



KEPERAWATAN GERONTIK

Editor : **Ns. Muhammad Qasim, S.Kep., M.Kes**

Ns. Savitri Gemini, M.Kep - Ns. Revi Yulia, M.Kep - Apt. Siska Roswandani, S.Farm
Hetti Marlina Pakpahan, SKM., S.Kep., Ns., M.Kep - Dr. Eppy Setiyowati, S.Kep., M.Kes
Hardiyati, S.Kep., Ns. M.Kep - Sandy Ardiansyah, SST., MS. - Novita Maulidya Jalal, MPsi., Psikolog
Poniyah Simanullang, S.Kep., Ns., SKM., M.Kes - Ganda Sigalingging, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.

KEPERAWATAN GERONTIK

Ns. Savitri Gemini, M.Kep
Ns. Revi Yulia, M.Kep
Apt. Siska Roswandani, S.Farm
Hetti Marlina Pakpahan, SKM., S.Kep., Ns., M.Kep.
Dr. Eppy Setiyowati, S.Kep., M.Kes
Hardiyati, S.Kep., Ns. M.Kep
Sandy Ardiansyah, SST., MS.
Novita Maulidya Jalal, MPsi., Psikolog
Poniyah Simanullang, S.Kep., Ns., S.KM., M.Kes
Ganda Sigalingging, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.

Editor:

Ns. Muhammad Qasim, S.Kep., M.Kes



KEPERAWATAN GERONTIK

Penulis

Ns. Savitri Gemini, M.Kep; Ns. Revi Yulia, M.Kep; Apt. Siska Roswandani, S.Farm; Hetti Marlina Pakpahan, SKM., S.Kep., Ns., M.Kep.; Dr. Eppy Setiyowati, S.Kep., M.Kes; Hardiyati, S.Kep., Ns. M.Kep; Sandy Ardiansyah, SST, MS.; Novita Maulidya Jalal, MPsi., Psikolog; Poniyah Simanullang, S.Kep., Ns., S.KM., M.Kes; Ganda Sigalingging, SKM., SKep., Ns., M.Kes.

ISBN: 978-623-97570-8-3

Editor:

Ns. Muhammad Qasim, S.Kep., M.Kes.

Penyunting:

Nanda Saputra, M.Pd.

Desain Sampul dan Tata Letak:

Atika Kumala Dewi

Penerbit:

Yayasan Penerbit Muhammad Zaini

Redaksi:

Jalan Kompleks Pelajar Tijue
Desa Baroh Kec. Pidie
Kab. Pidie Provinsi Aceh
No. Hp: 085277711539
Email: penerbitzaini101@gmail.com
Website: penerbitzaini.com

Hak Cipta 2021 @ Yayasan Penerbit Muhammad Zaini

Hak cipta dilindungi undang-undang, dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah, segala puji dan syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan buku Teori Gerontika 1 ini. Buku referensi ini merupakan buku kolaborasi yang dituliskan oleh beberapa dosen yang bergabung dalam Asosiasi Dosen Kolaborasi Lintas Perguruan Tinggi.

Adapun *bookchapter* ini tidak akan selesai tanpa bantuan, diskusi dan dorongan serta motivasi dari beberapa pihak, walaupun tidak dapat disebutkan satu persatu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebanyak-banyaknya.

Ahirnya, penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan. Dengan demikian, penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan serta perkembangan lebih lanjut pada *bookchapter* ini.

Wassalamu'alaikumsalam, Wr.Wb.

Sigli, 17 Juli 2021

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
BAB I	
KONSEP DASAR LANJUT USIA.....	1
A. Definisi Lanjut Usia.....	1
B. Proses dan Teori Menua	2
C. Batasan Lanjut Usia.....	6
D. Klasifikasi Lanjut Usia	7
E. Tipe-Tipe Lanjut Usia.....	8
F. Karakteristik Lanjut Usia	9
G. Perubahan yang Terjadi pada Usia Lanjut.....	10
H. Masalah Kesehatan yang Terjadi pada Lanjut Usia...	17
BAB II	
PROSES MENUA DALAM KEPERAWATAN GERONTIK.....	23
A. Perubahan Fisik pada Lanjut Usia.....	23
B. Perubahan Psikologis dan Sosial pada Lanjut Usia ...	35
BAB III	
KONSEP POS PELAYANAN TERPADU LANJUT USIA.....	43
A. Pengertian Posyandu Lansia	43
B. Sasaran Posyandu Lansia	44
C. Tujuan Posyandu Lansia	45
D. Jenis Pelayanan Kesehatan di Posyandu Lansia	47
E. Mekanisme Pelaksanaan Kegiatan	49

BAB IV

PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT LANJUT USIA.....	57
A. Pengertian Puskesmas Lanjut Usia (lansia).....	57
B. Ciri – ciri Puskesmas Santun Usila.....	58
C. Manajemen Puskesmas Santun Usila.....	61
D. Panti Werdha.....	65
E. Jenis Pelayanan Kesehatan di Panti Werdha.....	70
F. Fase-Fase Pelaksanaan Keperawatan di Panti.....	72

BAB V

KONSEP KEPERAWATAN GERONTIK.....	75
A. Pengertian Keperawatan Gerontik.....	75
B. Fokus dan Tujuan Keperawatan Gerontik.....	80
C. Trend dan Issue Keperawatan Gerontik.....	100
D. Fungsi Perawat Gerontik.....	102

BAB VI

KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANJUT USIA (LANSIA).....	105
A. Kegiatan Asuhan Keperawatan Dasar Pada Lansia....	105
B. Pendekatan Perawatan Lanjut Usia(Lansia).....	108
C. Tujuan Asuhan Keperawatan Lanjut Usia (Lansia).....	114
D. Fokus Keperawatan Lanjut Usia(Lansia).....	115

BAB VII

KONSEP GIZI PADA LANJUT USIA.....	119
A. Kebutuhan dan Pemenuhan Gizi Pada Lanjut Usia....	119
B. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Gizi Lansia.	126
C. Masalah Gizi Pada Lansia.....	126
D. Kerapuhan Tulang / <i>Osteoporosis</i>	127
E. Penilaian Status Gizi Lanjut Usia.....	133

F. Penatalaksanaan Makanan Pada Lansia.....	141
BAB VIII	
KONSEP POST POWER SYNDROME	145
A. Pengertian Post Power Syndrome.....	146
B. Pengaruh Fungsi Keluarga dalam <i>Post Power Syndrome</i>	148
C. Fase Penyesuaian Diri pada Saat Pensiun	151
D. Ciri-Ciri dan Gejala Post Power Syndrome.....	154
E. Penyebab Internal Post Power Syndrome	157
BAB IX	
<i>PATIENT SAFETY</i> DALAM KEPERAWATAN GERONTIK	161
A. Pengertian <i>Patient Safety</i>	161
B. Tujuan dan Manfaat <i>Patient Safety</i>	163
C. Solusi dan Standard Keselamatan Pasien.....	165
D. Langkah Pelaksanaan <i>Patient Safety</i>	175
BAB X	
EVALUASI KEPERAWATAN GERONTIK	181
A. Evaluasi Keperawatan Gerontik.....	181
B. Definisi Evaluasi Keperawatan Gerontik	182
C. Tujuan Evaluasi Keperawatan.....	185
D. Manfaat Evaluasi	186
E. Kriteria Evaluasi	187
F. Tahap Evaluasi.....	188
G. Teknik Evaluasi	192
H. Komponen Evaluasi.....	194
I. Jenis Evaluasi	197
DAFTAR PUSTAKA	201
BIOGRAFI PENULIS	213

BAB I

KONSEP DASAR LANJUT USIA

A. Definisi Lanjut Usia

Lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan (*World Health Organization* dalam Padila, 2013).

Lanjut usia adalah fenomena biologis yang tidak dapat dihindari oleh setiap individu. UU No. IV. Tahun 1965 Pasal 1, menyatakan bahwa seseorang dapat dikatakan lanjut usia setelah mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari, dan menerima nafkah dari orang lain (Ratnawati, 2017).

Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia di atas 60 tahun (Ratnawati, 2017). Lansia menurut BKKBN (1995) adalah individu yang berusia diatas 60 tahun yang pada umumnya memiliki tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi-fungsi biologis, psikologis, sosial, dan ekonomi (Muhith, 2016).

Lansia merupakan proses alami yang berarti seseorang telah melalui tahap-tahap kehidupannya, yaitu neonatus, toodler, pra sekolah, sekolah, remaja, dewasa, dan menjadi lansia. Tahap berbeda ini dimulai baik secara biologis maupun psikologis (Padila, 2013).

Lansia atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Menua meruapakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan (Aspiani, 2014).

B. Proses dan Teori Menua

Menua didefinisikan sebagai penurunan, kelemahan, meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan perubahan lingkungan, hilangnya mobilitas dan ketangkasan, serta perubahan fisiologis yang terkait dengan usia. Penuaan adalah suatu proses normal yang ditandai dengan perubahan fisik, sosial, dan psikologis yang dapat terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Hal ini merupakan suatu fenomena yang kompleks dan multidimensional yang dapat diobservasi dan berkembang sampai pada keseluruhan sistem (Stanley, 2010 dalam Padila, 2013).

Ada dua jenis teori penuaan yaitu, teori biologi, teori psikososial. Teori biologis meliputi teori genetik dan mutasi, teori imunologis, teori stress, teori radikal bebas, teori rantai silang, teori menua akibat metabolisme. Teori psikososial meliputi pelepasan, teori aktivitas, teori interaksi sosial, teori kepribadian berlanjut, teori perkembangan (Stanley, 2010 dalam Padila, 2013).

1. Teori Biologis

a. Teori Genetik dan Mutasi

Teori genetik menyatakan bahwa menua itu telah terprogram secara genetik untuk spesies tertentu.

Teori ini menunjukkan bahwa menua terjadi karena perubahan molekul dalam sel tubuh sebagai hasil dari mutasi spontan yang tidak dapat dan yang terakumulasi seiring dengan usia. Sebagai contoh mutasi sel kelamin sehingga terjadi penurunan kemampuan fungsional sel (Darmojo, 2009 dalam padila, 2013).

b. Teori Imunologis

Menua merupakan suatu alternatif yang diajukan oleh Walford (1965). Teori ini menyatakan bahwa respon imun yang tidak terdiferensiasi meningkat seiring dengan usia. Mutasi yang berulang dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri. Jika mutasi merusak membran sel akan menyebabkan sistem imun tidak mengenal dirinya sendiri sehingga merusaknya. Hal inilah yang mendasari peningkatan penyakit auto-imun pada lanjut usia (Darmajo, 2009 dalam Padila, 2013).

c. Teori Stress

Teori stress menyatakan bahwa menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasanya digunakan oleh tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha, dan stress yang menyebabkan sel-sel tubuh lemah (Darmajo, 2009 dalam Padila, 2013).

d. Teori Radikal Bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas dan di dalam tubuh karena adanya proses metabolisme.

Radikal bebas merupakan suatu atom atau molekul yang tidak stabil karena mempunyai elektron yang tidak berpasangan sehingga sangat reaktif mengikat atom atau molekul lainnya menimbulkan berbagai kerusakan atau perubahan dalam oksidasi bahan organik, misalnya karbohidrat dan protein. Radikal bebas menyebabkan sel tidak dapat beregenerasi. Radikal bebas dianggap sebagai penyebab penting terjadinya kerusakan fungsi sel. Teori ini menyatakan bahwa penuaan disebabkan oleh akumulasi kerusakan ireversibel (Darmajo, 2009 dalam Padila, 2013).

e. Teori Rantai Silang

Teori ini menjelaskan bahwa menua disebabkan oleh lemak, protein, karbohidrat, dan asam nukleat atau molekul kolagen bereaksi dengan zat kimia dan radiasi, yang mengubah fungsi jaringan yang akan menyebabkan perubahan pada membran plasma, yang mengakibatkan terjadinya jaringan yang kaku, kurang elastis, dan hilangnya fungsi pada proses menua (Darmojo, 2009 dalam Padila, 2013).

f. Teori Menua Akibat Metabolisme

Telah dibuktikan dalam percobaan hewan, bahwa pengurangan asupan kalori ternyata bisa menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur, sedangkan perubahan asupan kalori yang menyebabkan kegemukan dapat memperpendek umur (Darmajo, 2009 dalam Padila, 2013).

2. Teori Psikososial

a. Teori Penarikan Diri / Pelepasan

Teori ini merupakan teori sosial tentang penuaan yang paling awal dan pertama kali diperkenalkan oleh Gummigdan Henry (1961). Teori ini menyatakan bahwa masyarakat dan individu selalu berusaha untuk mempertahankan diri mereka dalam keseimbangan dan berusaha untuk menghindari gangguan. Oleh karena itu, lansia mempersiapkan pelepasan terakhir yaitu kematian dengan pelepasan mutual dan pelepasan yang dapat diterima masyarakat.

Pelepasan ini meliputi pelepasan peran sosial dan aktivitas sosial. Menurut teori ini seorang lansia akan dinyatakan mengalami proses penuaan yang berhasil apabila ia menarik diri dari kegiatan terdahulu dan dapat memusatkan diri pada persoalan pribadi serta mempersiapkan diri dalam menghadapi kematian (Stanley, 2010 dalam padila, 2013).

b. Teori Aktivitas

Penuaan yang sukses bergantung dari bagaimana seseorang lansia merasakan kepuasan dalam melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas tersebut. Teori ini menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial (Stanley, 2010 dalam Padila, 2013).

c. Teori Interaksi Sosial

Teori ini menjelaskan mengapa lansia bertindak pada suatu situasi tertentu, yaitu atas dasar hal-

hal yang dihargai masyarakat. Kemampuan lansia untuk terus menjalin interaksi sosial merupakan kunci untuk mempertahankan status sosialnya atas dasar kemampuannya bersosialisasi (Stanley, 2010 dalam Padila, 2013).

d. Teori Kepribadian Berlanjut

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personalitas yang dimilikinya. Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lanjut usia. Pengalaman seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ia menjadi lansia. Hal ini dapat dilihat dari gaya hidup, perilaku, dan harapan seseorang ternyata tidak berubah walaupun ia telah lanjut usia (Stanley, 2010 dalam padila, 2013).

e. Teori Perkembangan

Teori perkembangan menjelaskan bagaimana proses menjadi tua merupakan suatu tantangan dan bagaimana jawaban lansia terhadap berbagai tantangan tersebut yang dapat bernilai positif maupun negatif (Stanley, 2010 dalam Padila, 2013).

C. Batasan Lanjut Usia

Ratnawati (2017) lanjut usia dibagi dalam berbagai klasifikasi dan Batasan. Beberapa pendapat tentang batasan usia adalah sebagai berikut:

1. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu:

- a. Usia Pertengahan (middle age) usia 45-59 tahun
 - b. Lanjut usia (elderly) usia 60-74 tahun
 - c. Lanjut usia tua (old) usia 75-90 tahun
 - d. Usia sangat tua (very old) usia diatas 90 tahun
2. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) lanjut usia dikelompokkan menjadi usia lanjut (60-69 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi, (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan).
 3. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) lanjut usia dikelompokkan menjadi usia lanjut (60-69 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi, (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan).
 4. Menurut UU No.13 tahun 1998 (dalam Muhith, 2016) tentang kesejahteraan lanjut usia, yang dimaksud dengan lanjut usia adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun keatas.
 5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas (Analisis Lansia, Kemenkes RI, 2017).

