebut maka lansia juga mengalami perubahan psikososial terkait dengan keadaan kepribadian lansia. Beberapa perubahan tersebut dapat dibedakan berdasarkan lima tipe kepribadian lansia berikut ini:

1. Tipe kepribadian konstruktif (*constructive personality*), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami kegelisahan, ketenangan dan stabilitas sampai usia yang sangat tua.
2. Tipe kepribadian mandiri (*Independent personality*), dimana terdapat kecenderungan untuk mengalami *post power syndrome*, apalagi jika pada usia lanjut tidak diisi dengan kegiatan yang akan memberikan otonomi.
3. Tipe Kepribadian Bermusuhan (*Hostility personality*), Tipe ini sering sangat dipengaruhi oleh kehidupan keluarga, jika kehidupan keluarga masih harmonis, tidak akan ada gangguan di hari tua, tetapi jika pasangan meninggal, pasangan yang ditinggalkan akan sangat tertekan, terutama yang tidak segera pulih dari kesedihan.
4. Tipe Kepribadian Kritik Diri (*Self Hate personalitiy*), Pada orang tua, tipe ini sering terlihat tertekan, karena perilakunya sulit membantu orang lain atau cenderung menyulitkan dirinya sendiri.

3. Gangguan Psikososial

Gangguan psikososial merupakan penyebab angka bunuh diri yang signifikan, terutama di kalangan orang tua. Depresi sering menyebabkan bunuh diri. Penyakit Alzheimer meningkat seiring bertambahnya usia. Penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan jarang terjadi pada lansia, namun tetap perlu diperhatikan. Depresi dan penyalahgunaan obat dan alkohol dapat hidup berdampingan dengan satu atau lebih gangguan kecemasan. Situasi ini akan dibahas dalam sub-bab berikut:

1. Gangguan Ansietas

Ansietas merupakan emosi normal manusia yang setiap orang alami pada satu waktu atau yang lain. Bagi individu lansia, kecemasan normal berhubungan dengan usia adalah masalah keuangan, masalah kesehatan, dan kurangnya interaksi sosial karena kehilangan teman-teman akibat kematian dan relokasi, tapi hal ini tidak berarti bahwa individu memiliki gangguan kecemasan.

Gangguan kecemasan merupakan penyakit mental yang menyebabkan orang merasa takut berlebihan, tertekan, dan gelisah pada situasi dimana kebanyakan orang lain tidak merasakannya (national alliance on mental illness/NAMI, 2012).

Gangguan kecemasan adalah masalah yang sangat nyata di kalangan lansia. Beberapa lansia dengan gangguan kecemasan mungkin memiliki masalah kecemasan untuk waktu yang lama, sedangkan yang lain mungkin mengalami masalah tersebut hanya suatu waktu saja. Penelitian menunjukkan bahwa pada lansia, gangguan lansia terjadi dimana saja dan dua hingga tujuh kali lebih sering daripada masalah depresi. Ada kemungkinan bahwa depresi dan penyalahgunaan obat-obatan atau alkohol dapat berdampak dengan satu atau lebih gangguan kecemasan. Gangguan kecemasan yang paling umum adalah fobia sosial, dan agoraphobia adalah gangguan kecemasan yang paling umum terjadi pada lansia (NIHseniorhealth.gov,2012)

Fobia sosial melibatkan kecemasan berlebih mengenai aktivitas sehari-hari, lansia umumnya merasa takut jika melakukan tindakan yang memalukan sehingga mereka biasanya tidak bersosialisasi dengan lingkungan. Agrofobia adalah takut meninggalkan rumah yang familiar, sehingga biasanya pada saat lansia mereka agak bingung ketika diajak

ketempat yang jauh dan baru dan ingin segera Kembali kerumah.

Gejala kecemasan bisa dicegah dengan diet sehat, olahraga teratur, bersosialisasi dan berkomunikasi dengan keluarga, adanya perhatian dari keluarga tentunya dapat mencegah dan mengurangi kecemasan pada lansia.

2. Depresi

Depresi adalah masalah umum yang dialami oleh lansia, namun bukan bagian dari proses normal penuaan. Hal ini dapat terabaikan pada beberapa lansia karena kesedihan tidak menjadi gejala utama atau mereka mungkin tidak bersedia berbicara tentang perasaannya.

Resiko depresi lansia meningkat ketika mereka mengalami penyakit lain dan ketika kemampuan dalam berfungsi menjadi terbatas. Perkiraan depresi mayor pada lansia yang tinggal di masyarakat sekitar kurang dari 1% sampai 5% namun meningkat hingga 13,5%, berdasarkan hasil tersebut depresi pada lansia adalah gangguan mental yang dialami individu usia 60 tahun ke atas seperti perasaan sedih, adaya kecemasan, sulit tidur dan tidak memiliki harapan.

Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi di dalam kehidupan seseorang yang ditandai dengan gangguan emosi, motivasi, fungsional gerakan tingkah laku, dan kognitif. Seseorang yang mengalami depresi cenderung tidak memiliki harapan atau perasaan patah atau ketidakberdayaan yang berlebihan (Pieter, Janiwati, dan Saragih, 2011).

Kesimpulannya depresi pada lansia adalah gangguan mental yang dialami individu usia 60 tahun ke atas seperti perasaan sedih, adaya kecemasan, sulit tidur dan tidak memiliki harapan.

Beck (dalam Lubis, 2009: 25) membuat kategori simtom atau gejala depresi menjadi empat yaitu:

- a. **Simtom- simtom Emosional** Adalah perubahan perasaan atau tingkat laku yang merupakan akibat langsung dari keadaan emosi. Dalam penelitiannya, Beck menyebutkan sebagai manifestasi emosional yang meliputi penurunan mood, pandangan negatif terhadap diri sendiri, tidak lagi merasakan kepuasan, menangis, hilangnya respon yang menggembarakan.
- b. **Simtom-simtom Kognitif** Beck menyebut manifestasi kognitif antara lain, yakni penilaian diri yang rendah, harapan-harapan yang negatif, menyalahkan serta mengkritik diri sendiri, tidak dapat membuat keputusan, distorsi "body image".
- c. **Simtom-simtom Motivasional** Dorongan-dorongan dan impuls-impuls yang menonjol dalam depresi mengalami regresi, terutama aktivitas-aktivitas yang menuntut tanggung jawab atau inisiatif serta energi yang besar. Penderita depresi memiliki masalah besar dalam memobilisasi dirinya untuk menjalankan aktivitas-aktivitas yang paling dasar seperti makan, minum, dan buang air. Keinginan untuk menyimpang dari pola hidup sehari-hari, keinginan bunuh diri, dan peningkatan dependensi.
- d. **Simtom-simtom Fisik** Menurut Beck di antara simtom fisik tersebut adalah kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, mudah lelah dan kehilangan libido.

Menurut Santoso dan Ismail (2009:100) tanda dan gejala depresi, gangguan fisik dan gangguan psikologis. Keluhan fisik meliputi perubahan nafsu makan, kehilangan nafsu makan, dan penurunan berat badan. Namun, terkadang ada orang yang ngemil untuk menambah berat badan. Pada umumnya lansia sering mengeluh saat tidur, begadang, terbangun di tengah malam, dan sulit untuk kembali tidur.

Di sisi lain, ada orang yang tidur sepanjang waktu dan tidak menginginkan apa pun. Ada juga orang yang mengeluh sakit kepala, sakit punggung, sakit punggung bawah dan sakit persisten secara keseluruhan. Merasakan gangguan pada perut, rasa tidak nyaman. Adalah umum bagi orang tua untuk mengeluh bahwa mereka merasa lelah dan lesu, kekurangan energi atau kehilangan kekuatan. Keluhan fisik ini seringkali tidak dapat dibuktikan terkait dengan fungsi organ yang tidak normal.

Gangguan kejiwaan yang diamati meliputi: suasana hati yang tersisa kebosanan terus-menerus, kesedihan, frustrasi, kegelisahan, kegelisahan, ketakutan, ketidakstabilan emosional, kemudahan marah, mudah tersinggung, kesepian, tidak berguna, tidak berdaya, perasaan hampa, rasa bersalah yang berlebihan, dan terkadang pikiran atau kecenderungan untuk bunuh diri.

B. Spiritualitas

Seiring bertambahnya usia dan menghadapi tantangan hidup, seperti kehilangan orang yang dicintai, penurunan kesehatan fisik, dan sadar bahwa akhir hidup mungkin sudah dekat, spiritualitas adalah hal yang paling penting (Touhy dan Jett, 2012). Spiritualitas melibatkan “menemukan makna inti dalam kehidupan, menanggapi makna dan berhubungan dengan Tuhan” (Manning, 2013).

Spiritualitas merupakan konsep yang lebih luas daripada agama meliputi nilai-nilai seorang dengan keyakinan, pencarian makna, hubungan dengan kekuatan yang lebih tinggi, alam dan orang lain. Hal ini termasuk agama yang di definisikan sebagai institusi sosial yang menyatukan orang-orang dalam iman kepada Tuhan, kekuatan yang lebih tinggi dan ritual umum dan tindakan memuja.

Menurut Hodge, Bonifas, dan Chou (2010) sebagian besar lansia menggambarkan diri mereka sebagai spiritual dan religious.

Penelitian menyarankan bahwa spiritualitas penting bagi banyak lansia dan memiliki manfaat kesehatan. Memenuhi kebutuhan dan masalah spiritual klien adalah bagian dari pemberian asuhan keperawatan yang holistik. Jika perawat nyama dengan spiritualitas mereka sendiri, mereka akan lebih memperhatikan kebutuhan spiritual klien mereka. Isyarat yang terlihat, seperti memakai sebuah artikel agama atau adanya simbol-simbol Alkitab agama, Alquran, rosario, doa atau buku-buku inspirasi dapat memberikan wawasan yang berguna dan sarana untuk membuka diskusi tentang kebutuhan rohani (Eliopoulos 2014).

Intervensi keperawatan yang dapat membantu memenuhi kebutuhan spiritual meliputi, kehadiran perawat, mendengarkan aktif, sentuhan kepedulian, menceritakan dan mendengarkan kenangan, mengeksplorasi makna hidup, doa, harapan, menunjukkan sikap tidak menghakimi, memfasilitasi praktik keagamaan, dan merujuk ke ahli spiritual (Eliopoulos, 2014).