D. Klasifikasi Lanjut Usia

Lansia dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan. Berdasarkan Depkes RI dalam Padila (2013), ada lima klasifikasi pada lansia terdiri dari:

1. Pralansia (prasenelis) yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
2. Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih.

3. Lansia resiko tinggi ialah seseorang berusia 70 tahun atau lebih/seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial ialah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.
5. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

E. Tipe-Tipe Lanjut Usia

Beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakteristik, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental social, dan ekonominya (Nugroho,2010 dalam padila 2013). Tipe tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Tipe arif bijaksana
Karya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.
2. Tipe mandiri
Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.
3. Tipe tidak puas
Konflik lahir batin menantang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.

4. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja

5. Tipe bingung

Kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh. Tipe lain dari lansia adalah tipe optimis, tipe konstruktif, tipe dependen (kebergantungan). Tipe defensif (bertahan), tipe militan dan serius, tipe pemarah/frustasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), serta tipe putus asa (benci pada diri sendiri).

Sedangkan bila dilihat dari tingkat kemandiriannya yang dinilai berdasarkan kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari (indeks kemandirian katz), para lansia dapat digolongkan menjadi beberapa tipe, yaitu lansia mandiri sepenuhnya, lansia mandiri dengan bantuan langsung, lansia dengan bantuan badan sosial, lansia di panti wreda, lansia yang dirawat di rumah sakit, dan lansia dengan gangguan mental.

F. Karakteristik Lanjut Usia

Keliat (2010) dalam (Padila, 2014), menyatakan lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat (2) UU No.13 tentang kesehatan).
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptasi hingga kondisi maladaptif.

3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

G. Perubahan yang Terjadi pada Usia Lanjut

Perubahan yang terjadi pada lansia suatu proses yang tidak dapat dihindari yang berlangsung secara terus menerus dan berkesinambungan yang selanjutnya menyebabkan perubahan fisik dan fungsi, perubahan mental, perubahan psikososial, perkembangan spiritual, dan dampak kemunduran (Wahjudi, 2008 dalam Padila, 2013). Perubahan yang terjadi pada lanjut usia (Padila, 2013), diantaranya yaitu:

1. Perubahan Fisik

Dengan bertambahnya usia, wajar saja bila kondisi dan fungsi tubuh pun makin menurun. Tak heran bila pada usia lanjut, semakin banyak keluhan yang dilontarkan karena tubuh tidak lagi mau bekerja sama dengan baik seperti kala muda dulu. Menjadi tua membawa pengaruh serta perubahan menyeluruh baik fisik, sosial, mental, dan moral spiritual, yang keseluruhannya saling kait mengait antara satu bagian dengan bagian lainnya. Secara umum, menjadi tua ditandai oleh kemunduran biologis yang terlihat sebagai gejala kemunduran fisik, antara lain : kulit mulai mengendur dan wajah mulai keriput serta garis-garis yang menetap, rambut kepala mulai memutih atau beruban, gigi mulai lepas, penglihatan berkurang, mudah lelah dan mudah jatuh, mudah terserang penyakit, nafsu makan menurun, penciuman mulai berkurang, gerakan lambat, kurang lincah, dan pola tidur berubah (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).

a. Perubahan fisiologis usila pada sel

Sel mengalami perubahan diantaranya jumlah sel menurun/lebih sedikit, ukuran sel lebih besar, jumlah cairan tubuh dan cairan intraselular berkurang, proporsi protein di otot otak ginjal darah dan hati menurun, mekanisme perbaikan sel terganggu, otak menjadi atropi beratnya berkurang 5-10% dan jumlah sel otak menurun lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).

b. Perubahan fisiologis usila pada sistem pernapasan

Perubahan seperti hilangnya silia dan menurunnya refleks, batuk dan muntah mengubah keterbatasan fisiologis dan kemampuan perlindungan pada sistem pulmonal, atropi otot-otot pernapasan dan penurunan kekuatan otot dapat meningkatkan resiko kelelahan otot pernapasan pada lansia, alveoli menjadi kurang elastis dan lebih berserabut serta berisi kapiler-kapiler yang kurang berfungsi sehingga oksigen tidak dapat memenuhi permintaan tubuh (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).

c. Perubahan fisiologis usila pada sistem pendengaran

Gangguan pendengaran, hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun. Membran timfani menjadi otoskloresis, terjadi pengumpulan serumen dan mengeras karena peningkatan keratin, tinnitus dan vertigo (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).

- d. Perubahan fisiologis usila pada sistem penglihatan
Sfingter pupil sclerosis dan hilangnya respon terhadap sinar kornea lebih berbentuk sferis (bola), lensa menjadi suram, menjadi katarak, meningkatnya ambang pengamatan, daya akomodasi menurun, lapang pandangan menurun serta sensitifnya terhadap warna (Wahjudi, 2008 dalam Padila, 2013).
- e. Perubahan fisiologis usila pada sistem kardiovaskuler
Katup jantung menebal dan menjadi kaku, elastisitas dinding aorta menurun, kemampuan jantung memompa darah menurun, curah jantung menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah, kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan, tekanan darah meningkat akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).
- f. Perubahan fisiologis usila pada sistem pengaturan suhu tubuh
Pada pengaturan suhu tubuh, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu termostap, yaitu menetapnya suatu suhu tertentu, temperature tubuh menurun (hipotermia) (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).
- g. Perubahan fisiologis usila pada sistem persyarafan
Menurunnya hubungan persyarafan, berat otak menurun 10-20 %, saraf panca indera mengecil, kurang sensitiv terhadap sentuhan, respon dan waktu untuk bereaksi lambat terhadap stress, defisit memori. Berat otak 350 gram pada saat kelahiran, kemudian meningkatkan menjadi 1,375 gram pada

usia 20 tahun, berat otak mulai menurun pada usia 45-50 tahun penurunan ini kurang lebih 11% dari berat maksimal. Berat dan volume otak berkurang rata-rata 5-10% selama umur 20-90 tahun.

Otak mengandung 100 juta sel termasuk diantaranya sel neuron yang berfungsi menyalurkan impuls listrik dari susunan saraf pusat. Pada penuaan, otak kehilangan 100.000 neuron/tahun. Neuron dapat mengirimkan signal kepada sel lain dengan kecepatan 200 mil/jam. Terjadi atrofi serebral (berat otak menurun 10%) antar usia 30-70 tahun. Secara berangsur-angsur tonjolan dendrit di neuron hilang disusul membengkaknya batang dendrit dan batang sel. Secara progresif terjadi fragmentasi dan kematian sel. Pada semua sel terdapat deposit lipofusin (pigment wear and tear) yang terbentuk di sitoplasma, kemungkinan berasal dari lisosom atau mitokondria (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).

- h. Perubahan fisiologis usila pada sistem pencernaan
Kehilangan gigi penyebab utama, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun, asam lambung dan waktu pengosongan lambung menurun, peristaltik melemah sehingga bisa menyebabkan konstipasi, fungsi absorpsi menurun, hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun, aliran darah berkurang (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).
- i. Perubahan fisiologis usila pada sistem reproduksi
Pada wanita selaput lendir pada vagina menurun atau kering, menciutnya ovarium dan uterus, atrofi payudara, penghentian reproduksi ovum pada

saat menopause. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi sperma, penurunan sperma berangsur-angsur dan dorongan seks menetap sampai usia diatas 70 tahun asalkan kondisi kesehatan baik, hubungan seks teratur membantu mempertahankan kemampuan seks (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).

- j. Perubahan fisiologis usila pada sistem perkemihan (Genitourinaria)
Ginjal mengecil, aliran darah keginjal menurun, dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengkonsentrasi urin juga ikut menurun (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).
- k. Perubahan fisiologis usila pada sistem endokrin
Hampir semua produksi hormone mengalami penurunan, berkurangnya ACTH, TSH, FSH, dan LH, menurunnya produksi aldosterone, menurunnya sekresi hormon gonad seperti progesteron, esterogen, dan aldosterone (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).
- l. Perubahan fisiologis usila pada sistem integumen
Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kusam, respon trauma menurun, kulit kepala dan rambut menipis, pertumbuhan kuku lambat, timbul bercak pigmentasi pada permukaan kulit tampak bintik coklat, jumlah dan fungsi kelenjar keringat berkurang (Wahjudi, 2008 dalam Padila, 2013).
- m. Perubahan fisiologis usila pada sistem muskuloskeletal
Tulang kehilangan cairan dan semakin rapuh, kekuatan dan stabilitas tulang menurun, kartilago penyangga

rusak dan aus, gerakan lutut dan pinggang terbatas, sendi kaku, tendon mengerut dan mengalami sclerosis, jalan terganggu, diskus intervertebralis menipis dan menjadi pendek, penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh penurunan massa otot, sel otot yang mati digantikan oleh jaringan ikat dan lemak, kekuatan otot melemah dengan bertambahnya usia, kekuatan otot ekstremitas bawah berkurang sebesar 40% antara usia 30-80 tahun, ukuran otot mengecil dan penurunan massa otot lebih pada ekstremitas bawah (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).

2. Perubahan Mental

Di bidang mental atau psikis pada lanjut usia, perubahan dapat berupa sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu, yang perlu di mengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin dihemat, mengharapakan tetap diberi peranan dalam masyarakat, ingin tetap mempertahankan hak dan hartanya dan ingin tetap berwibawa, dan meninggal secara terhormat dan masuk surga (Wahjudi, 2008 dalam Padila, 2013).

Faktor yang mempengaruhi perubahan mental yaitu perubahan fisik, khususnya organ perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), dan lingkungan. Perubahan kepribadian yang drastis, keadaan ini jarang terjadi lebih sering berupa ungkapan yang tulus dari perasaan seseorang, kekakuan mungkin karena faktor lain, misalnya penyakit (Wahjudi, 2008 dalam Padila, 2013).

a. Kenangan (memori)

Kenangan jangka panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan, kenangan jangka pendek atau skala (0-10 menit), kenangan buruk bisa kearah demensia (Wahjudi, 2008 dalam Padila, 2013).

b. Intelegentia Quotion (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu (Wahjudi, 2008 dalam Padila, 2013).

3. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial pada lansia sering diukur dengan nilai melalui produktivitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila mengalami pensiun (purna tugas), seseorang akan mengalami kehilangan, antar lain : kehilangan finansial (pendapatan berkurang), kehilangan status, kehilangan teman, kehilangan pekerjaan dan kegiatan sehingga merasa sadar akan kematian, kekurangan ekonomi, adanya penyakit, timbul kesepian, adanya gangguan saraf dan panca indera, gangguan gizi, rangkaian kehilangan kekuatan dan ketegapan fisik (Wahjudi, 2008 dalam Padila, 2013).

4. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan, lanjut usia semakin matur dalam kehidupan keagamaannya hal ini terlihat dalam berpikir sehari-hari dan

pada usia 70 tahun perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berfikir dan bertindak dengan cara memberi contoh cara mencintai dan keadilan (Wahjudi, 2008 dalam padila, 2013).

5. Dampak Kemunduran

Memasuki usia tua banyak mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai kulit menjadi keriput karena berkurangnya bantalan lemak, rambut memutih, pendengaran berkurang, penglihatan memburuk, gigi mulai ompong, aktivitas menjadi lambat, nafsu makan berkurang yang menyebabkan kekurangan gizi pada lansia dan kondisi tubuh yang lainnya juga mengalami kemunduran, perubahan kondisi hidup dapat berdampak buruk pada lansia. Koping terhadap kehilangan pasangan, perpindahan tempat tinggal, isolasi sosial, dan kehilangan kendali dapat terjadi kesulitan lansia untuk merawat diri sendiri.

H. Masalah Kesehatan yang Terjadi pada Lanjut Usia

Nugroho.W (2008) dalam Padila (2013), menyatakan berbagai masalah kesehatan dan penyakit yang cenderung terjadi pada lansia yang terkait dengan masalah fisik, antara lain:

1. 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, serta penyakit jantung dan pembuluh darah.

2. Instabilitas (Mudah Jatuh)

Jatuh pada usila merupakan masalah yang sering terjadi penyebabnya multi faktor, banyak yang berperan di dalamnya baik faktor intrinsik maupun dari dalam diri usila sendiri. Sekitar 30-50% dari populasi usila mengalami jatuh setiap tahunnya. Sepuluh dari angka tersebut mengalami jatuh ulang. Perempuan lebih sering jatuh dibandingkan dengan lanjut usia laki-laki.

3. Mudah Lelah

Mudah lelah disebabkan, faktor fisiologis (perasaan bosan, keletihan dan depresi) gangguan organis misalnya anemia, kurang vitamin, perubahan tulang, gangguan pencernaan, gangguan sistem peredaran darah dan melelahkan daya kerja otot.

4. Inkontinensia Urine/ Gangguan Eliminasi

Sering ngompol yang tanpa disadari merupakan salah satu keluhan utama pada lanjut usia. Inkontinensia adalah pengeluaran urine atau feses yang tanpa disadari dalam jumlah dan frekuensi yang cukup, sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan atau sosial.

5. Gangguan Intelektual

Gangguan intelektual merupakan kumpulan gejala klinik yang meliputi gangguan fungsi intelektual dan ingatan yang cukup berat sehingga menyebabkan terganggunya aktivitas kehidupan sehari-hari. Kejadian ini meningkat dengan cepat mulai usia 60 sampai 85 tahun atau lebih, yaitu kurang dari 5% lansia yang berusia 60-74 tahun mengalami demensia, delirium, Alzheimer, sedangkan pada usia setelah 85 tahun

kejadian ini meningkat mendekati 50%. Salah satu hal yang dapat menyebabkan gangguan intelektual adalah depresi sehingga perlu dibedakan dengan gangguan intelektual lainnya.

6. Gangguan Panca Indra, Komunikasi, Penyembuhan, dan Kulit

Akibat proses menua semua panca indra 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, dan gangguan pendengaran, hilangnya pendengaran terhadap nada murni berfrekuensi tinggi, pada penglihatan kelainan lensa mata reflek direk lemah, presbiopi dan lainnya.

7. Infeksi

Infeksi merupakan salah satu masalah pada lansia. Beberapa faktor resiko yang menyebabkan lansia mudah mendapat penyakit infeksi karena kekurangan gizi, kekebalan tubuh yang menurun, berkurangnya fungsi berbagai organ tubuh, terdapatnya berbagai penyakit sekaligus yang menyebabkan daya tahan tubuh yang sangat berkurang, selain itu faktor lingkungan dan keganasan kuman akan mempermudah tubuh mengalami infeksi.

8. Depresi

Perubahan status sosial, serta perubahan akibat proses menua menjadi salah satu pemicu munculnya depresi pada lansia. Gejala depresi sering tidak dapat diketahui penyebabnya, karena gejala depresi yang muncul sering

kali dianggap sebagai suatu bagian dari proses menua yang normal ataupun tidak khas.

9. Berat Badan Menurun

Berat badan menurun disebabkan oleh pada umumnya nafsu makan menurun karena kurang adanya gairah hidup atau kelesuan. Adanya penyakit kronis, gangguan pada saluran pencernaan sehingga penyerapan makanan terganggu, faktor sosial ekonomi.

10. Sulit buang air besar

Seperti kurangnya gerak fisik, makan yang kurang mengandung serat, kurang minum, ataupun akibat pemberian obat- obat tertentu. Akibat pengosongan isi usus menjadi sulit terjadi atau isi usus menjadi tertahan dan kotoran menjadi keras dan kering pada keadaan tertentu dapat mengakibatkan berupa penyumbatan pada usus disertai rasa sakit pada daerah perut.

11. Kurang Gizi

Kekurangan gizi pada lansia disebabkan perubahan lingkungan maupun kondisi kesehatan. Faktor lingkungan dapat berupa ketidaktahuan untuk memilih makanan yang bergizi, isolasi sosial, gangguan panca indra, kemiskinan, hidup seorang diri, gangguan mental, gangguan tidur, obat-obatan, dan lainnya.

12. Impotensi

Merupakan ketidakmampuan untuk mencapai atau mempertahankan ereksi yang cukup untuk melakukan senggama yang memuaskan, yang terjadi paling sedikit 3 bulan.

13. Gangguan Tidur

Lance dan Segal mengungkapkan bahwa faktor usia merupakan faktor penting yang berpengaruh terhadap kualitas tidur. Keluhan kualitas tidur seiring dengan bertambahnya usia.

Gangguan tidur tidak saja menunjukkan indikasi adanya kelainan jiwa yang dini, tetapi merupakan keluhan hampir 30% penderita yang berobat ke dokter. Gangguan tidur dapat disebabkan oleh:

- a. Faktor ekstrinsik (luar) misalnya lingkungan yang kurang tenang.
- b. Faktor intrinsik, baik organik (nyeri, gatal, sakit gigi, kram betis, dll). Maupun psikogeni (depresi, kecemasan, stress, dan marah yang tidak tersalurkan, iritabilitas).

BAB II

PROSES MENUA DALAM KEPERAWATAN GERONTIK

Bertambahnya umur manusia, maka akan terjadi proses penuaan secara degeneratif berdampak pada perubahan fisik manusia. Menjadi tua adalah proses yang tidak dapat dihindari oleh setiap insan manusia. Dalam kondisi yang normal perubahan fisik dan tingkah laku akan terjadi pada semua orang saat mencapai usia tahap perkembangan tertentu (Stanley dan Beare, 2007).

A. Perubahan Fisik pada Lanjut Usia

1. Perubahan Fisiologi pada Sel dan Ekstrasel

Pada lansia menyebabkan penurunan tampilan dan fungsi fisik. Kulit menjadi tipis dan keriput, masa tubuh dan masa lemak akan berkurang. Jumlah sel menurun atau lebih sedikit, ukuran sel lebih besar, berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler, menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah, dan hati. Terganggunya mekanisme perbaikan sel, otak menjadi atrofi beratnya berkurang 5-20%. Lansia menjadi lebih pendek akibat adanya pengurangan lebar bahu dan pelebaran lingkaran dada dan perut, dan diameter pelvis.

2. Perubahan Fisiologi pada Sistem Kardiovaskular

Perubahan fisiologis dalam sistem kardiovaskular biasanya terjadi seiring bertambahnya usia. Jantung adalah alat pacu

jantung alami yang mengatur detak jantung, tetapi seiring waktu, beberapa jalurnya akan mengembangkan timbunan lemak dan jaringan fibrosa. Hal ini dapat menyebabkan detak jantung lebih lambat dan ukurannya sedikit meningkat, terutama ventrikel kiri. Orang lanjut usia sering mengalami ritme yang tidak normal seperti atrial fibrillation dan heart murmur, yang disebabkan oleh kekakuan katup. Reseptor dalam sistem kardiovaskular sering memantau tekanan darah setiap kali seseorang melakukan aktivitas tertentu dan mengubah posisi. Tapi seiring bertambahnya usia, reseptor ini menjadi kurang sensitif. Itulah sebabnya banyak orang lanjut usia mengalami hipotensi ortostatik. Dinding kapiler jantung juga akan menebal dan arteri aorta utama menjadi kaku, lebih tebal dan kurang fleksibel. Perubahan pada sistem kardiovaskular pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat.

Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat. Pada katup jantung terjadi adanya penebalan dan kaku, terjadi penurunan kemampuan memompa darah (kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer menyebabkan tekanan darah meningkat. Elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun. Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dari tidur keduduk

atau duduk ke berdiri bisa menyebabkan tekanan darah menurun yaitu menjadi 65 mmHg yang dapat mengakibatkan pusing mendadak, tekanan darah meninggi diakibat oleh meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer Sistol normal ± 170 mmHg, diastole ± 90 mmHg.

Penuaan normal dapat menyebabkan penurunan total air tubuh (TBW). Volume darah menurun dan cairan dalam aliran darah berkurang. Sel darah merah, yang merespons stres dan segala jenis penyakit, jumlahnya lebih sedikit sedangkan sel darah putih tetap pada tingkat yang sama, meskipun kemampuannya untuk menangkal bakteri dan jenis infeksi lainnya.

3. Perubahan Fisiologi pada Sistem Sistem Pernapasan

Efek penuaan pada sistem pernapasan mirip dengan organ lain. Seiring dengan penambahan usia fungsi maksimal paru-paru akan berangsur-angsur menurun. Ini akan menurunkan pertukaran gas, aliran puncak dan kapasitas vitalnya. Otot pernafasan juga akan melemah serta efektifitasnya dalam menciptakan penghalang melawan bakteri, virus, dan organisme berbahaya lainnya.

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang. Berhubungan dengan bertambahnya usia akan mempengaruhi kapasitas fungsi paru yaitu penurunan elastisitas paru, otot pernapasan kekuatan menurun dan kaku,

kapasitas residu meningkat sehingga menarik nafas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun dan terjadinya penyempitan pada bronkus. Otot-otot pernafasan akan kehilangan kekuatan serta menjadi kaku dan menurunnya aktivitas dari silia. Ketika paru-paru kehilangan elastisitas maka kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dan kedalaman bernafas menurun. Oksigen (O_2) pada arteri menurun menjadi 75 mmHg, CO_2 pada arteri tidak berganti karena kemampuan dinding dada dan kekuatan otot pernafasan akan menurun pada penambahan usia.

Perubahan terkait usia pada sistem pernapasan sering tidak menimbulkan gejala pada individu yang sehat. Ini hanya akan mengurangi kemampuan untuk melakukan latihan aerobik yang intens seperti bersepeda, berlari, dan mendaki gunung. Dengan demikian, para lansia memiliki kapasitas yang terbatas untuk melakukan aktivitas tertentu. Orang yang memiliki masalah medis seperti penyakit jantung dan obesitas mungkin juga memiliki fungsi paru-paru yang terbatas. Lansia berisiko lebih tinggi terkena infeksi virus dan bakteri seperti pneumonia dan kanker paru-paru. Lansia sering kali lebih cepat terkena penyakit daripada orang dewasa muda

4. Perubahan Fisiologi pada Sistem Integumen

Perubahan kulit adalah tanda penuaan yang paling terlihat. Seiring bertambahnya usia, kulit menjadi keriput dan rentan cedera. Ini disebabkan oleh fakta bahwa sel yang mengandung pigmen berkurang, dan jaringan ikat serta fungsi pembuluh darah memburuk. Seorang lansia biasanya mengalami perubahan elastisitas dan kekuatan kulitnya.

Kelenjar sebaceous akan menghasilkan produksi minyak yang lebih rendah dan dermis menjadi rapuh. Akibatnya, kebanyakan pria dan wanita lanjut usia memiliki masalah dengan isolasi atau penurunan kemampuan untuk menjaga suhu tubuh. Lapisan lemak subkutan menipis dan kehilangan lapisan pelindungnya. Kulit kurang bisa merasakan sentuhan, getaran, tekanan, panas dan dingin.

Pada kulit lansia mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan bercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot. Bertambahnya usia mempengaruhi fungsi dan penampilan kulit, dimana epidermis dan dermis menjadi lebih tipis, jumlah serat elastis berkurang dan keriput serta kulit kepala dan rambut menipis, rambut dalam hidung dan telinga menebal, vaskularisasi menurun, rambut memutih (uban), kelenjar keringat menurun, kuku keras dan rapuh serta kuku kaki tumbuh seperti tanduk. Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, permukaan kulit kasar dan bersisik disebabkan kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk sel epidermis, Timbul bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata pada permukaan kulit sehingga tampak bintik-bintik atau noda coklat. Terjadi perubahan pada daerah sekitar mata, tumbuhnya kerut-kerut halus di ujung mata akibat lapisan kulit menipis. Menurunnya respons terhadap trauma, mekanisme proteksi kulit menurun: produksi serum menurun, produksi vitamin D menurun, pigmentasi kulit terganggu.

Kulit yang menua memiliki kemampuan yang berkurang untuk memperbaiki dirinya sendiri. Orang lanjut usia sering mengalami penyembuhan luka yang tertunda sehingga membuat ulkus tekanan dan infeksi menjadi lebih buruk. Gangguan kulit pada orang tua sering kali terkait dengan kondisi seperti arteriosklerosis, penyakit hati, penyakit jantung, kekurangan nutrisi, diabetes, obesitas, stres dan alergi. Perubahan kulit ini dapat diatasi melalui nutrisi yang cukup dan hidrasi yang tepat. Lansia rentan terhadap cedera dan kekurangan nutrisi. Inilah sebabnya mengapa lansia harus memperhatikan apa yang mereka makan dan gaya hidup sehari-harinya.

5. Perubahan Fisiologi dalam Sistem Persyarafan

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Akibat perubahan struktur dan fungsi sistem saraf. Saraf mengecil sehingga fungsi menurun serta lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress, berkurangnya atau hilangnya lapisan mielin akson sehingga menyebabkan berkurangnya respon motorik dan reflex. Berat otak menurun 10-20%, sehingga lambat dalam respons dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stress, disaat mengecil saraf pancaindra: maka penglihatan berkurang, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin, kurang sensitif terhadap sentuhan.

6. Perubahan Fisiologi Pada Sistem Endokrin

Produksi dari semua hormon menurun, fungsi parathyroid dan sekresinya tidak berubah, pluitari pertumbuhan hormone lebih rendah dan hanya didalam pembuluh darah, berkurangnya produksi dari CTH, TSH, FSH Dan LH, menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya BMR (*basal metabololic rate*), dan menurunnya daya pertukaran zat, menurunnya produksi aklosteron, menurunnya sekresi hormon kelamin, misalnya: progesterone, estrogen dan testostosterone.

7. Perubahan Fisiologi Pada Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas. Perubahan muskuloskeletal lebih banyak terjadi pada wanita pasca monopause yang

dapat mengalami kehilangan densitas tulang yang masif dapat mengakibatkan osteoporosis, terjadi bungkuk (kifosis), persendian membesar dan kaku (atrofi otot), kram, tremor, tendon mengerut dan mengalami sklerosis. Tulang kehilangan densitas (cairan) dan semakin rapuh dan osteoporosis, kifosis, gerakan pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas, gangguan gaya berjalan, kekakuan jaringan penghubung, discus intervertebrals menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang), persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengerut dan mengalami sclerosis, atrofi serabut otot, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lamban, otot-otot polos tidak begitu berpengaruh.

8. Perubahan Fisiologi pada Sistem Gastrointestinal

Terjadi pelebaran esofagus, terjadi penurunan asam lambung, peristaltik menurun sehingga daya absorpsi juga menurun. Ukuran lambung mengecil serta fungsi organ aksesoris menurun menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan enzim pencernaan. Karena perubahan gastrointestinal maka akan kehilangan gigi: penyebab utama *periodontal disease* yang bisa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi buruk dan gizi yang buruk, indra pengecap menurun: adanya iritasi yang kronis dan selaput lendir, atrofi indra pengecap ($\pm 80\%$) di lidah dan hilangnya sensitivitas saraf pengecap tentang rasa asin, asam dan pahit. Esofagus melebar. Pada lambung: rasa lapar menurun ((kepekaan rasa lapar menurun), asam lambung menurun, waktu pengosongan menurun, peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi, fungsi absorpsi melemah sehingga daya absorpsi terganggu, pada liver (hati): semakin mengecil

dan menurunnya tempat penyimpanan dan berkurangnya aliran darah.

9. Perubahan Fisiologi pada Sistem Genitourinaria

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal. Ada penurunan berat ginjal yang lambat dan stabil seiring bertambahnya usia. Pada usia 30 hingga 40 tahun, dua pertiga fungsi ginjal dalam menyaring darah mengalami penurunan secara bertahap. Arteri yang menyuplai ginjal menjadi lebih sempit, yang membuat ukuran ginjal yang sehat pun berkurang. Selain itu, arteri kecil yang mengalir ke glomeruli menebal seiring waktu, mengurangi kapasitas mereka untuk berfungsi. Kemampuan yang menurun ini akan berdampak pada nefron yang mengeluarkan produk limbah. Itulah mengapa beberapa obat tidak disaring dan dikeluarkan dengan benar seiring bertambahnya usia. Namun, fungsi ginjal yang cukup dapat dipertahankan untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Perubahan yang terjadi pada ginjal kita mungkin menyebabkan atau tidak menyebabkan penyakit, tetapi ini dapat menurunkan derajat fungsi ginjal cadangan. Ini berarti kedua ginjal harus bekerja dengan kapasitas penuh untuk menjalankan fungsi ginjal normal.

Ureter tidak mengalami banyak perubahan dibandingkan dengan kandung kemih dan uretra. Volume urin yang menahan kandung kemih menurun seiring waktu, serta kemampuan untuk menunda buang air kecil setelah merasa perlu buang air kecil. Ada juga penurunan laju aliran urin ke uretra dan kontraksi sporadis otot dinding kandung kemih tidak terhalang oleh otak, yang mengakibatkan inkontinensia

urin. Pada wanita terjadi pemendekan uretra dan lapisannya menipis. Perubahan ini akan menurunkan kemampuan sfingter urin untuk menutup. Menempatkan seseorang pada risiko inkontinensia urin pada pria, kelenjar prostat cenderung membesar dan menghalangi aliran urin. Penyumbatan ini dapat menyebabkan retensi urin dan kerusakan ginjal jika tidak ditangani.

Pada lansia terjadi pengecilan ginjal dan perubahan pada vesika urinaria. Ginjal merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh melalui urin darah yang masuk ke ginjal, disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya diglomerulus). Kemudian mengecil dan nefron akibat menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50% sehingga fungsi tubulus berkurang akibatnya kurangnya kemampuan mengonsentrasi urin, berat jenis urine menurun, menurun proteinuria (biasanya +1), BUN (*blood urea nitrogen*) meningkat sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat. Pada aliran darah ke ginjal menurun, penyaringan di glomerulus menurun dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengonsentrasikan urine ikut menurun. Perubahan pada vesika urinaria (kandung kemih): Otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat. Pada pria lanjut usia, vesika urinaria sulit dikosongkan sehingga mengakibatkan meningkatnya retensi urin. Pembesaran prostat kurang lebih 75% dialami pria usia di atas 65 tahun. Perubahan pada vesika urinaria terjadi pada wanita yang dapat menyebabkan otot-otot melemah, kapasitasnya menurun, dan terjadi retensi urine.