1. Kebutuhan Spiritualitas

Kebutuhan rohani adalah kebutuhan akan mempertahankan atau memulihkan kepercayaan dan melengkapi kewajiban agama, serta kebutuhan akan pengampunan atau pengampunan, cinta, dan hubungan kepercayaan dengan Tuhan. Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mencari tujuan hidup, kebutuhan untuk dicintai dan mencintai, dan memberikan maaf (Watson, 2003).

Menurut Hawari, 2002 Terdapat 10 butir kebutuhan dasar spiritual manusia, yaitu:

1. Kebutuhan akan kepercayaan dasar (basic trust), kebutuhan ini secara terus-menerus diulang untuk membangkitkan kesadaran bahwa hidup ini adalah ibadah.
2. Kebutuhan akan makna dan tujuan hidup, merupakan kebutuhan untuk menemukan makna hidup dalam membangun hubungan yang selaras dengan Tuhan (vertikal) dan sesama manusia (horizontal) serta alam sekitarnya.
3. Kebutuhan akan komitmen peribadatan dan hubungannya dengan keseharian,
4. Kebutuhan akan pengisian keimanan, yaitu hubungan dengan Tuhan secara teratur yang memiliki tujuan agar keimanannya tidak melemah.
5. Kebutuhan untuk bebas dari rasa bersalah dan dosa.
6. Kebutuhan akan penerimaan diri dan harga diri (self acceptance dan self esteem), merupakan kebutuhan setiap orang yang ingin dihargai, diterima, dan diakui oleh lingkungannya.
7. Kebutuhan akan rasa aman, terjamin dan selamat terhadap harapan di masa depan.
8. Kebutuhan akan dicapainya derajat dan martabat yang lebih tinggi.
9. Kebutuhan akan terpeliharanya interaksi dengan alam dan sesama manusia.

Kebutuhan akan kehidupan bermasyarakat yang penuh dengan nilai-nilai religius. Komunitas atau kelompok agama diperlukan oleh seseorang agar dapat meningkatkan iman orang tersebut.

2. Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Spiritualitas

Menurut Taylor dan Craven & Hirnle, faktor-faktor yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang diantaranya: Tahap perkembangan, Peran Keluarga, latar belakang etnik dan

budaya, pengalaman hidup sebelumnya, krisis dan perubahan, terpisah dari ikatan spiritual, isu moral terkait dengan terapi.

3. Kebutuhan Spiritualitas pada Lansia

Perkembangan spiritual yang matang akan membantu lansia menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan dan mendefinisikan makna dan tujuannya di dunia. Yakin dan rasa harga diri bisa membuat lansia merasakan kehidupan yang terarah, ini bisa dilihat melalui harapan, serta kemampuan untuk mengembangkan hubungan manusia sisi positif (Dewi, 2014).

Kebutuhan spiritual pada hari tua adalah kebutuhan untuk merasa nyaman, untuk dipertahankan fungsi tubuh dan membantu mengatasi kematian dengan tenang dan damai. Ruang lingkup perawatannya bersifat preventif dan baik hati. Pencegahan adalah upaya yang dilakukan oleh tingkatan dan pelajari. Peduli adalah sebuah usaha melakukan kegiatan mental untuk orang tua untuk belajar dari satu sama lain menerima situasi dan memberikan dukungan, semangat otoritas menerima kematian. kebutuhan keperawatan Geriatri adalah tentang mencapai kesehatan yang optimal, menjaga kesehatan, menerima kondisinya dan menghadapi kematian.

Dyson dalam Young (2007) menjelaskan ada beberapa faktor yang berhubungan dengan spiritualitas, yaitu:

1. Diri Sendiri
 - a. Kepercayaan (Faith). Kepercayaan dapat memberikan arti hidup dan kekuatan bagi individu ketika mengalami kesulitan atau stress. Mempunyai kepercayaan berarti mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau seseorang sehingga dapat memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas.
 - b. Harapan (Hope). Harapan sangat penting bagi individu untuk mempertahankan hidup, tanpa harapan banyak

orang menjadi depresi dan lebih cenderung terkena penyakit.

- c. Makna atau arti dalam hidup (Meaning of live). Puchalsky mengungkapkan, perasaan terkadang mengetahui arti hidup mengidentifikasi dengan perasaan kedekatan dengan Tuhan, perasaan hidup sebagai pengalaman positif seperti berbicara tentang situasi nyata, membuat hidup lebih tekad, harapan di masa depan, cinta dan dicintai oleh orang lain. (Astaria, 2010)

2. Sesama

Hubungan seseorang dengan sesama, sama pentingnya dengan diri sendiri, salah satu bentuknya adalah menjadi anggota masyarakat dan diakui sebagai bagian intinya (Young, 2007). Hubungan dengan orang lain lahir dari kebutuhan akan keadilan dan kebaikan, menghargai kelemahan dan kepekaan orang lain, rasa takut akan kesepian, keinginan dihargai dan diperhatikan, dan lain sebagainya. Dengan demikian apabila seseorang mengalami kekurangan ataupun mengalami stres, maka orang lain dapat memberi bantuan psikologis dan sosial. (Astaria, 2010)

- a. Maaf dan Pengampunan (forgiveness). Dengan pengampunan, seorang individu dapat meningkatkan koping terhadap stres, cemas, depresi dan tekanan emosional, penyakit fisik serta meningkatkan perilaku sehat dan perasaan damai.
- b. Cinta kasih dan dukungan sosial (Love and social support). Keinginan untuk menjalin dan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta kasih. Teman dan keluarga dekat dapat memberikan bantuan dan dukungan emosional untuk melawan banyak penyakit

3. Tuhan

Pengetahuan tentang Tuhan dan hubungan antara manusia dan Tuhan, Tuhan dipahami dalam arti kehidupan beragama. Hari ini telah dikembangkan lebih luas dan tanpa batasan. Tuhan dipahami sebagai kekuatan pemersatu, prinsip hidup atau Hakikat Hidup Hubungan dengan Tuhan Meliputi Agama dan tidak beragama. Situasi ini tentang doa dan doa, terlibat dalam kegiatan keagamaan, peralatan keagamaan, dan menyatu dengan alam.

4. Lingkungan

- a. Rekreasi (Joy). Hiburan adalah kebutuhan spiritual orang yang memupuk iman, rahmat, syukur cinta, harapan dan cinta. Puchalski menambahkan, Dengan hiburan, kita bisa menyelaraskan fisik dan semangat sehingga timbul perasaan senang dan kepuasan menyelesaikan tugas yang dianggap penting dalam kehidupan seperti menonton TV, mendengarkan musik, berolahraga dan lain-lain (Potter, 2009).
- b. Kedamaian (Peace). Kedamaian merupakan keadilan, rasa kasihan dan kesatuan. Hamid menambahkan, dengan kedamaian seseorang akan merasa lebih tenang dan dapat meningkatkan status kesehatan

Spiritualitas yang matang akan membimbing seseorang yang mampu menempatkan diri di tempat yang tepat dan lakukan hal yang benar harus dilakukan, serta dapat menemukan hal-hal yang khususnya. (Aman, 2013).

DAFTAR PUSTAKA

- Aman S. (2013) *Tren Spiritualitas Milenium Ketiga*. Tangerang: Ruhama.
- Astaria SR.(2010) Pemenuhan Kebutuhan Spiritual pada Lanjut Usia di Kelurahan Tanjung Gusta Kecamatan Medan Helvetia. Universitas Sumatera Utara.
- Dewi SR. (2014) *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Ed. 1 Cet. Yogyakarta: Deepublish.
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological Nursing*. Ed 8. Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia.
- Hawari D. (2002) *Dimensi Religi Dalam Praktek Psikiatri Dan Psikologi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Manning, L.K. (2013). Navigating hardships in old age; Exploring the relationship between spirituality and resilience in later life. *Qualitative health research*. 23 (4) 568-575.
- Potter PA, G. PA. (2009) *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7 Bu. Federica ABO dr. A, editor. Singapore: Elseiver.
- Touhy, T & Jett, K. (2012). *Ebersole & Hess toward helathy aging; Human needs & nursing response*. Elsevier; St. Louis.
- Watson R. (2003) *Perawatan Pada Lansia*. Jakarta: EGC.
- Young, Koopsen.(2007).*Spritualitas, Kesehatan dan Penyembuhan*. Medan: Bina Media Perintis.

PROFIL PENULIS



Nadya Puspita Adriana, S.Psi., M.Psi.

Tertarik di bidang Psikologi khususnya klinis (kesehatan). Ketertarikannya berkembang ke ranah remaja, keluarga dan perkawinan ketika menjadi dosen dan konselor keluarga dan remaja.

Tahun 2010 mengambil kuliah di jurusan S-1 Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta dan lulus pada tahun 2014. Melanjutkan studi S-2 nya Magister Psikologi klinis pada tahun 2015 di Universitas Muhammadiyah Surakarta dan lulus pada tahun 2019.

Setelah lulus pada tahun 2019 pada tahun yang sama bekerja sebagai dosen lepas di Stikes Kusuma Husada Surakarta dan pada tahun 2020, bekerja sebagai dosen tetap di Universitas Kusuma Husada Surakarta. Lalu di tahun 2021 dikontrak sebagai Konsultan Keluarga dan perkawinan di Paroki Santo Aloysious. Pada tahun 2022 Menjadi seorang Konsultan Remaja se Paroki Surakarta. Saat ini Penulis sedang melanjutkan program Doktorat di Universitas Sebelas Maret Program Penyuluhan dan Pengembangan/Pemberdayaan Masyarakat dengan peminatan Promosi Kesehatan

Email Penulis : nadyadriana91@gmail.com.

BAB 11

KONSEP INSOMNIA DAN PELAKSANAAN LANSIA PADA PENDERITA INSOMNIA

**Martini Listrikawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Universitas Kusuma Husada**

A. Konsep Insomnia pada Lansia

Pertumbuhan populasi usia lanjut saat ini terdapat 727 juta orang yang berusia 65 tahun atau lebih pada tahun 2020 (UN, 2020). Jumlah tersebut diproyeksikan akan berlipat ganda menjadi 1,5 miliar pada tahun 2050. Selama lima puluh tahun terakhir, persentase penduduk lanjut usia di Indonesia meningkat dari 4,5 persen pada tahun 1971 menjadi sekitar 10,7 persen pada tahun 2020. Angka tersebut diproyeksi akan terus mengalami peningkatan hingga mencapai 19,9 persen pada tahun 2045. Pada tahun 2021, hampir separuh lansia di Indonesia memiliki keluhan kesehatan, baik fisik maupun psikis (43,22 persen). Lansia yang tinggal di perkotaan cenderung lebih banyak memiliki keluhan kesehatan (45,47 persen) dibandingkan lansia di perdesaan (40,61 persen) (BPS, 2020).

Proses kehidupan manusia bermula dari bayi, balita, anak, remaja, dewasa dan berakhir pada usia lansia. Kondisi secara fisiologis lansia lambat laun mengalami penurunan fungsi. Proses perubahan fungsi tubuh pada lansia memberikan dampak yang besar terhadap lansia salah satunya perubahan pola tidur dan istirahat. Berbagai tanda dan gejala terkait dengan perubahan fisiologi dalam tubuh lansia berkumpul

menjadi suatu syndrome pada lansia. Salah satu syndrom yang dirasakan oleh lansia adalah insomnia.

Insomnia berasal dari bahasa Latin, yaitu “in-“ = tidak atau tanpa dan “somnus” = tidur. Insomnia adalah masalah tidur yang umum dan ditandai dengan kesulitan dalam memulai atau mempertahankan tidur atau ketika tidur tidak memperoleh kesegaran atau berkualitas buruk (Rodin cit Seow, 2018). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) insomnia adalah suatu kesulitan dalam memulai tidur, mempertahankan tidur, atau tidur yang tidak menyegarkan selama 1 bulan atau lebih dimana keadaan sulit tidur ini harus menyebabkan gangguan klinis yang signifikan. Insomnia secara luas didefinisikan sebagai ketidakpuasan dengan tidur ada secara kualitatif atau kuantitatif. Ini biasanya dikaitkan dengan satu atau lebih dari berikut ini: (1) kesulitan memulai tidur, (2) kesulitan mempertahankan tidur, ditandai dengan sering terbangun atau masalah kembali tidur setelah bangun, dan (3) bangun pagi-pagi dengan ketidakmampuan untuk kembali tidur.

Perubahan fisiologis lansia menyebabkan perubahan dalam kualitas dan kuantitas pola tidur dan aktivitasnya. Menurut Asmadi Secara fisiologis, jika seseorang tidak mendapatkan tidur yang cukup untuk mempertahankan kesehatan tubuh dapat terjadi efek-efek seperti pelupa, konfusi dan disorientasi (Asmadi, 2013).

B. Perubahan Tidur pada Lansia

Perubahan pola tidur pada perubahan usia terjadi pada *sleep architecture* bahwa tidur normal terdiri dari 5 tahap yaitu tahap 1 sampai 4 adalah Non-Rapid Eye Movement (NREM) dan tahap yang terakhir adalah Rapid Eye Movement (REM). Tahap 1 dan 2 disebut tidur ringan sedangkan tahap 3 dan 4 disebut tidur dalam/slow wave sleep /delta sleep dari tahap 1-4 akan terjadi peningkatan kedalaman tidur. REM memiliki perbedaan

dengan NREM karena pada REM terdapat peningkatan aktivitas simpatetik, pergerakan mata yang cepat, bermimpi dan peningkatan kedalaman serta frekuensi nafas. Tidur normal diawali dengan tidur NREM dilanjutkan dengan tidur REM. Siklus NREM dan REM berulang secara periodik setiap 90-120 menit. Perubahan umur menyebabkan terjadinya perubahan dalam tahapan tidur. Pada usia lanjut terjadi penurunan tidur tahap 3, tahap 4, tahap REM dan REM laten tetapi mengalami peningkatan tidur tahap 1 dan 2. Perubahan ini menimbulkan beberapa efek yaitu kesulitan untuk mengawali tidur, menurunnya waktu tidur total, *sleep efficiency* dan bangun terlalu dini. (Suzuki, Miyamoto, Hirata, 2017).

C. Faktor Penyebab Insomnia

Model ini mengidentifikasi predisposisi, presipitasi, dan perpetuating faktor makan yang bergabung untuk meningkatkan kemungkinan insomnia di atas ambang insomnia. Menurut Dhaval Patel, MD; Joel Steinberg, MD; Pragnesh Patel, MD 2018) faktor yang menyebabkan insomnia sebagai berikut:

1. Predisposisi

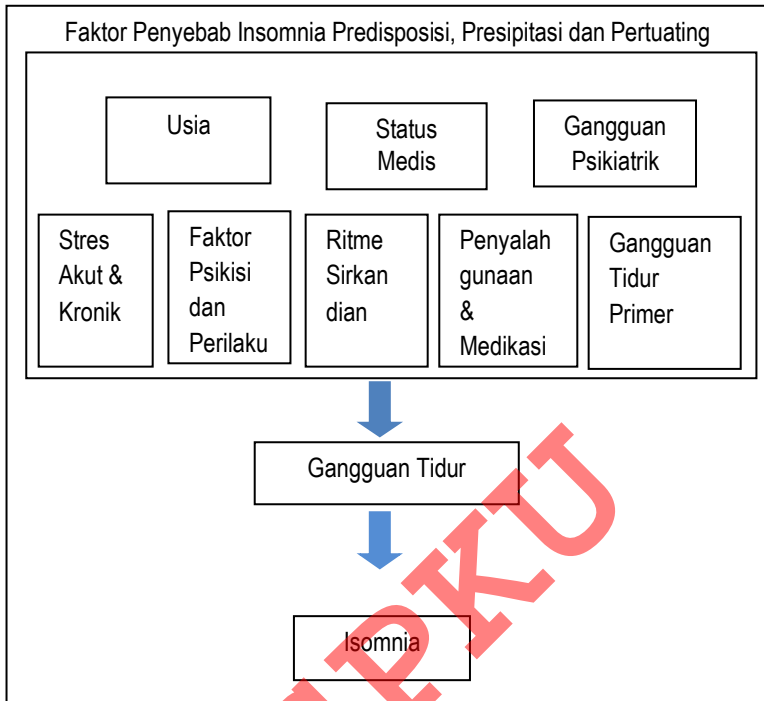
Faktor Predisposisi Ini termasuk demografi, biologis, psikologis, dan sosial karakteristik. Wanita yang lebih tua dari 45 tahun kali lebih banyak cenderung mengalami insomnia dibandingkan laki-laki. Mereka yang bercerai, berpisah, atau janda juga lebih mungkin mengalami insomnia daripada menikah individu. Tingkat pendidikan atau pendapatan yang lebih rendah dapat berkontribusi menyebabkan insomnia dalam beberapa kasus. Merokok, penggunaan alkohol, dan aktivitas fisik yang dihasilkan adalah faktor lain yang terkait dengan tingkat insomnia pada orang dewasa yang lebih tua.

2. Presipitasi

Faktor-faktor ini umumnya termasuk peristiwa kehidupan yang penuh tekanan atau masalah medis kondisi yang dapat mengganggu tidur. Orang dewasa yang lebih tua dengan pernapasan gejala tory, cacat fisik, dan persepsi adil hingga buruk kesehatan berada pada peningkatan risiko insomnia. Obat-obatan seperti: beta blocker, glukokortikoid, antiinflamasi nonsteroid, obat-obatan, dekongestan, dan antiandrogen mungkin menjadi salah satu faktor penyebab insomnia. Beberapa penelitian telah mendemonstrasikan menyatakan bahwa pasien dengan depresi dan kecemasan umum gangguan memiliki tingkat insomnia yang lebih tinggi.

3. Pertuating

Faktor-faktor ini sering terdiri dari perilaku atau kognitif perubahan yang timbul akibat insomnia akut. Sebuah episode insomnia belum tentu berkembang menjadi kronis insomnia tanpa perilaku dan kognitif yang memprovokasi ini contohnya termasuk menghabiskan waktu berlebihan di tempat tidur, sering tidur siang, dan pengkondisian (peningkatan kecemasan sebelum onset tidur).



Gambar 7. Skema Faktor Penyebab Insomnia

D. Klasifikasi Insomnia

Menurut klasifikasi dari World Health Organization (WHO) pada tahun 1990, insomnia masuk dalam golongan Disorder of Initiating and Maintaining Sleep (DIMS), yang dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu insomnia primer dan sekunder (Chun & Lee 2018).

1. Insomnia Primer

Insomnia primer, adalah gangguan tidur yang tidak diketahui penyebabnya sehingga terjadi susah dalam pengobatan karena tidak diketahui secara pasti apa yang menyebabkan susah tidur, hal seperti ini membuat penderita merasa cemas dan mengalami depresi sehingga menimbulkan stress yang berkepanjangan yang

berakibatkan semakin parah dalam menghadapi insomnia. Insomnia primer ini sering menyebabkan terjadinya komplikasi kecemasan dan depresi, yang justru dapat menyebabkan semakin parahnya gangguan sulit tidur tersebut. Adapaun sebagian penderita lain merupakan pecandu alkohol atau obat-obatan terlarang (narkotik) kelompok ini membutuhkan penanganan extra. (Chun & Lee, 2018)

2. Insomnia Sekunder

Insomnia sekunder merupakan gangguan sulit tidur yang penyebabnya dapat diketahui secara pasti. Gangguan tersebut dapat berupa faktor gangguan sakit fisik, ataupun gangguan kejiwaan (Psikis). Pengobatan insomnia sekunder relatif lebih mudah dilakukan terutama dengan menghilangkan penyebab utamanya terlebih dahulu insomnia sekunder dapat dibedakan sebagai berikut :

a. Insomnia Sementara (Transient Insomnia)

Insomnia sementara terjadi pada seseorang yang termasuk dalam golongan dapat tidur normal, namun karena adanya stres atau ketegangan 20 sementara (misalnya karena adanya kebisingan atau pindah tempat tidur), menjadi sulit tidur. Pada keadaan ini, obat hipnotik, dapat digunakan ataupun tidak (tergantung pada kemampuan adaptasi penderita terhadap lingkungan penyebab stres atau ketegangan tersebut) (Chun & Lee, 2018)

b. Insomnia Jangka Pendek (Short Term Insomnia)

Insomnia jangka pendek merupakan gangguan tidur yang terjadi pada penderita sakit fisik (misalnya batuk, rematik, dan lain sebagainya), atau mendapat stres situasional (misalnya kehilangan atau kematian orang dekat, pindah pekerjaan, dan lain sebagainya). Biasanya gangguan sulit tidur ini akan dapat sembuh beberapa saat setelah terjadi adaptasi, pengobatan, ataupun

perbaikan suasana tidur. Dalam kondisi ini, pemakaian obat hipnotik dianjurkan dengan pemberian tidak melebihi 3 minggu (paling baik diberikan selama 1 minggu saja). Pemakaian obat secara berselang-seling (intermittent), akan lebih aman, karena dapat menghindari terjadinya efek sedasi yang timbul berkaitan dengan akumulasi obat.