10. Perubahan Fisiologi Pada Sistem Sistem Indera

- a. Perubahan pada sistem pendengaran: Prebiakusis (gangguan pendengaran) hilangnya kemampuan atau daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas umur 65 tahun, memberan timpani menjadi atropi menyebabkan otosklerosis, terjadinya penumpukan serumen dapat mengeras karena meningkatnya kartin, mendengar menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa atau stress
- b. Perubahan pada sistem penglihatan: Spingterpupil timbul sclerosis dan hilangnya respon terhadap sinar, karena lebih berbentuk sfesis (bola), lensa lebih suram (kekeruan pada lensa) menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan, meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan, lebih lambat dan susah melihat dalam cahaya gelap, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang, berkurangnya luas pandangan, menurunnya daya membedakan warna biru/hijau pada skala.
- c. Perabaan: Indera perabaan memberikan pesan yang paling penting intim dan yang paling mudah untuk menterjemahkan. Bila indera lain hilang, indera perabaan dapat membantu.
- d. Pengecap dan penghidu: Empat rasa dasar yaitu manis, asam, asin dan pahit. Diantara semuanya,

rasa manis yang paling tumpul pada lansia. Maka bagi lansia lebih suka menambahkan gula secara berlebihan. Rasa yang tumpul menimbulkan kesenangan terhadap makanan yang asin dan banyak berbumbu. Lansia dianjurkan penggunaan rempah, bawang merah, bawang putih dan lemon untuk mengurangi garam dan menyedapkan makanan.

11. Perubahan Fisiologi Pada Sistem Sistem Reproduksi

Wanita: vagina mengalami kontraktur dan mengecil, ovarium menciut, uterus mengalami atrofi, atrofi payudara, atrofi vulva, selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan menjadi perubahan warna. Pria: testis masih dapat memproduksi spermatozoa, dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun, bila kondisi kesehatan baik maka kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia, hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual. Sebanyak $\pm 75\%$ pria usia diatas 65 tahun mengalami pembesaran prostat.

12. Perubahan Fisiologi Pada Sistem Hematopoietic Dan Sistem Limfatik

Peran utama sistem hematopoietik dan limfatik adalah melindungi tubuh dari infeksi dan penyakit. Dengan bertambahnya usia, sistem ini menjadi kurang efektif. Sel T dan B, sel primer yang terlibat dalam menyerang penyerang tertentu. menjadi kurang responsif. Sel T bertanggung jawab atas kekebalan seluler, dan mereka sering merespons infeksi dan invasi patogen. Di sisi lain, sel B bertanggung jawab untuk memproduksi antibodi. Namun mereka menjadi kurang

responsif dari waktu ke waktu. membuat tubuh lebih rentan terhadap infeksi bakteri dan virus. Vaksinasi virus sangat dianjurkan untuk orang lanjut usia karena sistem limfatiknya tidak berfungsi sebaik ketika mereka masih muda. Selain itu, meningkatnya kejadian kanker pada orang tua disebabkan oleh menurunnya kemampuan sistem limfatik untuk mengeliminasi sel tumor secara efisien. juga disebabkan oleh kekurangan nutrisi yang umum terjadi pada orang dewasa yang lebih tua.

B. Perubahan Psikologis dan Sosial pada Lanjut Usia

Pada lansia dapat dilihat dari kemampuannya beradaptasi terhadap kehilangan fisik, sosial, emosional serta mencapai kebahagiaan, kedamaian dan kepuasan hidup. Ketakutan menjadi tua dan tidak mampu produktif lagi memunculkan gambaran yang negatif tentang proses menua. Banyak kultur dan budaya yang ikut menumbuhkan anggapan negatif tersebut, dimana lansia dipandang sebagai individu yang tidak mempunyai sumbangan apapun terhadap masyarakat dan memboroskan sumber daya ekonomi (Fatimah, 2010).

1. Perubahan Psikologis (Mental)

Faktor yang mempengaruhi perubahan psikologis yaitu perubahan fisik terutama organ-organ tubuh dan melemahnya anggota tubuh, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), lingkungan. Dibidang mental atau psikis pada lanjut usia, perubahan dapat berupa sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu, yang perlu dimengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut

usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin dihemat, mengharapkan tetap diberi peranan dalam masyarakat, ingin mempertahankan hak dan hartanya, serta ingin tetap berwibawa, jika meninggal mereka ingin meninggal secara terhormat dan masuk surga.

Faktor psikologis yang menyertai lansia antara lain:

- a. Rasa tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual
- b. Sikap keluarga dan masyarakat yang kurang menunjang serta diperkuat oleh tradisi dan budaya.
- c. Kelelahan atau kebosanan karena kurang variasi dalam kehidupan.
- d. Pasangan hidup telah meninggal.
- e. Disfungsi seksual karena perubahan hormonal atau masalah kesehatan jiwa lainnya misalnya cemas, depresi, pikun.

Perubahan Aspek Psikososial meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan. Penurunan kedua fungsi tersebut, lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadian lansia. Beberapa perubahan tersebut dapat dibedakan berdasarkan 5 tipe kepribadian lansia sebagai berikut:

- a. Tipe Kepribadian Konstruktif (*Construction personality*), pada tipe ini tidak banyak mengalami gejolak, tenang dan mantap sampai sangat tua.
- b. Tipe Kepribadian Mandiri (*Independent personality*), pada tipe ini ada kecenderungan mengalami *post*

power syndrome, apalagi pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya.

- c. Tipe Kepribadian Tergantung (*Dependent personality*), pada tipe ini sangat dipengaruhi oleh kehidupan keluarga, ketika kehidupan keluarga selalu harmonis maka pada masa lansia tidak bergejolak, tetapi jika pasangan hidup meninggal maka pasangan yang ditinggalkan akan menjadi merana, apalagi jika tidak segera bangkit dari kedukaannya.
- d. Tipe Kepribadian Bermusuhan (*Hostility personality*), pada tipe ini setelah memasuki lansia tetap merasa tidak puas dengan kehidupannya, banyak keinginan yang kadang tidak diperhitungkan secara seksama sehingga menyebabkan kondisi ekonominya menjadi morat-marit.
- e. Tipe Kepribadian Kritik Diri (*Self hate personality*), pada lansia tipe ini pada umumnya terlihat sengsara, karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya.

Perubahan psikososial pada lansia meliputi; Pensiun: Bila lansia pensiun akan mengalami kehilangan-kehilangan berupa: kehilangan finansial (*income* berkurang), kehilangan status (mempunyai jabatan posisi tinggi serta lengkap dengan segalanya fasilitasnya), kehilangan teman, kehilangan pekerjaan, merasakan atau sadar akan kematian, perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit, ekonomi, akibat pemberhentian dari jabatan, meningkatnya biaya hidup, bertambahnya biaya pengobatan, penyakit kronis dan ketidakmampuan, kesepian

akibat pengasingan dari lingkungan sosial, gangguan saraf pancaindra, timbul kebutaan dan ketulian, rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga, hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

2. Perubahan Sosial

Nilai seseorang sering diukur melalui produktivitas dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila mengalami pensiun, seseorang akan mengalami kehilangan, antara lain: kehilangan finansial (pendapatan berkurang), kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan semua fasilitas), kehilangan teman atau kenalan atau relasi, kehilangan pekerjaan/kegiatan dan merasakan atau sadar terhadap kematian, perubahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit), kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat pada penghasilan yang sulit, biaya pengobatan bertambah, adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan, timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial, adanya gangguan saraf pancaindra, timbul kebutaan dan ketulian, rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga, hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri).

3. Perubahan spiritual

Lanjut usia semakin matur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini terlihat dalam berpikir dan bertindak sehari-hari, agama atau kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupannya

4. Perubahan Terkait dengan Pekerjaan

Pada umumnya perubahan ini diawali ketika masa pensiun. Meskipun tujuan ideal pensiun adalah agar para lansia dapat menikmati hari tua atau jaminan hari tua, namun dalam kenyataannya sering diartikan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan, jabatan, peran, kegiatan, harga diri dan status. Lansia yang memiliki agenda kerja yang tidak terselesaikan dan menganggap pensiun sebagai sesuatu yang tidak mungkin. Pensiun merupakan suatu proses bukan merupakan suatu peristiwa. Orang-orang lanjut usia yang menunjukkan penyesuaian yang paling baik terhadap pensiun, adalah mereka yang sehat, memiliki keuangan yang memadai, aktif, lebih terdidik, memiliki jaringan sosial yang luas yang meliputi kawan-kawan dan keluarga, serta biasanya puas dengan kehidupannya sebelum mereka pensiun (Santrock, 2012).

Kenyataan ada menerima, ada yang takut kehilangan, ada yang merasa senang memiliki jaminan hari tua dan ada juga yang seolah-olah acuh terhadap pensiun (pasrah). Masing-masing sikap tersebut sebenarnya punya dampak bagi masing-masing individu, baik positif maupun negatif. Dampak positif lebih menenteramkan diri lansia dan dampak negatif akan mengganggu kesejahteraan hidup lansia. Agar pensiun lebih berdampak positif sebaiknya ada masa persiapan pensiun yang benar-benar diisi dengan kegiatan untuk mempersiapkan diri, bukan hanya diberi waktu untuk masuk kerja atau tidak dengan memperoleh gaji penuh. Persiapan tersebut dilakukan secara berencana, terorganisasi dan terarah bagi masing-masing orang yang akan pensiun. Jika perlu dilakukan pengkajian untuk menentukan arah minatnya

agar tetap memiliki kegiatan yang jelas dan positif. Untuk merencanakan kegiatan setelah pensiun dan memasuki masa lansia dapat dilakukan pelatihan yang sifatnya memantapkan arah minatnya masing-masing. Misalnya cara berwiraswasta, cara membuka usaha sendiri yang sangat banyak jenis dan macamnya.

5. Perubahan Terkait Peran Sosial di Masyarakat

Akibat berkurangnya fungsi indera pendengaran, penglihatan, gerak fisik dan sebagainya maka muncul gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia. Misalnya badannya menjadi bungkuk, pendengaran sangat berkurang, penglihatan kabur dan sebagainya sehingga sering menimbulkan keterasingan. Hal itu sebaiknya dicegah dengan selalu mengajak mereka melakukan aktivitas, selama yang bersangkutan masih sanggup, agar tidak merasa terasing atau diasingkan. Menghadapi berbagai permasalahan di atas pada umumnya lansia yang memiliki keluarga masih sangat beruntung karena anggota keluarga bahkan kerabat umumnya ikut membantu memelihara (*care*) dengan penuh kesabaran dan pengorbanan. Bagi lansia yang tidak punya keluarga atau sanak saudara karena hidup membujang, atau punya pasangan hidup namun tidak punya anak dan pasangannya sudah meninggal, apalagi hidup sendiri di perantauan, seringkali menjadi terlantar.

Peran merupakan kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normative dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Peran berdasarkan pada pengharapan atau penetapan peran yang membatasi apa saja yang harus dilakukan oleh individu

di dalam situasi tertentu agar memenuhi pengharapan diri atau orang lain terhadap mereka (Friedman, 2014). Peran dapat diartikan sebagai seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain. Akibat berkurangnya fungsi indera pendengaran, penglihatan kabur, gerak fisik dan sebagainya maka muncul gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia, dan sebagainya sehingga menimbulkan keterasingan. Hal itu sebaiknya dicegah dengan selalu mengajak lansia melakukan aktivitas, selama lansia masih sanggup, agar tidak merasa diasingkan. Keterasingan pada lansia membuat lansia semakin menolak untuk berkomunikasi dengan orang lain dan sehingga muncul perilaku regresi, seperti mudah menangis, mengurung diri, mengumpulkan barang-barang tidak berguna, dan merengek-rengok seperti anak kecil membuat lansia tidak bisa menjalankan peran sosialnya dengan baik.

BAB III

KONSEP POS PELAYANAN TERPADU LANJUT USIA

A. Pengertian Posyandu Lansia

Lansia / Lanjut Usia adalah orang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas yang mempunyai hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara (UU RI No 13 tahun 1998). Menurut WHO (*World Health Organization*) membagi masa usia lanjut sebagai berikut 1. Usia 45-60 tahun, disebut *middle age* (setengah baya atau A-Teda madya) 2. Usia 60-75 tahun, disebut *elderly* (usia lanjut atau wreda utama) 3. Usia 75-90 tahun, disebut *old* (tua atau wreda prawasana) 4. Usia diatas 90 tahun, disebut *very old* (tua sekali atau wreda wasana).

Pemerintah telah merumuskan berbagai kebijakan pelayanan kesehatan maupun pelayanan sosial bagi para lanjut usia, hal ini dilakukan seiring dengan semakin meningkatnya populasi lanjut usia.

Sebagai wujud nyata pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial pada kelompok lanjut usia, pemerintah telah menetapkannya melalui beberapa jenjang. Pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial di tingkat masyarakat yaitu dengan dibentuknya posyandu lansia (pos pelayanan terpadu lanjut usia).

Kemenkes (2011) menyatakan Posyandu Lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat lanjut usia di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, dan di gerakkan oleh

masyarakat agar lanjut usia mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan merupakan kebijakan pemerintah untuk pengembangan pelayanan kesehatan bagi lansia yang penyelenggaraannya melalui program puskesmas dengan melibatkan peran serta lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial.

Posyandu lansia merupakan suatu wadah pelayanan yang dilakukan kepada lanjut usia di masyarakat, yang proses pembentukan dan pelaksanaannya dilakukan oleh masyarakat bersama lembaga swadaya masyarakat, lintas sektor pemerintah dan non pemerintah, swasta, organisasi sosial dan lain-lain, dengan menitik beratkan pelayanan kesehatan pada upaya promotif dan preventif (KomNas, 2010). Selain pelayanan kesehatan, di Posyandu Lansia juga dapat diberikan pelayanan sosial, agama, pendidikan, keterampilan, olah raga dan seni budaya serta pelayanan lain yang dibutuhkan oleh para lansia dalam rangka meningkatkan kualitas dan kuantitas hidup melalui peningkatan kesehatan dan kesejahteraan mereka. Disamping itu para lansia pun dapat beraktivitas dan mengembangkan potensi diri mereka.

B. Sasaran Posyandu Lansia

Posyandu lansia dibentuk salah satunya berdasarkan semakin meluasnya pelaksanaan upaya kesehatan dan keberhasilan pembangunan nasional di semua sektor, hal ini mendorong peningkatan kesejahteraan sosial-ekonomi serta kesehatan. Berhubungan dengan penambahan penduduk dan keberhasilan pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB), telah dapat dideteksi adanya pergerakan jumlah penduduk usia muda kearah penduduk berusia tua.

Hal ini menunjukkan perlu adanya peningkatan pelayanan dan pembinaan kesehatan bagi usia lanjut.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka perlu ditentukan adanya ruang lingkup pembinaan agar posyandu lansia ini bisa tepat sasaran, baik sasaran langsung maupun sasaran tidak langsung.

Menurut Depkes RI (2006) sasaran posyandu lansia di bagi mendaji dua kelompok yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung. Sasaran langsung yaitu terdiri dari kelompok pra usia lanjut (45-59 tahun), kelompok usia lanjut (60 tahun ke atas) dan kelompok usia lanjut dengan resiko tinggi (70 tahun ke atas). Sasaran tidak langsung yaitu keluarga dimana terdapat usia lanjut, organisasi sosial yang bergerak dalam pembinaan para lanjut usia dan masyarakat luas.

C. Tujuan Posyandu Lansia

Upaya meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan untuk dapat mencapai masa tua yang bahagia dan berguna baik dalam kehidupan dikeluarga maupun masyarakat sesuai dengan keberadaannya dalam kehidupan kemasyarakatan merupakan tujuan dibentuknya posyandu lansia.

Direktotar Kesehatan Keluarga, Dirjen Kesmas, Kemenkes RI (2019), mengelompokkan tujuan posyandu lansia menjadi dua, yaitu:

1. Tujuan Umum, yaitu dengan mengoptimalkan peran lansia dalam mengatasi permasalahan kesehatan keluarga dan masyarakat, serta menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan lingkungan yang kondusif.

2. Tujuan Khusus, yaitu:
 - a. Lanjut usia memahami tentang kesehatan keluarga dengan pendekatan siklus hidup,
 - b. Lanjut usia mampu memberikan edukasi dan motivasi tentang kesehatan kepada keluarganya sesuai dengan kelompok usia,
 - c. Lanjut usia mampu mengenali masalah dan memberi saran/solusi apabila ada masalah kesehatan keluarga,
 - d. Lanjut usia mampu memberikan edukasi dan motivasi tentang kesehatan kepada masyarakat,
 - e. Lanjut usia dapat berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan keluarga dan masyarakat.

Tujuan posyandu lansia selain yang telah diungkapkan sebelumnya juga memiliki beberapa tujuan (Sulistiyorini dkk, 2010) yaitu:

1. Meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pelaksanaan posyandu bagi lanjut usia secara komprehensif.
2. Meningkatkan kemudahan bagi para lanjut usia untuk mendapatkan berbagai pelayanan, baik pelayanan kesehatan maupun pelayanan lainnya yang dilaksanakan oleh berbagai unsur terkait.
3. Terlaksananya pembinaan dan pelayanan kepada lanjut usia di posyandu secara komprehensif dengan melibatkan berbagai sector yang ada di masyarakat.
4. Berkembangnya Posyandu Lansia yang aktif dalam melaksanakan kegiatan dengan kualitas yang baik secara berkesinambungan.

D. Jenis Pelayanan Kesehatan di Posyandu Lansia

Kesehatan merupakan masalah yang terbesar pada lanjut usia. Pelayanan kesehatan akan menjadi kegiatan utama dalam posyandu lansia. Pelayanan yang diberikan oleh Posyandu lansia melalui program dan kadernya pada dasarnya bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup para orang tua yang lebih rentan terhadap penyakit.

Di daerah yang memiliki Posyandu lansia, para lansia akan dipantau kesehatannya tentunya ada di daerah itu secara individual dan detail. Umumnya, akan ada kartu atau buku yang digunakan untuk mencatat status kesehatan dan pola hidup para lansia. Secara umum, ada empat jenis pelayanan yang diberikan Posyandu lansia:

1. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diberikan tidak hanya mencakup sesuatu yang berhubungan dengan penyakit. Pada Posyandu lansia, namun juga akan dilakukan pemeriksaan aktivitas sehari-hari seperti:

- a. Mencatat pola makan
- b. Cara mandi
- c. Rutinitas buang air
- d. Kemampuan untuk berjalan dan berpakaian
- e. Kemampuan untuk turun atau naik tempat tidur
- f. Kemandirian lansia tersebut.

Selain itu, lansia juga akan menerima pemeriksaan berupa:

- a. Pemeriksaan kondisi mental
- b. Pemeriksaan status gizi
- c. Pengukuran tekanan darah

- d. Pemeriksaan laboratorium sederhana, seperti tes kadar asam urat dan gula darah.

Posyandu lansia juga bisa memberikan rujukan ke Puskesmas apabila ada kondisi yang memerlukan pemeriksaan lanjutan. Pelaksanaan pemeriksaan kesehatan untuk lansia bisa dilaksanakan di balai warga seperti layaknya Posyandu balita dan ibu hamil. Namun, bagi lansia yang kesulitan untuk keluar rumah, akan dilakukan *home care* atau mengunjunginya secara langsung.

2. Pemberian makanan tambahan (PMT)

Para lansia akan diberikan penyuluhan mengenai makanan yang sehat dan bergizi yang perlu mereka konsumsi. Untuk memudahkan para lansia akan mendapatkan contoh menu makanan dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi yang dibutuhkan, dengan menggunakan bahan makanan yang berasal dari daerah tersebut.

3. Kegiatan olahraga

Di Posyandu, lansia juga akan diajak untuk melakukan kegiatan dalam menjaga kesehatan salah satunya dengan berolahraga. Olahraga untuk lansia juga penting dilakukan demi menjaga kebugaran tubuh. Para lansia akan dituntun untuk mengikuti gerakan senam lansia, gerak jalan santai, maupun aktivitas lain yang aman untuk usia lanjut.

4. Kegiatan non kesehatan

Di Posyandu lansia juga akan dilakukan kegiatan non kesehatan untuk meningkatkan interaksi sosial dan menjadikan Posyandu sebagai wadah lansia untuk berkegiatan. Jenis kegiatan yang sering dilakukan antara lain:

- a. Kegiatan kerohanian
- b. Arisan
- c. Kegiatan ekonomi produktif seperti berjualan
- d. Berkebun
- e. Forum diskusi penyaluran hobi dan lain-lain

Komisi Nasional Lanjut Usia (2010), menyatakan pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan di posyandu lansia, yaitu:

- a. Memberikan penyuluhan mengenai perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), upaya peningkatan status gizi lansia dan demonstrasi gizi sesuai pedoman gizi seimbang serta yang berkaitan dengan penunjang kesehatan lansia lainnya.
- b. Melakukan deteksi dini pada kondisi kesehatan lansia dengan melakukan pemeriksaan berkala menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia.
- c. Melaksanakan pengobatan sederhana bagi lansia yang sakit.
- d. Melaksanakan upaya rujukan baik ke puskesmas ataupun ke Rumah Sakit jika diperlukan.
- e. Melakukan rehabilitasi sederhana, hal ini dilakukan dalam upaya mengembalikan fungsi organ tubuh yang telah menurun.
- f. Melakukan kunjungan rumah (*home care*).

E. Mekanisme Pelaksanaan Kegiatan

Dalam memberikan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial yang prima terhadap kelompok lanjut usia diperlukan perencanaan yang matang, pelaksanaan yang benar serta

tepat waktu dan pengendalian yang akurat. Mekanisme pelaksanaan kegiatan posyandu lansia, berdasarkan Komisi Nasional Lanjut Usia (2010), dinyatakan sebagai berikut:

1. Perencanaan

Dalam menyusun sebuah rencana dibutuhkan data-data, yaitu berupa:

- a. Jumlah penduduk dan kepala keluarga 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.

Berdasarkan data-data tersebut diatas dapat dibuat suatu kriteria yang jelas baik sosial ekonomi, kemandirian, adanya lansia yang cacat maupun yang produktif. Untuk dapat mengetahui hal tersebut diperlukan adanya alat bantu kuesioner (lampiran) yang mana rencana yang perlu disusun adalah:

- a. Frekuensi kegiatan posyandu lanjut usia
Frekuensi kegiatan posyandu tergantung dari banyaknya jenis kegiatan yang dilakukan oleh

posyandu tersebut. Untuk pencapaian lanjut usia yang sejahtera dibutuhkan kegiatan sebagai berikut:

- 1) Olah raga / senam minimal 1 minggu sekali
- 2) Pengajian 1 minggu sekali
- 3) Pengukuran IMT (indeks masa tubuh) dan pemeriksaan kesehatan setiap bulan
- 4) Pemberantasan buta aksara, hal ini bergantung pada kondisi (peserta, pengajar, waktu dan tempat)
- 5) Konseling, penyuluhan kesehatan dan gizi serta masalah sosial, karya/usaha ekonomi produktif juga pendidikan.
- 6) Peningkatan pendapatan dan lain-lain sesuai dengan kesepakatan.

b. Jenis kegiatan posyandu

Pada dasarnya jenis kegiatan posyandu lansia tidak berbeda dengan kegiatan posyandu balita atau kegiatan upaya kesehatan sumberdaya masyarakat lainnya. Posyandu lansia kegiatannya tidak hanya mencakup upaya kesehatan saja namun meliputi pula upaya sosial dan karya serta pendidikan. Hal itu disebabkan karena permasalahan yang dihadapi para lansia bersifat kompleks.

Jenis kegiatan yang dilaksanakan di posyandu lansia yaitu:

- 1) Kegiatan pengukuran IMT melalui pengukuran berat badan dan tinggi badan. Kegiatan ini dilakukan sekali dalam 1 bulan

- 2) Kegiatan pemeriksaan tekanan darah dilakukan minimal 1 kali dalam sebulan, namun bagi yang menderita tekanan darah tinggi dianjurkan setiap minggu.
 - 3) Kegiatan pemeriksaan kadar haemoglobin darah (Hb), kadar gula darah dan kolesterol darah. Bagi lanjut usia yang sehat cukup 6 bulan sekali. Namun bagi yang mempunyai faktor resiko turunan kencing manis dan obesitas sebaiknya setiap 3 bulan dan bagi yang sudah menderita maka dilakukan setiap bulan. Kegiatan pemeriksaan laboratorium ini dapat dilakukan oleh tenaga puskesmas atau dikoordinasikan dengan laboratorium setempat.
 - 4) Kegiatan konseling dan penyuluhan kesehatan serta gizi, harus dilakukan setiap bulan karena permasalahan lanjut usia akan meningkat seiring dengan berjalannya waktu, selain itu dapat memantau factor resiko penyakit-penyakit degeneratif agar masyarakat mengetahui dan dapat mengendalikannya.
 - 5) Konseling usaha ekonomi produktif dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
 - 6) Kegiatan aktivitas fisik/senam minimal dilakukan 1 kali dalam seminggu diluar jadwal penyelenggaraan posyandu
- c. Tenaga pelaksana kegiatan
- Tenaga pelaksana kegiatan posyandu lansia pada dasarnya yaitu semua pengurus posyandu yang saling

membantu dengan penanggung jawab masing-masing bidang. Kelompok lansia yang lebih sehat dan tampak lebih muda dapat diberdayakan untuk dapat membantu kegiatan tersebut sesuai dengan kemampuan masing-masing. Dengan mengajak mereka dalam penyelenggaraan posyandu akan memberikan banyak manfaat bagi para lanjut usia tersebut.

d. Biaya kegiatan posyandu

Perencanaan biaya kegiatan posyandu harus diperhitungkan dengan seksama agar kegiatan dapat terselenggara sesuai dengan rencana, baik biaya transportasi nara sumber/pelatih senam (biasanya dari sektor terkait), biaya ATK (alat tulis kantor), biaya makanan, biaya obat diluar bantuan puskesmas, biaya pemeriksaan laboratorium diluar bantuan pukesmas, dokumentasi dan biaya lainnya yang tak terduga.

e. Pengembangan kegiatan posyandu lansia.

Perencanaan pengembangan kegiatan yang perlu diperhatikan yaitu apakah kegiatan yang telah diselenggarakan dibutuhkan masyarakat? apakah kegiatan yang akan dikembangkan dapat menyempurnakan kegiatan sebelumnya atau adanya peningkatan kualitas? apakah posyandu ini memiliki sumberdaya yang cukup untuk pengembangan kegiatan dan bagaimana caranya agar kegiatan tersebut dapat terus terselenggara dengan baik dan menjadi suatu rutinitas.

Pertanyaan-pertanyaan tersebut dapat dijawab dengan cara mendiskusikannya dengan semua pengurus, tokoh masyarakat, ataupun perwakilan anggota dan dengan melakukan monitoring kegiatan yang telah dilaksanakan atau dapat juga dengan melakukan studi banding ke posyandu atau LSM/institusi yang telah melaksanakan posyandu lansia.

2. Pelaksanaan

Kegiatan posyandu lansia dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah disepakati, namun berdasarkan pengelompokan kegiatan dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Kegiatan pelayanan kesehatan dan gizi
- b. Kegiatan seni budaya, olahraga dan rekreasi
- c. Kegiatan peningkatan spiritual
- d. Kegiatan kesejahteraan/sosial
- e. Kegiatan pendidikan keterampilan

Kegiatan-kegiatan tersebut diatas diatur sesuai dengan ketenagaan, waktu dan tempat.

Pada prinsipnya kegiatan pelayanan kesehatan harus dilakukan 1 bulan sekali agar dapat memantau kondisi kesehatan lansia secara berkala.

Kegiatan olahraga/senam bersama minimal dilakukan satu kali dalam seminggu, selanjutnya senam dapat dilakukan di rumah masing-masing untuk menjaga kelenturan otot dan sendi, karena dalam 48 jam otot akan menjadi kaku kembali sehingga olahraga/senam yang paling baik adalah 3-5 kali dalam seminggu selama 30-60 menit.

Kegiatan lain dalam posyandu lansia dapat dilakukan secara bersama-sama atau sendiri-sendiri sesuai kebutuhan.

Pada beberapa daerah penyelenggaraan posyandu lansia dilaksanakan pada hari dan tempat yang sama dengan jam yang berbeda dengan posyandu balita. Hal ini tampak sulit dilakukan, namun pada kenyataannya dapat memberikan banyak manfaat. Integrasi penyelenggaraan posyandu balita dengan posyandu lansia dapat terjalin solidaritas antar tiga generasi.

3. Pengendalian

Pengendalian posyandu lansia dilakukan dengan melaksanakan monitoring dan evaluasi. Apapun kegiatan yang dilakukan perlu adanya monitoring dan evaluasi untuk mengetahui tingkat keberhasilan ataupun perkembangan serta kemungkinan adanya hambatan. Pengendalian posyandu lansia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu pengendalian internal dan pengendalian eksternal.

Pengendalian internal adalah pengendalian yang dilakukan oleh tenaga posyandu, sedangkan pengendalian eksternal dapat dilakukan oleh pihak luar seperti masyarakat sekitar, lansia atau pihak luar lainnya. Pengendalian eksternal ini penting dilakukan karena dapat memberikan hasil yang lebih objektif.

Untuk dapat melakukan evaluasi dengan baik dan akurat diperlukan beberapa indikator. Indikator tersebut adalah:

- a. Frekuensi pertemuan/pelaksanaan kegiatan
- b. Kehadiran kader
- c. Pelayanan kesehatan, baik yang mencakup penimbangan, pemeriksaan laboratorium, hasil

pemeriksaan kesehatan maupun 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 keterampilan
- j. Ketersediaan dana penunjang penyelenggaraan kegiatan.

4. Pembiayaan

Biaya kegiatan posyandu lansia merupakan kegiatan partisipasi masyarakat dari masyarakat untuk masyarakat. Secara umum biaya ini berasal dari masyarakat itu sendiri melalui berbagai cara, baik dari iuran para warga, donatur tetap ataupun tidak tetap, usaha mandiri dari posyandu, bantuan dari dunia usaha / CSR (*Corporate Social Responsibility*), ataupun bantuan dari pemerintah, dll.

Kegiatan posyandu lansia yang sudah dapat berjalan dengan lancar dan banyak menyelenggarakan kegiatan yang inovatif, tentu akan banyak menarik minat para donatur untuk memberikan bantuan atau kerjasama baik dari pihak swasta, perguruan tinggi, maupun pemerintah. Penting yang perlu diingat yaitu adanya perencanaan biaya berdasarkan azas manfaat, efisiensi dan kejelasan pelaksanaan kegiatan serta pertanggung jawaban yang akurat.