- c. Insomnia Kronis (Jangka Panjang), yaitu kesulitan tidur yang berlangsung lebih dari sebulan (Chun & Lee, 2018)

E. Manifestasi Klinis Insomnia

Manifestasi klinis Insomnia pada lansia menurut International Classification of Sleep Disorders edisi ke 2 untuk gangguan insomnia secara umum adalah sebagai berikut :

1. Keluhan kesulitan memulai tidur, kesulitan mempertahankan tidur, atau bangun bangun terlalu dini atau tidur yang tidak dapat diperbaiki secara kronis atau kualitas yang buruk.
2. Kesulitan tidur di atas terjadi meskipun ada kesempatan yang memadai dan keadaan untuk tidur.
3. Setidaknya satu dari bentuk gangguan siang hari berikut yang berhubungan dengan: kesulitan tidur malam hari dilaporkan oleh pasien:
 - a. Kelelahan atau malaise
 - b. Gangguan perhatian, konsentrasi atau gangguan memori
 - c. Disfungsi sosial atau kejuruan atau kinerja sekolah yang buruk
 - d. Gangguan suasana hati atau lekas marah
 - e. Kantuk di siang hari
 - f. Kurang motivasi, energi, atau inisiatif
 - g. Rawan kesalahan atau kecelakaan di tempat kerja atau saat mengemudi

- h. Ketegangan, sakit kepala, atau gejala gastrointestinal sebagai respons terhadap kekurangan waktu tidur
- i. Kekhawatiran tentang tidur

F. Penatalaksanaan Insomnia

Penatalaksanaan dan penanganan penderita insomnia pada lansia secara garis besar bisa dibagi menjadi dua, yaitu penanganan dengan farmakologi atau non-farmakologi bisa diterapkan tergantung dari berat ringan insomnia yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia. Penanganan dengan medikamentosa harus mempertimbangkan efektifitas dan juga efek samping yang terlibat, tetapi pendekatan secara non-farmakologi bisa sangat membantu tanpa menimbulkan efek samping dan mempunyai efektifitas yang sama maupun lebih.

1. Terapi Farmakologis

Meresepkan obat-obatan untuk penderita dengan insomnia harus berdasarkan tingkat keparahan gejala di siang hari, dan sering diberikan pada penderita dengan insomnia jangka pendek supaya tidak berlanjut ke insomnia kronis. Terdapat beberapa pertimbangan dalam memberikan pengobatan insomnia

1. Efek samping yang minimal
2. Mempunyai onset yang cepat dalam mempersingkat proses memulai tidur.
3. Lama kerja obat tidak mengganggu aktivitas di siang hari
Obat tidur hanya digunakan dalam waktu yang singkat, yaitu sekitar 2-4 minggu.

Penanganan dengan obat-obatan bisa diklasifikasikan menjadi: benzodiazepine, non-benzodiazepine dan miscellaneous sleep promoting agent.

1. Benzodiazepine

Golongan benzodiazepine telah lama digunakan dalam menangani penderita insomnia karena lebih aman dibandingkan barbiturate pada era 1980-an. Beberapa contoh obat dari golongan ini adalah : triazolam, temazepam, dan lorazepam. (Griffin CE, Kaye AM, Bueno FR, Kaye AD, 2013)

2. Non-benzodiazepine

Golongan non-benzodiazepine mempunyai efektifitas yang mirip dengan benzodiazepine tetapi mempunyai efek samping yang lebih ringan. Efek samping seperti distress pernafasan, amnesia, hipotensi ortostatik dan jatuh lebih jarang ditemukan pada penelitian-penelitian yang telah dilakukan. Beberapa contoh obat dari golongan ini adalah Zolpidem, Zaleplon, Eszopiclone dan Ramelteon. Obat non-benzodiazepine ini bekerja pada reseptor selektif α -1 subunit GABA reseptor tanpa menimbulkan efek sedasi dan hipnotik tanpa menimbulkan efek anxiolitik, melemaskan otot dan antikonvulsi yang terdapat pada benzodiazepine. Obat-obat dari golongan ini dikatakan mampu mempersingkat onset tidur dan mengurangi frekuensi terbangun saat siklus tidur. Namun keterangan ini masih belum mempunyai dibuktikan secara signifikan.

2. Terapi Non-Farmakologi

Kualitas tidur pada lansia yang tidak cukup atau buruk dapat menggunakan terapi modalitas dengan intervensi non-farmakologis sederhana dengan biaya murah seperti *Cognitive Behavioural Therapy For Insomnia* (CBT-I) dan *Bright Light Therapy* (BLT) menjadi pilihan terapi non-farmakologis untuk dapat meningkatkan kualitas tidur dengan berbagai variasi pada gangguan insomnia dan irama sirkadian (Buysse, 2013), berikut beberapa intervensi non-farmakologis yang dapat meningkatkan kualitas tidur:

1. Edukasi Sleep Hygiene

Edukasi ini direkomendasikan untuk mempromosikan perilaku yang membantu tidur dengan menghindari hal-hal yang mengganggu tidur tujuan edukasi sleep hygiene untuk mengubah pola hidup pasien dan lingkungannya sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur.

Strategi tehnik yang digunakan adalah (1) menghindari stimulan (kafein, nikotin),(2) berolahraga secara teratur setidaknya 6 jam sebelum tidur, (3) menghindari asupan alcohol, (4) pertahankan jadwal tidur yang teratur, (5) menghindari tidur siang dan (6) menjaga agar kamar tidur tetap gelap dan tenang

2. Terapi Sleep Restriction

Terapi ini melibatkan pembatasan waktu ditempat tidur dengan jumlah jam tidur sebenarnya, sampai efisiensi tidur meningkat. Tujuan dari terapi ini adalah mengurangi frekuensi tidur dan meningkatkan sleep efficiency. Pasien diedukasi agar tidak tidur terlalu lama dengan mengurangi frekuensi berada di tempat tidur. Pada usia lanjut yang sudah tidak beraktivitas lebih senang menghabiskan waktunya di tempat tidur namun, berdampak buruk karena pola tidur menjadi tidak teratur.

Strategi tehnik yang digunakan adalah (1) batasi waktu bangun di tempat tidur dengan mengatur waktu tidur dan bangun dengan ketat, (2) tingkatkan waktu di tempat tidur dengan memajukan waktu tidur 15-30 menit, (3) pertahankan waktu bangun yang tetap, terlepas dari durasi tidur yang sebenarnya.

3. Terapi Stimulus Kontrol

Melalui metode ini pasien diberikan edukasi untuk menggunakan tempat tidur hanya untuk tidur dan menghindari aktivitas lain seperti membaca dan menonton tv di tempat tidur. Ketika mengantuk pasien datang ke tempat tidur, akan tetapi jika selama 15- 20 menit berada

disana pasien tidak bisa tidur maka pasien harus bangun dan melakukan aktivitas lain sampai merasa mengantuk baru kembali ke tempat tidur.

Strategi tehnik yang digunakan adalah (1) pergi ke tempat tidur hanya ketika mengantuk,, (2) gunakan tempat tidur dan kamar tidur hanya untuk tidur, (3) hindari membaca, menonton televisi, berbicara di telepon, (4) jika tidak dapat tertidur dalam 10-20 menit tinggalkan tempat tidur dan kamar tidur kembali hanya ketika mengantuk lagi, (5) atur alarm dan bangun pada waktu yang teratur setiap hari,)6) hindari tidur siang di siang hari.

4. Tehnik Relaksasi

Ketegangan otot dan gangguan kognitif menyebabkan ketidaksesuaian dengan waktu tidur. Relaksasi dapat membuat gairah saat bangun, dan memfasilitasi tidur pada malam hari.

Strategi tehnik yang digunakan adalah metode terapi relaksasi meliputi: (1) melakukan relaksasi otot, (2) guided imagery, (3) latihan pernapasan dengan diafragma, (4) yoga atau meditasi. Pada pasien usia lanjut sangat sulit melakukan metode ini karena tingkat kepatuhannya sangat rendah.

5. Cognitive Behavioural Therapy For Insomnia (CBT-I)

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) merupakan psikoterapi kombinasi yang terdiri dari: stimulus control, sleep restriction, terapi kognitif dengan atau tanpa terapi relaksasi. Terapi ini bertujuan untuk mengubah maladaptive sleep belief menjadi adaptive sleep belief. Penelitian di American College of Physicians memperoleh bukti kualitas moderat peningkatan Insomnia dengan menggunakan instrument Severity Index (ISI), PSQI, dan WASO dengan CBT-I lansia telah terbukti menghasilkan manfaat yang andal dan tahan lama dengan prosentase 70% hingga 80% pasien, bahkan dapat mengurangi penggunaan obat penenang. Sejumlah

RCT pada orang tua telah menunjukkan bahwa CBT-I lebih manjur dan memiliki efek terapeutik yang lebih tahan lama baik secara subjektif maupun ukuran tidur objektif daripada perawatan farmakologis.

6. Brief Behavioral Treatment For Insomnia (BBT-I)

Terapi ini bentuk tindakannya lebih pendek dikenal sebagai terapi perilaku singkat untuk insomnia melibatkan teknik inti dari CBT-I, diarahkan untuk meningkatkan pengaturan sirkadian tidur di lebih dari dua sesi. Menurut penelitian oleh Buysse DJ, Germain A, Moul DE, et al. (2013) telah ditemukan efektif pada populasi geriatri, dengan manfaat bertahan selama 6 bulan dan seterusnya.

7. Bright Light Therapy (BLT)

Terapi ini membantu lansia dengan gangguan tidur ritme sirkadian, bangun pagi atau insomnia pemeliharaan tidur pada lansia dan gangguan perilaku atau insomnia. Pada gangguan tidur ini, pola tidur-bangun tidak selaras dengan sistem sirkadian pasien atau lingkungan eksternal, yang mengakibatkan insomnia.