BAB IV

PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT LANJUT USIA

A. Pengertian Puskesmas Lanjut Usia (lansia)

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes No 67, 2015)

Puskesmas Santun Lanjut Usia merupakan bentuk pendekatan pelayanan proaktif bagi lanjut usia, untuk mendukung peningkatan kualitas hidup dan kemandirian lanjut usia. Pelayanan kesehatan kepada Lanjut usia dapat dilakukan di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Kelompok Lanjut Usia dan Juga oleh Bidan Desa.

Puskesmas Santun Lanjut Usia adalah Puskesmas yang melakukan pelayanan kepada Lansia yang mengutamakan aspek promotif dan preventif di samping aspek kuratif dan rehabilitatif, secara proaktif, baik dan sopan serta memberikan kemudahan dan dukungan bagi Lansia. Unsur-unsur Puskesmas Santun Lanjut Usia sebagai berikut:

1. Proaktif: berupa pelayanan kesehatan pada saat kegiatan di kelompok lanjut usia yang melaksanakan kunjungan pada penderita yang dirawat di rumah.

2. Memberikan kemudahan proses pelayanan berupa fasilitas loket dan ruang pemeriksaan tersendiri di Puskesmas atau sesuai dengan kondisi setempat.
3. Santun: pelayanan terhadap para lanjut usia dilakukan secara profesional dengan memberikan perlakuan sopan, hormat dan menghargai sosok insan yang lebih tua serta memberikan dukungan dalam rangka mendorong kemandiriannya untuk mencapai masa tua dengan derajat kesehatan yang optimal.
4. Pelayanan oleh tenaga profesional serta penatalaksanaannya dikoordinasikan oleh pengelola program lanjut usia di Puskesmas bekerjasama dengan unsur lintas sektor maupun swasta berdasarkan kemitraan.
5. Melaksanakan pelayanan dengan standar teknis pelayanan yang berlaku.

B. Ciri – ciri Puskesmas Santun Usila

Ciri-ciri Puskesmas Santun Lanjut usia Santun Lansia yaitu:

1. Memberikan pelayanan yang baik, berkualitas dan sopan Lanjut usia sebagai kelompok umur yang kemampuan fisiknya sangat terbatas dibandingkan dengan kelompok umur lainnya, kerap kali mempunyai kebutuhan pelayanan yang berbeda dengan kelompok umur lainnya. Lanjut usia yang mempunyai gerak yang lamban. Kesiapan petugas Puskesmas dalam pelayanan perlu diperhatikan antara lain (balai besar pelatihan kesehatan): a) Kesabaran dalam menghadapi Lanjut usia. B) Kemauan & kemampuan untuk memberikan penjelasan secara tuntas c)

Melayani kebutuhan pelayanan kesehatan Lanjut usia sesuai prosedur yang berlaku. d) Menghargai Lanjut usia dengan memberikan pelayanan yang sopan dan santun.

2. Memberikan kemudahan dalam pelayanan kepada Lanjut usia.

Kemudahan pelayanan bagi Lanjut usia dibutuhkan karena pada kenyataannya kondisi fisik Lanjut usia seringkali membutuhkan perhatian dan prioritas dalam penanganannya seperti didahulukan dari kelompok umur lainnya untuk menghindari antrian yang berdesakan. Kemudahan lain yang bisa diberikan kepada Lanjut usia adalah Puskesmas dapat memberikan pelayanan melalui loket pendaftaran tersendiri atau antrian loket khusus untuk Lansia, ruang tunggu dengan tempat duduk khusus (ramah Lansia), kamar mandi atau toilet yang aman buat Lansia serta jalan atau koridor yang aman bagi Lanjut usia. Semua fasilitas ini dapat disesuaikan dengan kondisi setempat (balai besar pelatihan kesehatan).

3. Memberikan keringanan dan penghapusan biaya pelayanan kesehatan bagi Lanjut usia dari keluarga miskin/tidak mampu.

Lanjut usia kebanyakan sudah pensiun atau tidak bekerja, sering kali mereka mempunyai keterbatasan dalam pendanaan, baik dalam mencukupi biaya hidup ataupun dalam menyediakan dana bagi kebutuhan kesehatannya. Oleh karena itu bagi para Lanjut usia yang tidak mampu atau terlantar, perlu diberikan

keringanan ataupun penghapusan biaya pelayanan di Puskesmas sesuai ketentuan yang berlaku. Untuk mendapatkan fasilitas Jamkesmas maka Lanjut usia harus mendapat prioritas dan difasilitasi oleh Puskesmas untuk mendapatkan kartu jamkesmas tersebut (balai besar pelatihan kesehatan).

4. Memberikan dukungan atau bimbingan pada Lanjut usia dlm memelihara dan meningkatkan kesehatannya agar tetap sehat dan mandiri. Melakukan penyuluhan kesehatan, gizi kepada Lansia, tetap berperilaku hidup sehat, agar dapat lebih meningkatkan kesehatannya.
 - a) Menganjurkan agar tetap melakukan raktifitas sehari-hari sesuai kemampuan serta menjaga kebugarannya dengan olahraga atau senam secara rutin.
 - b.) Menganjurkan tetap melakukan dan mengembangkan hobi atau kemampuannya, terutama bagi aktivitas yang merupakan usaha ekonomi produktif.
 - c.) Menganjurkan melaksanakan aktifitas secara bersama dengan kelompoknya: pengajian, kesenian, rekreasi dan lain-lain dengan harapan merasakan kebersamaan dan saling berbagi.
5. Melakukan pelayanan kesehatan secara proaktif untuk dapat menjangkau sebanyak mungkin sasaran Lanjut usia yang ada di wilayah kerja Puskesmas. Melakukan fasilitasi & pembinaan pada Poksila dgn deteksi dini, pemeriksaan kesehatan & tinjauan pada saat kegiatan
 - a. Bagi Lansia yg dirawat di rumah dilakukan kunjungan rumah untuk perkesmas
 - b. Pelayanan kesehatan di Pusling / kunjungan luar Gedung.

6. Melakukan kerjasama dengan lintas program dan lintas sektoral terkait di tingkat kecamatan dengan asas kemitraan, untuk bersama-sama melakukan pembinaan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup lanjut usia. Pembinaan lanjut usia khususnya dalam pembinaan kesehatan, kadangkadang memerlukan peran program dan sektor lain untuk membantu keberhasilan pembinaan tersebut. Misalnya dalam kaitan kesehatan mental dan sosial atau peningkatan peran keluarga dan masyarakat dalam pemberdayaan lanjut usia. sesuai dengan asas kemitraan yang dianut dalam melaksanakan kerjasama dengan lintas sektor terkait di tingkat kecamatan/desa. Puskesmas bersama sektor terkait melakukan koordinasi dan menggalang kerjasama pada setiap kesempatan. Upaya ini dilaksanakan dengan membentuk tim kelompok kerja tetap di tingkat kecamatan atau tim pelaksana pembinaan di tingkat kelurahan dengan Kepala wilayah sebagai penanggung jawab.

C. Manajemen Puskesmas Santun Usia

Pelaksanaan suatu kegiatan perlu mengacu paada prinsip-prinsip manajemen yang berlaku. Demikian juga halnya dengan pelaksanaan kegiatan Puskesmas Santun Lanjut Usia, manajemen yang dimaksud adalah bahwa semua kegiatan akan melalui tahap-tahap perencanaan, pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Diharapkan dengan perencanaan yang baik, pelaksanaan terarah serta monitoring dan evaluasi

yang baik, semua kegiatan akan dapat berhasil optimal dan sesuai target yang di tentukan.

1. Perencanaan

- a. Kesepakatan antara Puskesmas dengan pembinaan kesehatan Lanjut usia meliputi siapa penanggung jawab, koordinator dan pelaksana kegiatan pelayanan kesehatan Lanjut usia.
- b. Pengumpulan data dasar, peta lokasi Lanjut usia dan sumber dukungan kegiatan
- c. Melakukan pendekatan dan kerjasama dengan lintas sektor di tingkat kecamatan/ desa/ kelurahan.

2. Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan pelayanan melalui strategi Puskesmas santun Lanjut usia, diberlakukan prosedur yang memberikan kemudahan dan kenyamanan para Lanjut usia, yaitu ada loket khusus dan adanya ruang pelayanan khusus dan semua fasilitas yang memudahkan para Lanjut usia untuk mendapatkan pelayanan (kursih khusus untuk lansia, koridor dengan pegangan, tangga dengan pegangan dan tidak terjal, toilet dengan pegangan dll). Adapun kegiatan pelayanan bagi Lanjut usia meliputi:

- a. Kegiatan Promotif
Kegiatan promotif dilakukan kepada Lanjut usia, keluarga ataupun masyarakat sekitarnya berupa konseling dan penyuluhan tentang perilaku hidup sehat, gizi untuk Lanjut usia, upaya meningkatkan kebugaran jasmani, pemeliharaan kemandirian serta produktivitas Lanjut usia.

b. Kegiatan preventif

Kegiatan ini bertujuan untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penyakit dan komplikasinya akibat proses degeneratif. Kegiatan berupa deteksi dini dan pemantauan kesehatan Lanjut usia dengan menggunakan kartu Menuju Sehat (KMS) Lanjut usia.

c. Kegiatan kuratif

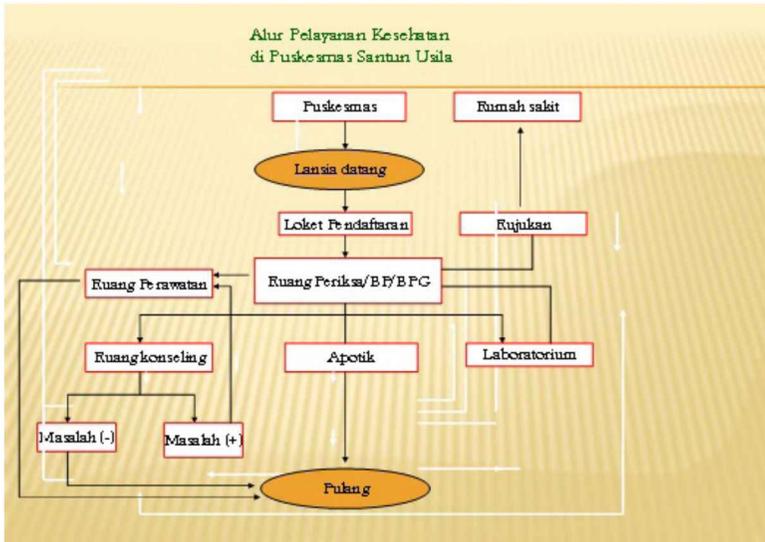
Kegiatan pengobatan ringan bagi Lanjut usia yang sakit dan pengobatan lebih lanjut ataupun perawatan bagi Lanjut usia yang sakit dapat dilakukan di fasilitas pelayanan seperti Puskesmas pembantu. Bila Lansia sakit dan butuh penanganan dengan fasilitas yang lebih lengkap, maka akan dilakukan rujukan ke Rumah Sakit setempat.

d. Kegiatan rehabilitatif

Upaya rehabilitatif ini dapat berupaya medis, psikososial, edukatif, maupun upaya-upaya lain yang dapat semaksimal mungkin mengembalikan kemampuan fungsional dan kepercayaan diri Lanjut usia.

3. Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring dilakukan melalui pencatatan dan pelaporan yang berlaku atau pengamatan langsung, untuk melihat apakah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang ditetapkan dan keberhasilan kegiatan, disamping melihat hambatan/masalah yang timbul serta kinerja pelaksana baik petugas Puskesmas maupun kader. Upaya ini dilakukan juga agar terjadi kesinambungan kegiatan dan peningkatannya. Evaluasi kegiatan dilakukan melalui pemanfaatan data hasil



D. Panti Werdha

1. Pengertian Panti Werdha

Panti Sosial Tresna Werdha atau Panti werdha adalah unit pelaksana teknis kegiatan pelayanan sosial kepada lansia untuk memenuhi kebutuhan hidup mereka secara layak melalui pemberian penampungan yaitu penempatan lansia di dalamnya, jaminan hidup seperti makanan dan pakaian, pemeliharaan kesehatan, pengisian waktu luang termasuk rekreasi, bimbingan sosial, mental serta agama, sehingga mereka dapat menikmati hari tuanya dengan diliputi ketentraman lahir dan batin (Direktorat Jenderal Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial & Direktorat Bina Pelayanan Sosial Lanjut Usia, 2004).

Definisi lain panti werdha adalah tempat dimana berkumpulnya orang-orang lanjut usia yang baik secara sukarela ataupun diserahkan oleh keluarga untuk diurus segala keperluannya. Dimana beberapa tempat ini ada yang dikelola oleh pemerintah baik pihak swasta. Dan ini sudah merupakan kewajiban negara untuk menjaga dan memelihara setiap warga negaranya sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1996 (Direktorat Jenderal Departemen Hukum dan HAM, 1996).

Menurut Notoatmodjo (2007) Panti werdha adalah suatu wadah pelayanan bagi usia lanjut di masyarakat, dimana 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 pada upaya promotif dan preventif. Panti werdha merupakan unit pelaksanaan teknis yang memberikan pelayanan sosial bagi lanjut usia, yaitu berupa pemberian penampungan, jaminan hidup seperti makanan dan pakaian, pemeliharaan kesehatan, pengisian waktu luang termasuk rekreasi, bimbingan sosial, mental serta agama, sehingga mereka dapat menikmati hari tuanya dengan diliputi ketentraman lahir batin (DEPSOS RI, 2003). Sedangkan menurut Cahyo, Ismawati, (2010) panti werdha merupakan pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan.

Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa panti werdha merupakan tempat tinggal lansia baik di dalam maupun diluar panti, dimana lansia diberikan bimbingan dan

perawatan agar mereka dapat terpenuhi kebutuhannya dan dapat menikmati hari tuanya dengan penuh kenyamanan, sehingga nantinya akan menciptakan kesejahteraan sosial bagi lansia.

2. Tujuan Panti Werdha

Panti werdha merupakan salah satu lembaga yang bertujuan untuk memberikan pelayanan sosial bagi lansia, meningkatkan taraf kesejahteraan bagi lansia agar dapat menikmati hari tua dengan suasana aman, tentram, sejahtera lahir dan batin (Salmah 2010).

Menurut Depkes RI (2003) tujuan umum dari panti werdha adalah meningkatkan kesejahteraan lansia melalui kegiatan yang mandiri dalam masyarakat. Tujuan khususnya meliputi:

- a. Meningkatkan kemudahan bagi pada lanjut usia dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
- b. Meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan lanjut usia, khususnya aspek peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan aspek pengobatan dan pemulihan.
- c. Berkembangnya panti werdha dengan kualitas yang baik secara berkesinambungan.

Herwijayanti (2007) mengungkapkan tujuan panti werdha sebagai berikut:

- a. Pusat pelayanan kesejahteraan lanjut usia (dalam memenuhi kebutuhan pokok lansia)
- b. Menyediakan suatu wadah berupa kompleks bangunan dan memeberikan pula kesempatan bagi lansia melakukan aktivitasaktivitas sosial-rekreasi.

- c. Bertujuan membuat lansia dapat menjalani proses penuaan dengan sehat dan mandiri.

Dari beberapa penjabaran diatas dapat disimpulkan tujuan panti werdha adalah untuk memenuhi kebutuhan lansia mencakup biologis, psikologis, sosial, dan spiritual serta terwujudnya kesejahteraan sosial lansia yang meliputi rasa tenang, tentram, bahagia, dan mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa.

3. Faktor-Faktor Penyebab Lansia Tinggal Di Panti Werdha

Faktor-Faktor yang menyebabkan Lansia tinggal di Panti Werdha. Kadir (2009) menjelaskan beberapa faktor yang menyebabkan lansia tinggal di panti werdha, yaitu:

- a. Perubahan tipe keluarga

Perubahan tipe keluarga dari keluarga besar (*extended family*) menjadi keluarga kecil (*nuclear family*). Dimana pada awalnya hanya terdiri ayah, ibu, dan anak, tetapi sesuai dengan perkembangan ada tahap dimana keluarga menghadapi anak yang menikah atau membentuk keluarga sendiri, sehingga yang terjadi orang tua akan tinggal berdua saja, pasangan meninggal, atau bercerai, kurangnya kasih sayang. Dalam kondisi ini tentu saja membutuhkan peran pengganti keluarga.

- b. Kebutuhan sosialisasi lanjut usia

Apabila lanjut usia tinggal bersma keluarga mungkin akan mengalami pearasaan bosan karena selalu ditinggal sendirian, anaknya mungkin pergi bekerja dan cucunya pergi ke sekolah, sehingga lanjut usia

mebutuhkan suatu lingkungan sosial dimana di dalam komunitas tersebut terdapat beberapa kesamaan, dan kegiatan sehingga lanjut usia merasa betah dan kembali bersemangat.

Herwijayanti (2007) menjelaskan ada beberapa faktor mengapa lansia tinggal di panti werdha yaitu: adalah menghadapi anak-anak yang sudah selesai pendidikannya dan mulai mandiri sehingga mulai meninggalkan rumah dan berdiri sendiri kehilangan suami, atau istri, anak maupun keluarga lain (sebatang kara), memiliki keluarga tetapi tidak ada yang peduli, tidak ada yang memperhatikan, kurang kasih sayang dan tidak adanya waktu luang untuk bercengkrama dan berbagi rasa, sering bermasalah dengan keluarga sehingga tidak mau bergabung dengan anak dan keluarga lain, ada yang ingin hidup menyendiri, menjauhkan diri dari keluarga bahkan ada yang ingin melupakan keluarga.

Rianto (2004) menyatakan faktor-faktor penyebab lansia tinggal di panti werdha adalah:

- a. Ketiadaan sanak keluarga, kerabat dan masyarakat lingkungan yang dapat memberikan bantuan tempat tinggal dan penghidupan.
- b. Kesulitan hubungan antara usia lanjut dengan keluarga di tempat selama ia tinggal.
- c. Ketidakmampuan keuangan atau ekonomi dari keluarga untuk menjamin penghidupan secara layak.
- d. Kehidupan penghidupannya tidak dapat dipenuhi melalui lapangan kerja yang ada.

- e. Perbedaan nilai-nilai yang dianut antara para usia lanjut dengan generasi muda yang mengakibatkan timbulnya keresahan para usia lanjut.
- f. Berkurangnya kesempatan keluarga untuk memberikan pelayanan kepada usia lanjut.

E. Jenis Pelayanan Kesehatan di Panti Werdha

1. Upaya Promotif

Upaya untuk menggairahkan semangat hidup dan meningkatkan derajat kesehatan Lansia agar tetap berguna, baik bagi dirinya, keluarga, maupun masyarakat, kegiatannya berupa:

- a. Penyuluhan kesehatan dan atau pelatihan bagi petugas Panti mengenai hal- hal: masalah gizi dan diet, perawatan dasar kesehatan, keperawatan kasus darurat, mengenal kasus gangguan jiwa, olahraga, dan teknik-teknik berkomunikasi.
- b. Bimbingan rohani pada Lansia, kegiatannya antara lain: Sarasehan, pembinaan mental dan ceramah keagamaan, pembinaan dan pengembangan kegemaran pada Lansia di Panti.
- c. Rekreasi.
- d. Kegiatan lomba antar Lansia di dalam atau antar Panti.
- e. Penyebarluasan informasi tentang kesehatan Lansia di Panti maupun masyarakat luas melalui berbagai macam media.

2. Upaya Preventif

Upaya pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya penyakit-penyakit yang disebabkan oleh proses penuaan dan komplikasinya menurut kegiatannya adalah sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan berkala yang dapat dilakukan di Panti oleh petugas kesehatan yang datang ke Panti secara periodik atau di Puskesmas dengan menggunakan KMS Lansia.

Penjaringan penyakit pada Lansia, baik oleh petugas kesehatan di Puskesmas maupun petugas Panti yang telah dilatih dalam pemeliharaan kesehatan Lansia.

- b. Pemantauan kesehatan oleh dirinya sendiri dengan bantuan petugas Panti yang menggunakan buku catatan pribadi.
- c. Melakukan olahraga secara teratur sesuai dengan kemampuan dan kondisi masing-masing Lansia.
- d. Mengelola diet dan makanan Lansia penghuni Panti sesuai dengan kondisi kesehatannya masing-masing.
- e. Meningkatkan ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.
- f. Mengembangkan kegemarannya agar dapat mengisi waktu dan tetap produktif.
- g. Melakukan orientasi realita, yaitu upaya pengenalan terhadap lingkungan sekelilingnya agar Lansia dapat lebih mampu mengadakan hubungan dan pembatasan terhadap waktu, tempat, dan orang secara optimal.

3. Upaya Kuratif

Upaya pengobatan bagi Lansia oleh petugas kesehatan atau petugas Panti terlatih sesuai kebutuhan berupa hal-hal berikut:

- a. Pelayanan kesehatan dasar di Panti oleh petugas kesehatan atau petugas Panti yang telah dilatih melalui bimbingan dan pengawasan petugas kesehatan/Puskesmas.
- b. Perawatan kesehatan jiwa.
- c. Perawatan kesehatan gigi dan mulut.
- d. Perawatan kesehatan mata.
- e. Perawatan kesehatan melalui kegiatan di Puskesmas.
- f. Rujukan ke rumah sakit, dokter spesialis, atau ahli kesehatan yang diperlukan.

4. Upaya Rehabilitatif

Upaya pemulihan untuk mempertahankan fungsi organ seoptimal mungkin. Kegiatan ini dapat berupa rehabilitasi fisik, mental dan vokasional (keterampilan).Kegiatan ini dilakukan oleh petugas kesehatan dan petugas Panti yang telah dilatih.

F. Fase-Fase Pelaksanaan Keperawatan di Panti

1. Fase Orientasi

Melakukan pengumpulan data pada Lansia secara individu atau kelompok dan situasi dan kondisi Panti, data yang dikumpulkan adalah sebagai berikut :

- a. Data identitas Lansia.
- b. Data kesehatan Lansia: data tentang penyakit yang diderita, gejala yang dirasakan, observasi kondisi fisik dan mental Lansia.
- c. Sarana dan prasarana pelayanan keperawatan di Panti.
- d. Sumber Daya Manusia (SDM) di Panti.
- e. Fasilitas pendukung pelayanan keperawatan.
- f. Faktor pendukung lain yang dapat digunakan sebagai pencapaian tujuan.

2. Fase Identifikasi

Setelah data terkumpul pada fase orientasi, maka dapat disimpulkan masalah kesehatan yang terjadi pada Lansia di Panti. Kemudian merencanakan tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah yang terjadi pada Lansia.

3. Fase Intervensi

Melakukan tindakan sesuai dengan rencana, misalnya memberikan penyuluhan kesehatan, konseling, advokasi, kolaborasi, dan rujukan.

4. Fase Resolusi

Pada fase resolusi yang dilakukan adalah menilai keberhasilan tindakan pada fase intervensi dan menentukan perkembangan kondisi pada Lansia.

BAB V

KONSEP KEPERAWATAN GERONTIK

A. Pengertian Keperawatan Gerontik

Keperawatan yang berkeahlian khusus merawat lansia diberi nama untuk pertama kalinya sebagai keperawatan *geriatric* (Ebersole et al, 2005). Namun, pada tahun 1976, nama tersebut diganti dengan *gerontological*. Gerontologi berasal dari kata *geros* yang berarti lanjut usia dan *logos* berarti ilmu. Gerontologi adalah ilmu yang mempelajari tentang lanjut usia dengan masalah-masalah yang terjadi pada lansia yang meliputi aspek biologis, sosiologis, psikologis, dan ekonomi.

Gerontologi merupakan pendekatan ilmiah (*scientific approach*) terhadap berbagai aspek dalam proses penuaan (Tamher&Noorkasiani, 2009). Menurut Miller (2004), gerontologi merupakan cabang ilmu yg mempelajari proses manuan dan masalah yg mungkin terjadi pada lansia. Geriatrik adalah salah satu cabang dari gerontologi dan medis yang mempelajari khusus aspek kesehatan dari usia lanjut, baik yang ditinjau dari segi promotof, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang mencakup kesehatan badan, jiwa, dan sosial, serta penyakit cacat (Tamher&Noorkasiani, 2009).

Keperawatan gerontik adalah istilah yang diciptakan oleh Laurie Gunter dan Carmen Estes pada tahun 1979 untuk menggambarkan bidang ini. Namun istilah keperawatan gerontik sudah jarang ditemukan di literature (Ebersole et al, 2005). *Gerontic nursing* berorientasi pada lansia, meliputi seni, merawat, dan menghibur. Istilah ini belum diterima secara luas,

tetapi beberapa orang memandang hal ini lebih spesifik. Menurut Nugroho (2006), gerontik adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan lanjut usia dengan segala permasalahannya, baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Menurut para ahli, istilah yang paling menggambarkan keperawatan pada lansai adalah *gerontological nursing* karena lebih menekankan kepada kesehatan ketimbang penyakit. Menurut Koziar (1987), keperawatan gerontik adalah praktek perawatan yang berkaitan dengan penyakit pada proses menua. Menurut Lueckerotte (2000) keperawatan gerontik adalah ilmu yang mempelajari tentang perawatan pada lansia yang berfokus pada pengkajian kesehatan dan status fungsional, perencanaan, implementasi serta evaluasi.

Keperawatan gerontik merupakan bentuk pelayanan profesional yang didasarkan pada ilmu dan kiat/teknik keperawatan yang bersifat komprehensif terdiri dari bio-psikososio-spiritual dan kultural yang holistik, ditujukan pada klien lanjut usia, baik sehat maupun sakit pada tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (UU RI No.38 tahun 2014). Pelayanan profesional komprehensif adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat, baik dalam keadaan sehat maupun sakit.

Pengertian lain dari keperawatan gerontik adalah praktek keperawatan yang berkaitan dengan penyakit pada proses menua (Koziar, 1987). Proses menua merupakan suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua adalah proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai

dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang menendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, pengelihatn semakin memburuk, gerakan lambat dan figure tubuh yang tidak proporsional.

Praktik keperawatan gerontik merupakan pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan dengan focus pada masalah kesehatan yang dialami masa gerontik. Masalah Kesehatan yang dialami pada masa gerontik yaitu:

a. Perubahan kondisi fisik

Ketika seseorang memasuki masa tua mulai terjadi kondisi fisik yang bersifat patologis berlipat (*multiple pathology*), misalnya tenaga mulai berkurang, energi mulai terjadi penurunan, kulit mulai berkeriput, gigi mulai ompong, tulang mulai menglai pengeroposan dan rapuh. Secara umum kondisi fisik beberapa orang tersebut mulai memasuki masa lansia dengan mengalami beberapa tanda tersebut dengan berlipat ganda. Hal tersebut akan dapat menimbulkan beberapa gangguan tau penurunan fungsi fisik, psikologis maupun social, yang selanjutnya dapat menyebabkan keadaan ketergantungan pada orang lain baik secara ketergantungan penuh maupun ketergantungan parsial.

b. Penurunan fungsi dan potensi seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual seringkali terjadi pada lansia karena disertai dengan terjadinya penurunan fungsi dari organ tubuh yang lain seperti: gangguan jantung, gangguan metabolisme (seperti diabetes mellitus), mulai terjadi penurunan fungsi pencernaan secara tidak sempurna menyebabkan nafsu makan mulai berkurang, penggunaan obat-obat tertentu (seperti antihipertensi, golongan steroid, tranquilizer) dll.

c. Perubahan aspek psikososial

Secara umum pada lansia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik (konatif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti Gerakan, Tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan.

d. Perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan

Biasanya mereka yang memasuki masa gerontik, mengalami masalah dengan pekerjaan. Hal tersebut disebabkan karena Sebagian besar masa gerontik berada pada masa pensiun

Sedangkan menurut Lueckerotte (2000) keperawatan gerontik adalah ilmu yang mempelajari tentang perawatan pada lansia yang berfokus pada pengkajian kesehatan dan status fungsional, perencanaan, implementasi serta evaluasi.

Pengkajian Kesehatan dan status fungsional terkait gerontik menjadi pertimbangan khusus dalam melakukan pengakajian, hal tersebut disebabkan karena masalah yang terjadi pada masa gerontik adalah penurunan seluruh fungsi tubuh (penglihatan, pendengaran, kondisi ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, fungsi system perkemihan dan sataus nutrisi serta psikosial dan lingkungan. Prinsip perencanaan Tindakan keperawatan adalah;

- a. *Continuum of care* yaitu berkesinambungan adalah asuhan yang disediakan secara komprehensif disepanjang siklus hidup lansia serta diberikan dalam tempat yang berkesinambungan mencakup rumah, komunitas, puskesmas, dan tempat rujukan dalam membantu menyelesaikan masalah yang terjadi pada lansia.
- b. Rehabilitasi yaitu proses untuk membantu para penderita yang memerlukan kemampuan medis untuk mncapai kemampuan fisik, psikologis dan sosial yang maksimal. Hal tersebut serangkaian dengan kodisi Ketika lansia mendapatkan keputusan dan aktivitas-aktivitasnya yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu dan terkoordinasi ketika pasien dipulangkan dari lembaga pelayanan Kesehatan.
- c. Kemandirian yaitu kondisi dimana memberikan fasilitas pada pasien lansia untuk mampu menolong dirinya sendiri walaupun hal tersebut sangat dibutuhkan motivasi tinggi yang diberikan oleh keluarga atau orang -orang terkasih yang sanagt dekat hiuspnnya dengan lansia.

- d. *Long-time care* yaitu berbagai pelayanan Kesehatan yang diberikan pada lansia memerlukan perawatan jangka Panjang, berbagai layanan yang membantu memenuhi kebutuhan medis dan non medis bagi para lansia yang tidak mampu untuk merawat diri sendiri untuk waktu yang lama. Perawatan jangka Panjang difokuskan pada layanan individu dan terkoordinasi guna memaksimalkan kemampuan kemandirian dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup dan memenuhi kebutuhan dasar selama masa periode tertentu.
- e. *Home based care* yaitu memaksimalkan kemampuan perawatan dirumah terutama pada kesiapan keluarga dan orang terkasih dan terdekat hidupnya dengan lansia. *Home based care* sangat memungkinkan perawat untuk melakukan perawatan pada lansia dengan stanbay menemani lansia dirumah dengan *full time* atau *part time*.