Strategi tehnik yang digunakan adalah terapi cahaya yang diberikan selama 1-10 minggu adalah intervensi mandiri yang paling banyak dipelajari mayoritas dari studi ini menemukan perbaikan pada tidur objektif atau subjektif tindakan, meskipun buktinya tidak meyakinkan dengan heterogenitas klinis dan metodologis yang signifikan (Maanen A, Meijer AM, Heijden KB, Oort FJ, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Asmadi. (2013). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta. EGC
- Buyse. (2013). *Psychiatry and Clinical and Translational Science at the University of Pittsburgh School of Medicine*. JAMA. doi:10.1001/jama.2013.193 309 (7): 706–716
- Chun & Lee. (2019). *Approach To Insomnia In The Elderly: Practice Considerations In Primary Care For Complex Patients*. CGS JOURNAL OF CME | VOLUME 9, ISSUE 2
- Dhaval Patel, MD; Joel Steinberg, MD; Pragnesh Patel, MD. (2018). *Insomnia in the Elderly: A Review ICSM JOURNAL Journal of Clinical Sleep Medicine*. <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.7172>
- Flaxer, Heyer, Francois, (2020). *Evidenced-based review and evaluation of clinical significance: Non-pharmacological and pharmacological treatment of insomnia in the elderly*. FAPA PII: The American Journal of Geriatric Psychiatry Received date: 19 October 2020 Accepted date: 20 October 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.10.011>
- Girsang, Ramadhani, Nugroho dkk (2021). *Badan Pusat Statistik- Statistik Penduduk Usia Lanjut*. Jakarta. <https://www.bps.go.id/publication/2021/12/21/c3fd9f27372f6ddcf7462006/statistik-penduduk-lanjut-usia-2021.html>
- Griffin CE, Kaye AM, Bueno FR, Kaye AD.(2013). *Benzodiazepine Pharmacology And Central Nervous System-Mediated Effects*. Ochsner J. 2013;13(2):214-223.
- Rodin S, Broch L, Buyse D, Dorsey C, Sateia M.(2008). *Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults*. J Clin Sleep Med. 2008;4(5):487–504
- Maanen, Meijer AM, Heijden KB, Oort FJ. (2016). *The effects of light therapy on sleep problems: A systematic review and meta-analysis*. Sleep Med Rev. 2016;29:52-62.

doi:10.1016/j.smr.2015.08.009.

Seow, Verma, Mok, MB BCh BAO. (2018). Evaluating DSM-5 Insomnia Disorder and the Treatment of Sleep Problems in a Psychiatric Population. *Journal of Clinical Sleep Medicine, Vol. 14, No. 2 Februari 2018*

Suzuki, Miyamoto MD, Hirata MD. (2017) *Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management*. Gen Fam Med. 2017;18:61-71DOI: 10.1002/jgf2.27]

United Nations Department of Economics and Social Affairs: *Population Division. World population ageing: 1950-2050*. [Accessed 4 Oktober 42017]. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>.

ITS PKU

PROFIL PENULIS



Martini Listrikawati, M.Kep lahir di Sleman Yogyakarta. Lulus Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan dan profesi pada tahun 2007 serta lulus program Magister Keperawatan pada tahun 2017 dari Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Saat ini sebagai dosen tetap Program Studi D3 Keperawatan Universitas Kusuma Husada Surakarta.

ITS PKU

BAB 12

PENYAKIT YANG LAZIM PADA LANSlA

Nurul Devi Ardiani, S.Kep., Ns., M.Kep
Universitas Kusuma Husada Surakarta

A. Pendahuluan

Data demografi lansia di Indonesia mengalami kecenderungan peningkatan pesat dibandingkan kelompok usia lainnya. Prosentase lansia Indonesia mengalami kecenderungan naik hingga 12,5% persen dari tahun 2013 hingga 2050 sedangkan prosentase kecenderungan kenaikan angka lansia di dunia 11,9% (Setyorini & Wulandari, 2018). Prediksi pemerintah pada tahun 2015 jumlah lansia mencapai 15,8% dari total jumlah penduduk secara nasional. Penambahan jumlah lansia berpengaruh terhadap beberapa masalah yang muncul karena perubahan fungsi tubuh (Nugroho & Wibowo, 2019).

Bertambahnya usia pada lansia mengakibatkan banyak penyakit yang menyerang pada tubuhnya. Usia yang semakin tua menjadi salah satu faktor timbulnya penyakit, bahkan terdapat lansia yang tidak hanya menderita satu penyakit tetapi beberapa penyakit sekaligus. Tingginya angka kesakitan keluhan serta penyakit yang muncul pada lansia seringkali berdampak buruk dan mengakibatkan kematian pada lansia.

Beberapa penyakit yang sering terjadi pada lansia berdasarkan prosentase tertinggi adalah menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Riset Kesehatan Dasar 2018 adalah: Hipertensi, Artritis, Stroke, Penyakit Paru Obstruksi Kronik, Diabetes Mellitus, Kanker, Penyakit Jantung Koroner,

Batu Ginjal, Gagal jantung dan Gagal ginjal. Selain penyakit tersebut beberapa masalah kesehatan lain yang muncul adalah malnutrisi, penurunan fungsi pendengaran, masalah kesehatan gigi, katarak, osteoporosis, infeksi saluran kemih, inkontinensia urine, dan masih banyak lagi lainnya.

Proses penuaan pada lansia terjadi seiring bertambahnya usia. Hal ini mengakibatkan beberapa perubahan pada tubuh salah satunya yaitu aspek fisik. Penurunan beberapa fungsi organ pada tubuh lansia menyebabkan timbulnya masalah kesehatan atau penyakit pada lansia tersebut.

B. Penyakit Yang Sering Terjadi Pada Lansia

Penyakit yang sering diderita lansia di Indonesia merupakan penyakit degeneratif dan penyakit tidak menular. Peningkatan pelayanan kesehatan lansia dapat meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas hidup lansia di Indonesia. Berikut beberapa penyakit yang sering muncul pada lansia:

1. Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi merupakan gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai pada jaringan tubuh yang membutuhkan. Hipertensi termasuk silent killer karena menyebabkan kematian tanpa disertai gejala terlebih dahulu (Hastuti, 2020). Seseorang dikatakan hipertensi jika mempunyai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≤ 90 mmHg. Pada lansia hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≤ 90 mmHg.

Jenis hipertensi yang khas ditemukan pada lansia adalah isolated systolic hypertension (ISH) dimana tekanan sistolik nya tinggi diatas 140 mmHg tetapi tekanan diastolik tetap normal dibawah 90 mmHg (NOC < 2015). Dalam menegakkan diagnose hipertensi diperlukan pengukuran berulang dua sampai tiga kali dengan menggunakan sphygmomanometer beserta dengan anamnesa dan juga pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Kurnia, 2020).

2. Klasifikasi Hipertensi

Beberapa sumber mengklasifikasikan hipertensi berdasarkan tekanan sistolik dan diastolik. Menurut *The seventh report Of The Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 7) Kalsifikasi hipertensi dibagi menjadi:

Tabel 17. Klasifikasi Tekanan Darah Dewasa

Klasifikasi	Tekanan Sistolik	Tekanan Diastolik
Normal	< 120	≤ 80
Pre Hipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi tahap 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi tahap 2	≥ 160	≥ 100

3. Penyebab Hipertensi

Penyebab hipertensi pada lansia terjadi karena:

- a. Elastisitas dinding aorta menurun
- b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku
- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% satu tahun sesudah berusia 20 tahun, kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dalam volumenya.

- d. Hilangnya elastisitas pembuluh darah karena kekurangan efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
 - e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.
 - f. Faktor genetik, stress, obesitas.
4. Tanda Gejala Hipertensi

Gejala yang sering terjadi pada penderita hipertensi adalah:

- a. Sakit Kepala (rasa berat di tengkuk)
 - b. Jantung berdebar
 - c. Kelelahan, keringat berlebihan dan susah bernafas setelah bekerja keras
 - d. Vertigo
 - e. Mual muntah
 - f. Penglihatan kabur
 - g. Mimisan
5. Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi dengan modifikasi gaya hidup antara lain:

- a. Penurunan berat badan
Penurunan berat badan dapat dilakukan dengan modifikasi diet dan olahraga. Hasil penelitian menyebutkan dengan menurunkan berat badan 10 kg dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5-20 mmHg.
- b. Modifikasi Diet
Modifikasi diet dilakukan dengan mengatur pola makan dengan menitikberatkan konsumsi buah, sayur, susu rendah lemak, mengurangi lemak dan kolesterol, dan mengurangi natrium dapat menurunkan tekanan darah. Diet DASH bisa diaplikasikan untuk mencegah penyakit kardiovaskuler. Diet DASH dapat menurunkan tekanan sistolik 5,2 mmHg dan diastolic 2,6 mmHg (Ormsbee et all, 2014)

- c. **Aktifitas Fisik/ Olahraga**
Penderita hipertensi dapat melakukan aktifitas fisik ringan sampai sedang asalkan tekanan darah terkendali. Olahraga yang bisa dilakukan lansia diantaranya senam hipertensi, massage kaki, jalan santai di sekitar rumah, dsb
- d. **Berhenti Merokok, mengurangi konsumsi alkohol**
Berhenti merokok dapat mencegah penyakit kardiovaskuler karena dengan 1 batang rokok dapat meningkatkan tekanan darah dan denyut jantung selama 15 menit. Mengurangi konsumsi alkohol dapat mencegah hipertensi dan menurunkan tekanan darah sistolik 2-4 mmHg.
- e. **Manajemen Stres**
Relaksasi dapat dilakukan untuk manajemen stress. Terdapat 2 teknik relaksasi yang dapat diterapkan yaitu **relaksasi fisik** seperti latihan nafas dalam diafragma, relaksai otot progresif dan latihan potogenik dan **relaksi mental** seperti imajinasi terbimbing (*guide imagery*).

Terapi adekuat pada penderita hipertensi dapat dapat menurunkan resiko terjadinya penyakit jantung, infark miokard, stroke, dan gagal jantung kongestif (Manuntung, 2018).

2. Rheumatoid Arthritis

Penurunan massa tulang pada lansia merupakan hal yang umum terjadi. Penurunan ini diakibatkan oleh ketidakaktifan fisik, perubahan hormonal dan resorpsi tulang. Efek dari penurunan ini tulang menjadi lemah, kekuatan otot menurun, cairan synovial mengental dan terjadi klasifikasi kartilago.

Penyakit tulang yang umum terjadi pada lansia adalah *rheumatoid arthritis*. *Rheumatoid arthritis* merupakan penyakit inflamasi sistemik kronik atau penyakit autoimun yang memiliki karakteristik terjadinya kerusakan pada tulang sendi, ankilosis

dan deformitas. Lansia yang menderita *rheumatoid arthritis* umumnya mengeluh nyeri dan kaku pada pagi hari.

Rheumatoid Arthritis adalah penyakit yang belum dianggap serius karena tidak menimbulkan kematian. Penyakit *rheumatoid arthritis* yang tidak segera ditangani bisa membuat anggota tubuh berfungsi tidak normal mulai dari benjol-benjol, sendi kaku, sulit berjalan, serta kecacatan seumur hidup. Aktivitas atau kegiatan sehari-hari akan sangat terganggu akibat timbulnya rasa sakit tersebut.

1. Faktor Yang Mempengaruhi *Rheumatoid Arthritis*

Faktor yang mempengaruhi *rheumatoid arthritis* adalah genetik, jenis kelamin, usia, obesitas, infeksi, dan lingkungan. Salah satu yang berperan penting dalam terjadinya *rheumatoid arthritis* adalah faktor genetik. Faktor genetik memiliki peran sebesar 60%.

2. Dampak *Rheumatoid Arthritis*

Dampak yang paling ditakuti dari *rheumatoid arthritis* adalah akan menimbulkan kecacatan baik ringan seperti kerusakan sendi maupun berat seperti kelumpuhan. Hal ini mungkin akan menyebabkan berkurangnya kualitas hidup seseorang yang berakibat terbatasnya aktivitas dan terjadinya depresi. Dampak lainnya dapat menimbulkan kegagalan organ bahkan kematian atau mengakibatkan masalah seperti rasa nyeri, keadaan mudah lelah, perubahan citra diri, serta resiko tinggi akan terjadinya cidera.

3. Penatalaksanaan *Rheumatoid Arthritis*

Rheumatoid arthritis sulit untuk disembuhkan, maka dari itu pengobatan yang diberikan hendaknya dilaksanakan secara rutin, berkala, dan dimulai sejak dini. Pendidikan kesehatan tentang penyakit perlu diberikan kepada

penderita yang dapat membantu proses penyembuhan. Dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat juga diperlukan untuk meningkatkan mental serta psikologis.

Pemberian kompres jahe mampu mengurangi nyeri yang diderita penderita *rheumatoid arthritis*. Jahe memiliki sifat pedas, pahit dan aromatic dari oleoresin seperti *zingaron*, *gingerol* dan *shogaol*. *Gingerol* dan *shogaol* memiliki berat molekul yang menunjukkan potensi yang baik untuk penetrasi kulit. Sehingga dengan pemberian kompres jahe dapat menurunkan nyeri pada penderita RA.

3. Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus termasuk gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglikemi yang terjadi karena kelainan insulin yang disebabkan gangguan kerja dan atau sekresi insulin. Diabetes mellitus merupakan permasalahan kesehatan yang dianggap penting karena termasuk penyakit tidak menular yang menjadi target tata laksana oleh para pemimpin dunia. Jumlah kasus DM semakin bertambah sampai beberapa tahun yang akan datang (Millita, 2021).

Diabetes mellitus termasuk *silent killer disease*, dikarenakan banyaknya penderita yang tidak menyadari sebelum terjadinya komplikasi. Terdapat dua kategori DM yaitu DM tipe 1 dan DM tipe 2. Menurut *International Diabetes Federatio* (2019) diprediksi adanya peningkatan kasus DM di Indonesia dari 10,7 juta pada tahun 2019 menjadi 13,7 juta pada tahun 2030.

Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit kronik, yang ditandai dengan peningkatan gula darah akibat produksi insulin terganggu sehingga terjadinya ketidakseimbangan antara insulin dalam tubuh. DM merupakan suatu penyakit kronik yang membutuhkan pendekatan multi-manajemen untuk

penanganannya meliputi aktivitas fisik, diet yang benar, perawatan kaki, kepatuhan obat, dan mengatasi komplikasi.

Berikut adalah kadar gula dalam darah pada penderita penyakit Diabetes Mellitus : a. Sebelum puasa > 126 mg/dl, b. Sewaktu > 200 mg/dl, c. 200 mg/dl.

Gejala awal penderita diabetes mellitus yaitu cepat merasa haus (polidipsi), cepat merasa lapar (polifagia), sering berkemih (poliuria), sering merasa kelelahan walaupun tidak melakukan aktivitas berat, nyeri otot dan kesemutan (neuropati), luka sulit sembuh.

1. Klasifikasi Diabetes Mellitus

Klasifikasi Diabetes Mellitus berdasarkan etiologi menurut Perkeni (2015) adalah sebagai berikut

- a. Diabetes Mellitus tipe 1
- b. Diabetes Mellitus tipe 2
- c. Diabetes Mellitus tipe lain
- d. Diabetes Mellitus gestasional

2. Faktor Yang Mempengaruhi Diabetes Mellitus

a. Genetik

Diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes mellitus, karena kelainan gen yang mengakibatkan tubuhnya tak dapat menghasilkan insulin dengan baik. Diabetes Mellitus jenis ini disebabkan oleh rusaknya sel beta pankreas sebagai penghasil insulin sehingga penderita sangat kekurangan insulin. Akibatnya, yang bersangkutan harus disuntik insulin secara teratur.

b. Usia

Umumnya manusia mengalami perubahan fisiologi yang menurun dengan cepat setelah usia 40 tahun. Diabetes sering muncul setelah seseorang memasuki usia rawan, terutama setelah usia 45 tahun pada mereka yang berat badannya berlebih, sehingga tubuhnya tidak peka lagi

terhadap insulin. Teori yang ada mengatakan bahwa seseorang ≥ 45 tahun memiliki peningkatan resiko terhadap terjadinya DM.

c. Jenis Kelamin

Penyakit Diabetes Mellitus ini sebagian besar dapat dijumpai pada perempuan dibandingkan laki – laki. Hal ini dapat disebabkan karena pada perempuan memiliki LDL (*Low Density Lipoprotein*) atau kolesterol jahat tingkat trigliserida yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki, dan juga terdapat perbedaan dalam melakukan semua aktivitas dan gaya hidup sehari-hari yang sangat mempengaruhi kejadian suatu penyakit, dan hal tersebut merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit diabetes mellitus.

d. Obesitas

Menurut beberapa hasil penelitian, diabetes tipe 2 sangat erat kaitannya dengan obesitas. Pada penderita diabetes tipe 2, pankreasnya sebenarnya menghasilkan insulin dalam jumlah yang cukup untuk mempertahankan kadar glukosa darah pada tingkat normal, namun insulin tersebut tidak dapat bekerja maksimal membantu sel-sel tubuh menyerap glukosa karena terganggu oleh komplikasi-komplikasi obesitas, salah satunya adalah kadar lemak darah yang tinggi (terutama kolesterol dan trigliserida)

e. Depresi (stress)

Orang yang mengalami stress cenderung mencari makanan yang manis dan berlemak tinggi untuk meningkatkan kadar serotonin otak. Serotonin memiliki efek penenang sementara dan bias meredakan stress. Tetapi gula dan lemak berbahaya bagi penderita diabetes mellitus.

f. Aktifitas fisik

Pada diabetes mellitus terjadi kerusakan pada lapisan endotel arteri yang disebabkan langsung oleh tingginya kadar glukosa darah, metabolit glukosa, atau tingginya kadar asam lemak dalam darah. Penderita diabetes mellitus yang tidak melakukan aktifitas fisik cukup maka glukosa darah tidak akan berkurang sehingga melebihi kapasitas yang dibutuhkan tubuh. Namun ketika terjadi latihan fisik maka peningkatan curah jantung yang akan berdampak pada tekanan darah sistolik, peningkatan denyut jantung, dan peningkatan tekanan darah sehingga glukosa akan diubah menjadi gula otot untuk menghasilkan energi

3. Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

a. Edukasi

Diberikan kepada penderita diabetes mellitus dengan tujuan memahami diabetes secara menyeluruh dari pengertian, penyebab, tanda gejala, penatalaksanaan hingga komplikasi. Hal ini diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan penderita sehingga dapat lebih memperhatikan kondisi kesehatannya. Pasien harus diedukasi untuk berhenti merokok, konsumsi alkohol.

b. Diet

Merupakan salah satu pilar dalam penanganan penderita DM tipe 1 dan 2. Penatalaksanaan diet perlu ditekankan mengenai keteraturan jadwal makan, jenis, dan jumlah asupan kalori sesuai berat badan ideal (BBI). Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari karbohidrat, lemak, protein, natrium, dan serat.

c. Latihan Jasmani

Latihan jasmani yang bisa dilakukan minimal latihan aerobik moderate minimal 150 menit/ minggu, senam diabetes, senam kaki diabetik.

- d. Intervensi Farmakologis
Pemberian obat seperti metformin, glibenclamide, glimepiride, insulin dan sebagainya sesuai dengan jenis DM yang diderita.
- e. Terapi Suportif
Terapi suportif dapat dilakukan dengan mengurangi stress emosional, modifikasi gaya hidup, pengaturan diet, menurunkan berat badan bagi penderita dengan *over weight*, perawatan luka jika sudah terdapat luka.

ITS PKU

DAFTAR PUSTAKA

- Hastuti, A.P. 2020. *Hipertensi*. Klaten: Lakeisha.
- Kurnia, Anih. 2020. *Self-Management Hipertensi*. Surabaya: CV Jakad Media Publishing
- Manuntung, Alfeus. *Terapi Perilaku Kognitif Pada Pasien Hipertensi*. Malang: Wineka Media
- Maulida, L & Nurhasanah & Juanita. 2021. Self-Care Agency In Elderly With Diabetes Mellitus. *JIM FKep Volume V No. 2 2021*
- Nugroho, D.K & Wibowo. 2019. *Keperawatan Pada Lansia (Dasar)*. Malang: Media Nusa Creative
- Setiyorini, E & Wulandari, N.A. 2018. *Asuhan Keperawatan Lanjut Usia dengan Penyakit Degeneratif*. Malang: Media Nusa Creative.
- Sunarti, S., dkk. 2019. *Prinsip Dasar Kesehatan lanjut Usia (Geriatri)*. Malang: UB Press
- Ormsbee, et all. 2014. *Osteosarcopenic obesity: the role of bone, muscle, and fat on health*. *J Cachexia Sarcopwnia Muscle*. Sep 5 (3):183-92. doi: 10.1007/s13539-014-0146-x. Epub 2014 Apr 17.
- Milita, F., Handayani, S., Seitiaji, B. 2021. Kejadian Diabetes Mellitus Tipe II Pada Lanjut Usia di Indonesia (analisis Risesdas 2018). *Jurnal Kedokteran dan kesehatan*, Vol. 17, No.1, Januari 2021. ISSN : 0216 – 3942. e-ISSN : 2549 – 6883.
- Pitanatri, P.D.S & I Nyoman Darma Putra. 2016. *Wisata kuliner: Atribut baru destinasi ubud*. Denpasar: JagatPress.

PROFIL PENULIS



Nurul Devi Ardiani S.Kep., Ns., M.Kep menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners FIK-UMS di tahun 2011 dan melanjutkan program Magister Keperawatan FK-UNDIP lulus tahun 2016. Saat aktif sebagai dosen pengajar Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta.

Beberapa penelitian yang telah dipublikasikan di bidang keperawatan antara lain Pemberian *Abdominal Stretching Exercise* Terhadap Nyeri Disminore Pada Remaja (2019), Analisis Tingkat Kemandirian Anak Usia Dini Dalam Penerapan PHBS Di Sekolah (2020), Pemberian Edukasi COVID 19 Terhadap Pengetahuan Dan Tingkat Kecemasan Pada Siswa (2021), dll

BAB 13

TERAPI INFRAMERAH PADA LANSIA DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL

**Dr. Ida Untari, A.M.K., S.K.M., M.Kes.
ITS PKU Muhammadiyah Surakarta**

A. Terapi Infra Merah (TIR)

Terapi infra merah adalah salah satu jenis terapi dalam bidang Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi yang menggunakan gelombang elektromagnetik infra merah dengan karakteristik gelombang adalah panjang gelombang 770nm-106 nm, berada di antara spektrum gelombang cahaya yang dapat dilihat dengan gelombang microwave. Tujuan pemberian terapi TIR ini adalah untuk pemanasan struktur muskuloskeletal yang terletak dibagian paling atas dengan daya penetrasi 0,8-1mm. Perlu dipahami lebih mendalam dari TIR ini bagi lansia yang sering mengalami gangguan sistem muskuloskeletal sebagai berikut:

1. Prinsip Kerja TIR

TIR akan memberikan reaksi dalam sistem muskuloskeletal berupa:

1. Rasa hangat hingga panas pada permukaan kulit sehingga memberikan efek pada saraf sensoris nyeri menjadi berkurang,
2. Reaksi vasodilatasi pada pembuluh darah sehingga mengalirkan darah lebih banyak sehingga memberikan oksigen yang cukup pada daerah yang diterapi.

3. Mengaktifkan enzim-enzim tertentu yang dapat membantu pembuangan sisa-sisa metabolisme tidak terpakai sehingga proses penyembuhan jaringan lebih cepat sembuh.
4. Menimbulkan rasa nyaman dan rileks akibat ketegangan otot-otot
5. Memberikan reaksi peregangan otot sehingga pergerakan sendi superfisial seperti sendi tangan dan kaki lebih luas

2. Indikasi Penggunaan TIR

Terapi infra merah ini mempunyai daya relaksasi yang cukup signifikan sehingga dapat dimanfaatkan bagi lansia dengan berbagai gangguan sistem muskuloskeletal, terdiri dari:

1. Nyeri otot, sendi dan jaringan lunak sekitar sendi. Misal: nyeri punggung bawah, nyeri leher, nyeri punggung atas, nyeri sendi tangan, sendi lutut, dsb.
2. Kekakuan sendi atau keterbatasan gerak sendi karena berbagai sebab.
3. Ketegangan otot atau spasme otot.
4. Peradangan kronik yang disertai dengan pembengkakan.
5. Penyembuhan luka di kulit.

3. Kontra Indikasi TIR

Meskipun TIR relatif aman, namun memerlukan skrining bagi lansia penerima TIR untuk keamanan bersama antara terapis dan penerima terapi. Adapun beberapa lansia secara mutlak tidak diperkenankan menggunakan TIR ini adalah:

1. Mempunyai riwayat Diabetes Mellitus atau Gula darah sewaktu diatas normal (> 150) saat akan diterapi.
2. Kelainan perdarahan
3. Kelainannya meliputi kelainan pada pembuluh darah vena atau peradangan pembuluh darah, seperti thrombophlebitis
4. Gangguan sensoris berupa rasa raba maupun terhadap suhu
5. Gangguan mental
6. Kulit terlalu kering

7. Tumor ganas atau kanker

Kontra indikasi relatif (boleh diberikan tetapi dengan pengawasan ketat dari dokter ataupun terapis yang memberikan) meliputi:

- a. Trauma atau peradangan akut
- b. Kehamilan
- c. Gangguan sirkulasi darah
- d. Gangguan regulasi suhu tubuh
- e. Bengkak atau edema
- f. Kelainan jantung
- g. Adanya metal (logam) di dalam tubuh (misal: pemasangan pen pada operasi penyambungan tuang).
- h. Luka terbuka
- i. Kulit yang sudah diolesi obat-obat topikal atau obat gosok
- j. Kerusakan saraf.

4. Efek Samping TIR

Secara umum sangat jarang menimbulkan efek samping, bila terjadi pun bersifat reversibel atau dapat kembali sempurna setelah terapi dihentikan atau dalam waktu 2-3 hari. Efek samping yang dapat terjadi:

1. Luka bakar derajat ringan.
2. Bertambahnya peradangan.
3. Nyeri yang bertambah.
4. Alergi kulit, terutama pada penderita yang mempunyai riwayat alergi terhadap suhu panas.
5. Perdarahan yang bertambah pada luka terbuka.
6. Pingsan.

5. Dosis TIR

1. Frekuensi pemberian bergantung pada tujuan terapi dan respon dari penderita dan analisis terapis yang memeriksanya.

2. Hasil yang optimal untuk meningkatkan elastisitas jaringan lunak diperlukan 6 kali terapi dengan frekuensi 2-3 kali per minggu dengan waktu pemberian 30 menit setiap kali terapi, tentunya dengan diikuti terapi lainnya seperti terapi latihan gerak dan sebagainya yang dapat dilatih secara mandiri atau dengan tim terapi lainnya. Berikut gambar alat TIR yang digunakan untuk sebagai berikut:



Gambar 8. Terapi infra merah dengan lengan siku fleksibel dipakai dalam terapi pada lansia

B. Prosedur Pemberian Terapi Infra Merah Pada Lansia

Tahapan pemberian TIR memerlukan persiapan khusus pada lansia, meliputi persiapan awal, pelaksanaan TIR dan evaluasi terapi.

1. Persiapan Awal

1. Persiapan untuk Terapis meliputi:
 - a. Ruang terapi yang cukup luas, nyaman dan privacy
 - b. Tempat tidur yang nyaman untuk berbaring
 - c. Selimut
 - d. Set persiapan terapi:

- 1) Washlap untuk membersihkan kulit dari minyak atau obat kulit
 - 2) Baskom air hangat dan sabun untuk membersihkan kulit yang akan di lakukan terapi dari minyak dan obat Handuk atau tissue untuk mengeringkan
 - 3) Tempat sampah
- e. Lembar observasi enam kali terapi dimana satu terapi di siapkan tempat mencatat hasil observasi penerimaan panas TIR yang diterima kulit lansia setiap 5 menit sekali selama 30 menit. Dalam penelitian, Kami menggunakan alat Fluke VT04A Thermal Imager Camera (Analisis perubahan panas) sehingga dapat ditemukan suhu aman panas TIR pada kulit lansia.
2. Persiapan bagi lansia:
- a. Memastikan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu dalam batas normal.
 - b. Menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman terutama lokasi penyinaran TIR
 - c. Membawa air minum putih untuk dapat diminum selama terapi.

2. Pelaksanaan

Dalam proses pemberian TIR, hendaknya seorang terapis melakukan prosedur sebagai berikut:

1. Memeriksa kembali daerah yang akan diberikan terapi
2. Melakukan wawancara kembali terkait kelainan yang diderita dan kemungkinan kontraindikasi dan riwayat alergi terhadap suhu panas.
3. Mengulang penjelasan kembali pada lansia terkait tujuan terapi sinar infrared yang disesuaikan dengan kondisi dan keadaan lansia sekali lagi karena masing-masing individu mempunyai kondisi yang berbeda.

4. Membersihkan daerah yang akan diterapi dari minyak ataupun kotoran yang menempel di kulit termasuk dari lotion atau obat-obat gosok yang dipakai sebelumnya menggunakan kapas alkohol atau air dengan washlap.
5. Memposisikan bagian yang akan diterapi senyaman mungkin. Bagian yang akan diterapi tidak ditutupi oleh pakaian sehingga infrared akan langsung mengenai kulit dan memberikan hasil yang optimal.
6. Melakukan pengaturan jarak lampu TIR dengan lokasi penyinaran, stop watch dengan Hp atau lainnya untuk mengatur waktu pemberian maksimal 30 menit dan posisi alat infrared aman dari kecelakaan pada lansia.
7. Menggunakan kacamata hitam sebagai pengaman dan tidak menatap langsung lampu infrared saat diberikan.
8. Monitoring panas TIR yang dipancarkan setiap 5 menit selama 30 menit menggunakan alat Fluke VT04A Thermal Imager Camera (Analisis perubahan panas). Tangkapan suhu oleh alat di catat setiap 5 menit.
9. Bunyi timer pada stopwatch akan berbunyi sebagai tanda selesainya terapi pada lansia.
10. Mempersiapkan kondisi lansia setelah terapi: Jika posisi tidur, di larang untuk langsung berdiri atau duduk, tetap berbaring beberapa saat untuk mengembalikan aliran darah normal kembali.

3. Evaluasi Terapi

Evaluasi dilakukan 2 kali tahapan, meliputi:

1. Tahapan awal
Pada tahapan ini, lansia akan diwawancarai mengenai efek yang dirasakan setelah selesai terapi dan pemeriksaan kondisi lokasi TIR.
2. Tahapan lanjutan sebelum menerima tahapan terapi pada hari jadwal terapi berikutnya.

Pada tahapan ini, lokasi terapi dilakukan pemeriksaan dari kemungkinan efek samping panas terapi sebelumnya seperti: luka bakar ditandai dengan munculnya bula (gelembung kulit berisi cairan). Jika hal ini terjadi, maka tahapan terapi dihentikan dan dicatat hasil perkembangan terakhir.

C. Efek Terapi Infra Merah pada Lansia dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal

Efek TIR pada lansia sangat signifikan dalam menurunkan nyeri persendian dan keluasaan peregangan otot persendian. Hasil pengukuran nyeri yang dirasakan sebelum mendapatkan terapi dengan setelah terapi disajikan pada tabel berikut ini:

Tabel 18. Gambaran Nyeri pada lansia sebelum dan sesudah TIR

No	Jenis Kelamin	Frek_TIR	Nyeri_PreTIR	Nyeri_PosTIR	Nilai p
1	P	4	5	1	0,000
2	L	3	4	1	
3	P	5	7	5	
4	P	5	5	3	
5	P	4	4	3	
6	P	6	7	2	
7	P	5	5	1	
8	P	6	5	1	
9	P	4	3	2	
10	L	6	6	1	
11	P	5	4	0	
12	P	3	6	4	
13	L	4	8	5	
14	L	6	2	1	
15	P	6	4	0	
16	L	6	4	2	
17	P	6	6	2	
18	P	6	4	1	
19	P	6	2	0	
20	P	5	3	1	
21	L	6	8	5	

22	P	6	5	1
23	L	6	6	3
24	P	5	3	1
25	L	5	6	2
26	P	6	4	2
27	P	6	6	0
28	P	6	4	1
29	L	4	5	1
30	P	6	6	2

Tabel 13.1 diatas menunjukkan penurunan nyeri setelah diberikan TIR pada lansia. Uji statistik dengan menggunakan uji Wilcoxon (data tidak berdistribusi normal) di peroleh nilai p: 0,000 bermakna bahwa TIR dapat menurunkan nyeri persendian pada lansia.

Efek TIR memberikan reaksi vaso dilatasi pada lokasi sehingga peredaran darah lebih meningkat untuk mensuplai oksigen dalam proses penyembuhan atau peradangan. Nyeri yang terjadi pada lansia diukur dengan skala nyeri 0 - 10 (semakin besar semakin mengalami nyeri berat). Proses peradangan biasa terjadi pada sistem muskuloskeletal lansia. Gangguan sistem muskuloskeletal meliputi: osteoporosis, rheumatik, arthritis, kekakuan dan lainnya. Selain gangguan sistem muskuloskeletal, lansia juga mengalami penurunan fungsi sistem persyarafan, sistem integumen dan semua sistem tubuh

Selain dari memperhatikan semua perubahan fisiologis dari semua sistem tubuh lansia serta memperhatikan efek yang timbul pada lansia dalam penelitian oleh penulis dan tim berupa muncul bula akibat melepuh dari panas yang diterima. Munculnya bula ini bukan pada saat evaluasi terapi selesai tetapi satu hari setelah terapi dan dilaporkan pada saat lansia akan menerima TIR pada jadwal berikutnya. Dengan demikian, pemberian TIR harus diberikan secara seksama dan aman,

dimulai dari skrining ketat dari kontra indikasi, persiapan dan pelaksanaan TIR itu sendiri.

Pelaksanaan TIR memerlukan pengaturan jarak lampu dengan kulit, lokasi, analisis panas yang diterima selama terapi. Jarak yang aman pemberian TIR pada rentang 40 – 50 cm. Lokasi kulit tidak boleh ada luka terbuka. Khusus pada analisis panas yang diterima kulit saat pelaksanaan belum pernah dilaporkan dalam naskah publikasi. Hal ini menjadi inovasi dalam pemberian terapi pada penelitian oleh penulis dan tim untuk mencari titik aman panas yang beresiko membakar kulit lansia dari alat TIR yang ada di pasaran. Saat materi ini dituliskan, Penulis sedang berproses melanjutkan penelitian pengembangan dengan merancang alat TIR yang aman bagi lansia dengan menambahkan otomotif kontrol suhu bekerja sama dengan teknisi rekayasa elektromedis. Alat yang dihasilkan akan di uji cobakan dalam penelitian tahapan berikutnya dan mendapatkan lisensi nasional (SNI), laporan feasibility produk alat hingga mendapatkan ijin dagang peralatan elektromedis.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah. Pengukuran Kuantitas Nyeri. Univ Hasanuddin [Internet]. 2016;1(1):1-6. Available from: <https://med.unhas.ac.id/fisioterapi/wpcontent/upload/2016/12/PENGUKURAN-KUANTITAS-NYERI.pdf>
- Beissner K. Conservative Pain Management for the Older Adult. In: Geriatric Physical Therapy [Internet]. THIRD EDIT. Elsevier Inc.; 2012. p. 395-411. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-02948-3/00030-4>
- Departemen Agama RI. Al-Qur'an dan Terjemahannya Al-Jumanatul'ali. 2007. p. 1121.
- Effendi E. Manfaat Terapi Infra Merah. 2016. p. 1-5
- Hassan MH. Islam dan Penuaan (Bahagian 1): Pemikiran Asas [Internet]. Vol. 26, Wasat. Singapura; 2019. Available from: https://www.researchgate.net/publication/332139360_Islam_dan_Penuaan_Bahagian_1_Pemikiran_Asas.
- James JE. *The Health of Populations: Beyond Medicine. 1st ed. The Health of Populations: Beyond Medicine*. Amazon: Academic Press; 2015. 1-508 p.
- Kaye AD, Baluch A, Scott JT. *Pain management in the elderly population: A review*. *Ochsner J*. 2010;10(3):179-87.
- Murphy N, Karlin-Zysman C, Anandan S. Management of Chronic Pain in the Elderly: A Review of Current and Upcoming Novel Therapeutics. *Am J Ther*. 2018;25(1):e36-4
- Putra IGY, Muryani NMS, Daryaswanti PI. Infra-Red Therapy Reduces Lower Extremity Pain in Elderly with Osteoarthritis. *NurseLine J*. 2021;6(1):74.
- Soerमारjono A. TERAPI INFRA MERAH [Internet]. 2015. Available from: <https://flexfreeclinic.com/layanan/detail/24>
- Untari, I. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik : Terapi Tertawa dan Senam Cegah Pikun*. 2018. Jakarta. EGC
- Widowati R, Murti B, Pamungkasari EP. Effectiveness of

Acupuncture and Infrared Therapies for Reducing Musculoskeletal Pain in the Elderly. *Indones J Med.* 2017;02(01):41-51.

ITS PKU

PROFIL PENULIS



Dr. Ida Untari, AMK., S.K.M., M.Kes, lahir di Surakarta Jawa Tengah, 29 Maret 1976. SD, SMP, dan SMA ditamatkan di Kota Surakarta. Riwayat pendidikan dimulai DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (1995-1998) AKTA III Program Studi Fakultas Ilmu Kependidikan (FKIP) UNS (1999-2000), S1 Jurusan Epidemiologi Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat UNIMUS (Universitas Muhammadiyah Semarang) tahun 2003-2005, S2 Jurusan Pendidikan Profesi Kesehatan Program Pasca Sarjana Magister Kedokteran Keluarga UNS Surakarta (2005-2007), dan S3 Kesehatan Masyarakat di Program Pasca Sarjana UNS (Universitas Sebelas Maret Surakarta).

Pengalaman akademik dimulai Kasubbag. Laboratorium Akper PKU Muhammadiyah Surakarta (2000-2003), Koordinator bagian Al-Islam dan Kemuhammadiyah serta Asrama (2003-2005), Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat DIII Keperawatan (2005-2007), Sekretaris Program studi DIII Keperawatan (2008-2012), Ketua Program Studi DIII Keperawatan Stikes PKU Muhammadiyah Surakarta (2012-2014), dan Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat STIKes PKU Muhammadiyah Surakarta (2014-2021), Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan (2021), Dekan Fakultas Sains dan Teknologi (2021- sekarang).

Berbagai pengalaman penulis di bidang penelitian dan pengabdian masyarakat, sudah banyak dipublikasikan dalam bentuk artikel ilmiah, jurnal dan buku.

PENGANTAR KEPERAWATAN GERONTIK

Secara etimologis gerontologi dapat didefinisikan sebagai ilmu tentang orang lanjut usia (lansia), istilah gerontologi memiliki cakupan yang sangat luas karena masalah penuaan dilatarbelakangi oleh berbagai faktor dan aspek serta mempengaruhi banyak bidang dan segi kehidupan. Istilah gerontologi (Gerontology) pertama kali diperkenalkan oleh seorang ilmuwan Rusia, sekitar tahun 1903. Fokus kajian yang dibicarakan pada gerontologi medis adalah kesehatan lansia sesuai dengan perkembangan biologisnya.

Mempertahankan derajat kesehatan para lansia pada taraf yang setinggi-tingginya, sehingga terhindar dari penyakit atau gangguan serta mencari upaya semaksimal mungkin agar para lansia yang menderita suatu penyakit atau gangguan, masih dapat mempertahankan kemandirian yang optimal merupakan tujuan dari mempelajari ilmu Gerontik.

Pokok bahasan dalam buku "Pengantar Keperawatan Gerontik" ini mencakup: 1) Konsep Dasar Keperawatan Gerontik; 2) Konsep dan teori tentang lanjut usia; 3) Konsep perubahan dan masalah kesehatan pada lansia; 4) Model-model keperawatan gerontik; 5) Konsep Komunikasi dengan lansia; 6) Asuhan keperawatan pada individu lansia; 7) Asuhan keperawatan pada kelompok lansia; 8) Konsep Posyandu Lansia; 9) Nutrisi pada lansia; 10) Aspek Psikososial dan spiritual pada lansia; 11) Konsep Insomnia dan penatalaksanaan lansia pada penderita insomnia; 12) Penyakit yang lazim pada lansia; 13) Terapi Inframerah Pada Lansia Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal.

Dengan adanya buku ini, diharapkan mampu memberikan edukasi yang tepat terhadap ilmu keperawatan gerontik, sehingga pembaca dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien lansia dan meningkatkan kewaspadaan terhadap penyakit yang terjadi karena faktor penuaan.



CV. Pradina Pustaka Grup
Dk. Demangan RT 03 RW 04, Bakipandeyan,
Kec. Baki, Kab. Sukoharjo, Jawa Tengah
Telp : 087848001644
Email : pradinapustaka@gmail.com