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa keperawatan gerontik adalah suatu bentuk praktek keperawatan profesional yang ditujukan pada lansia baik sehat maupun sakit yang bersifat komprehensif terdiri dari bio-psiko-sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Fokus dan Tujuan Keperawatan Gerontik

Fokus Keperawatan gerontik merupakan upaya dalam meningkatkan kesenatan (health promotion), Pencegahan

penyakit (preventif), mengoptimalkan fungsi mental, Mengatasi gangguan Kesehatan secara umum.;

1. Peningkatan Kesehatan (Health Promotion)

Upaya yang dilakukan adalah memelihara kesehatan dan mengoptimalkan kondisi lansia dengan menjaga perilaku yang sehat. Lanjut usia merupakan bagian akhir dari tahapan proses tumbuh kembang manusia. Setiap manusia pasti menjadi tua, namun tua yang produktif sangat membanggakan bagi setiap orang. Sebab pada proses tahapan manusia ini merupakan salah satu tahapan dimana seseorang rentan terhadap penyakit.

Pemeliharaan Kesehatan pada setiap lansia tertuang dalam Undang-Undang RI nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan diarahkan untuk menjaga agar lansia tetap sehat dan produktif baik secara social maupun ekonomi. Upaya yang dilakukan terkait dengan pemeliharaan Kesehatan lansia tersebut bertujuan untuk meningkatkan derajat Kesehatan lansia.

Upaya pemeliharaan Kesehatan pada lansia salah satunya melakukan peningkatan pengetahuan tentang penyakit yang saaini diderita oleh lansia. Upaya peningkatan pengetahuan ini sering disebut dengan upaya *health education for the elderly* yaitu upaya Pendidikan pada lansia untuk tetap meningkatkan pengetahuan tentang penyakit yang diderita serta pencegahannya agar tidak menjadi lebih parah.

Upaya promotive pada lansia dilakukan melalui

- a. Memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang pada lansia.

Pendidikan Kesehatan tentang gizi seimbang pada lansia sangat penting, sebab hal tersebut dapat membantu para lansia dalam menyediakan diet sehari-hari. Gizi seimbang bagi lansia lebih diutamakan pada lansia yang mempunyai penyakit degeneratif, selain itu juga membantu lansia dalam mengontrol berat badan dan mendapatkan nutrisi yang mereka butuhkan. Pola makan sehat juga akan menurunkan risiko berbagai komplikasi penyakit seperti penyakit jantung dan diabetes mellitus.

b. Panduan pola makan lansia yaitu;

1) Fokus pada asupan gizi seimbang

Aturan pola makan lansia yang paling penting adalah mencukupi kebutuhan nutrisi dan gizinya. Mengonsumsi makanan kaya gizi dan nutrisi akan membantu lansia mendapatkan vitamin, mineral, protein, karbohidrat serta lemak yang mereka butuhkan. Bahan makanan sehat untuk lansia adalah: bahan makanan sumber karbohidrat, seperti oatmeal (bubur gandum), roti gandum, beras merah dan beras tumbuk. Bahan makanan sumber protein, seperti susu rendah lemak, ikan, tempe dan tahu. Bahan makanan sumber lemak sehat seperti kacang-kacangan (kacang tanah/seleai kacang), minyak kedelai, minyak jagung. Sayuran berwarna hijau tua hingga seperti bayam, kangkong, wortel, brokoli, labu kuning, labu siam dan tomat. Buah-buahan segar seperti pepaya, pisang, jeruk, apel, semangka dan lain sebagainya. Sebisa mungkin pilihlah makanan

segara dan hindari segala jenis makanan olahan yang mengandung bahan pengawet.

2) Mengatur porsi makan

Salah satu penyebab kenaikan berat badan yang drastis pada lansia adalah karena mereka tidak mengendalikan porsi makannya. Nah, itu yang menyebabkan para lansia menjadi kelebihan berat badan. Porsi makan lansia hendaknya diatur merata dalam satu hari sehingga mereka jadi makan lebih sering dengan porsi yang kecil. Dianjurkan bagi lansia untuk makan besar sebanyak tiga kali dengan makanan selingan sebanyak dua kali sehari. Bila lansia mengalami kesulitan mengunyah makanan karena gigi ompong atau gigi palsu yang bekerja kurang baik, maka makanan yang diberikan harus lunak atau dicincang dulu. Mengajak lansia makan Bersama-sama dalam satu meja akan meningkatkan nafsu makan mereka.

3) Batasi gula, garam dan lemak

Membatasi konsumsi gula, garam dan lemak sangat penting untuk menjaga Kesehatan lansia mengingat system pencernaan mereka tidak bisa bekerja semaksimal saat masih muda dulu. Apabila asupan gula, garam dan lemak ini tidak dibatasi, maka lansia akan beresiko lebih tinggi mengalami hipertensi, kolesterol tinggi, hiperglikemia, stroke, penyakit jantung dan diabetes mellitus.

4) Konsumsi kalsium

Kalsium berperan penting untuk menjaga Kesehatan dan kekuatan tulang. Sayangnya, penyerapan kalsium untuk tulang akan semakin berkurang seiring bertambahnya usia. Jika kepadatan tulang mulai berkurang hal ini akan membuat seseorang lebih rentan terhadap pengeroposan tulang dan gigi. Menurut angka cakupan gizi untuk masyarakat Indonesia, kebutuhan kalsium lansia dalam sehari adalah sebesar 1.000 mg. Lansia bisa mendapatkan sumber kalsium dari berbagai makanan seperti susu, keju, yogurt, kacang almond, ayuran hijau (bayam, kangkong dan bok choy) serta ikan (serden, inkan teri dan salmon).

5) Perhatikan kebutuhan kalori lansia

Seiring bertambahnya, usia, kebutuhan kalori lansia akan mengalami penurunan. Sedangkan kebutuhan nutrisinya tetap sama atau mengalami sedikit peningkatan. Ini terjadi lantaran semakin tua seseorang, biasanya semakin berkurang juga aktivitas fisik yang dilakukan. Alhasil, kebutuhan kalornya pun ikut menurun.

6) Selain berbagai hal yang sudah disebutkan diatas, asupan pola makan lansia yang tidak kalah penting adalah cairan. Kabanyakan lansia sering kesulitan memenuhi kebutuhan cairan hariannya. Itu sebabnya, mereka lebih rentan terkena dehidrasi. Nah, untuk menghindari dehidrasi, pastikan para

lansia memenuhi kebutuhan asupan cairannya dengan baik. Untuk memenuhi kebutuhan cairan tidak hanya tergantung dari minum air putih saja, namun juga bisa dihitung dari konsumsi makanan yang berkuah seperti supas atau buah dan sayuran yang banyak mengandung air. Tidak hanya menghindari dehidrasi, cara ini juga bisa dilakukan untuk memenuhi kebutuhan gizi harian yang dibutuhkan lansia untuk menjaga sistem kekebalan tubuhnya yang rentan dan rawan terhadap penyakit.

c. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Gerakan PHBS pada lansia merupakan langkah awal menuju peningkatan kualitas Kesehatan lansia. Pengertian PHBS adalah semua perilaku Kesehatan yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan seluruh anggotanya mampu menolong diri sendiri pada bidang Kesehatan serta memiliki peran aktif dalam aktivitas masyarakat.

Setiap Manusia pada dasarnya hidup di berbagai tatanan, yaitu berbagai tempat atau sistem sosial dimana ia melakukan kegiatan sehari-hari. Di setiap tatanan, faktor-faktor individu, lingkungan fisik dan lingkungan sosial berinteraksi dan menimbulkan dampak terhadap Kesehatan. Oleh sebab itu dapat pula dikatakan bahwa suatu tatanan adalah suatu tempat dimana manusia secara aktif memanipulasi lingkungan, sehingga menciptakan dan sekaligus juga mengatasi masalahnya di bidang Kesehatan.

Terdapat lima tatanan dalam menerapkan PBHS yaitu tatanan rumah tangga, tatanan institusi Pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat umum dan tatanan fasilitas Kesehatan. Akan tetapi, untuk melihat keberhasilan pembinaan PHBS, praktik PHBS yang dikur adalah yang dijumpai ditatanan rumah tangga. Telah ditetapkan 10 (sepuluh) indicator untuk menetapkan apakah sebuah rumah tangga dengan terdapat lansia dilamnya telah mempraktikan PBHS terutama pada lansia. Kesepuluh indicator tersebut merupakan Sebagian dari semua perilaku yang harus dipratikan dirumah tangga dan dipilih karena dianggap mewakili atau dapat mencerminkan keseluruhan perilaku anggota keluarga dan lansia. 10 indikator PHBS adalah persalinan ditolong oleh tenaga Kesehatan, imunisasi dan penimbangan balita, memiliki jamban sehat, memiliki akses air bersih, memiliki jamban sehat, kebersihan kuku, gizi kekuarga, tidak merokok dan menyalahgunakan NPSA, memiliki informasi PMS/AIDS, memiliki jaminan pemeliharaan Kesehatan/dana sehat terutama pada lansia denagan penyakit degeneratip.

Perilaku hidup bersih dan sehat pada dasarnya merupakan sebuah upaya untuk menularkan pengalaman mengenai perilaku hidup sehat melalui individu, masyarakat ataupun kelompok dengan jalur komunikasi sebagai media informasi. Terdapat bebrbagi in formasi yang dapat digunakan dalam bebrbagi pengalaman dalam upaya meningkatk pengetahuan para lansia seperti materi edukasi guna

menambah pengetahuan serta meningkatkan sikap dan perilaku terkait dengan cara hidup yang bersih dan sehat.

PHBS adalah sebuah rekayasa social yang bertujuan menjadikan sebanyak mungkin anggota masyarakat terutama lansia sebagai agen perubahan dalam meningkatkan kualitas hidup sehari-hari dengan tujuan mencapai derajat Kesehatan secara maksimal melalui hidup bersih dan sehat.

Terdapat Langkah dalam mencapai derajat Kesehatan secara maksimal melalui PBHS, yaitu; pendekatan pada tokoh agama dan masyarakat, pembinaan suasana dan juga pemberdayaan masyarakat dengan tujuan meningkatkan kemampuan dalam mengenal atau mengetahui masalah Kesehatan yang terjadi pada diri sendiri dan lingkungan disekitarnya, terutama pada tingkatan rumah tangga sebagai awal untuk memperbaiki pola dan gaya hidup agar lebih sehat dan lebih baik.

Tujuan utama dari Gerakan PHBS adalah meningkatkan kualitas Kesehatan melalui proses penyadaran dan peningkatan pengetahuan melalui keikutsertaan peran dari individu dalam mejalani perilaku kehisupan sehari-hari yang bersih dan sehat. Manfaat PHBS yang paling utama adalah terciptanya masyarat yang sadar akan pentingnya Kesehatan dan memiliki bekal pengetahuan dan kesadaran untuk menjalai perilaku hidup yang menjaga kebersihan dan memenuhi standart Kesehatan. Pedoman pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat sebagaimana tertuang

dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 2269/MENKES/PER/XI/2011.

Upaya PHBS pada lansia akan sangat bermanfaat dalam meningkatkan kualitas hidup pada lansia itu sendiri. Peningkatkan kemampuan lansia dalam menjaga kebersihan diri sendiri dan lingkungan yaitu mencuci tangan menggunakan sabun, pengelolaan air minum dan makanan yang memenuhi syarat, menggunakan air bersih, menggunakan jamban sehat, menggunakan masker, social distancing.

d. Olah Raga Secara rutin

Meskipun lansia tak muda lagi, para lansia dianjurkan untuk rutin melakukan aktifitas fisik. Terdapat beberapa jenis olah raga untuk lansia yang dapat dilakukan untuk menjaga kebugaran tubuh dan menurunkan risiko berbagai penyakit akibat penuaan. Aktivitas fisik secara rutin dapat membantu para lansia untuk lebih sehat, bugar dan tetap semangat. Namun, hal ini sering kali tidak disadari oleh sebagian lansia dan mereka hanya menghabiskan waktunya untuk duduk santai dan berbaring. Padahal, kurang bergerak atau jarang berolahraga bisa meningkatkan risiko berbagai masalah Kesehatan pada orang yang sudah berusia lanjut, misalnya nyeri sendi dan otot, tekanan darah tinggi, pikun, hingga diabetes. Oleh karena itu, agar dapat hidup lebih sehat di masa pension, para lansia perlu rutin berolahraga dan melakukan aktivitas fisik.

Bila seorang lansia belum terbiasa melakukan aktifitas fisik atau olahraga rutin, tidak ada kata terlambat untuk memulainya dari sekarang. Berikut adalah berbagai manfaat oleh raga bagi lansia:

- 1) Memperkuat otot dan sendi
- 2) Melancarkan peredaran darah
- 3) Mengurangi risiko terjadinya penyakit tertentu, seperti penyakit jantung, stroke dan diabetes tipe 2
- 4) Menjaga Kesehatan dan fungsi otak sekaligus menurunkan risiko gangguan pada otak, seperti demensia

Pada lansia disarankan untuk tetap aktif bergerak dan rutin berolahraga setidaknya 150 menit per minggu atau minimal 30 menit setiap harinya. Ada banyak pilihan olahraga bagi para lansia, diantaranya:

- 1) Berjalan

Salah satu aktivitas fisik paling sederhana dan baik untuk lansia adalah jalan santai. Aktivitas ini dapat menambah stamina, membakar kalori berlebih dan menguatkan jantung. Agar tetap bugar dan sehat, para lansia tidak perlu berjalan terlalu lama atau jauh. Cukup dengan rutin berjalan didalam rumah atau sekitar halaman. Namun, perlu diingat bahwa selama pandemic Covid 19 ini, para lansia perlu menerapkan protocol Kesehatan dan mengenakan masker saat hendak berjalan disekitar rumah.

2) Bersepeda

Bersepeda baik untuk meningkatkan kekuatan tulang dan sendi, serta menjaga Kesehatan jantung. Namun, guna mencegah yterjadi cedera, gunakan selalu pelindung saat bersepeda, seperti helm. Tak hanya itu, aturlah Kembali Kembali sadel pegangan sepeda sesuai dengan postur tubuh.

3) Berdansa

Melakukan Gerakan dansa sambal diiringi music atau lagu kesenangan tentu menjadi aktyivitas yang sangat menyenangkan. Tak hanya itu, ternyata berdansa juga baik untuk menjaga kebugaran dan keseimbangan tubuh.

4) Berenang

Berenanga merupakan merupakan salah satu pilihan olahraga yang paling baik baik lansia. Olah raga ini dapat meningkatkan kekuatan otot dan sendi, melancarkan aliran darah, serta baik untuk Kesehatan jantung, otak, dan paru-paru.

5) Pilates

Pilates merupakan salah satu bentuk Latihan fisik yang umumnya banyak dilakukan oleh anak muda. Namun, saat ini, beberapa kelas pilates juga menyediakan program Latihan khusus bagi para lansia. Latihan fisik ini bermafaat untuk meningkatkan keseimbangan tubuh, kekuatan otot, serta menambah energi dan stamina tubuh. Maski demikian, tidak semua lansia bisa

melakukan pilates. Oleh karena itu, konsultasi ke dokter terlebih dahulu jika ingin mencoba jenis olah raga ini.

6) Yoga

Yoga merupakan jenis olah raga yang bertujuan untuk melatih focus pikiran dan pernapasan. Tak hanya bermanfaat bagi Kesehatan fisik juga bisa untuk Kesehatan mental para lansia sehingga dapat mengurangi risiko stress atau depresi.

7) Tai chi

Tai Chi adalah satu jenis olah raga yang berasal dari Tiongkok. Sekilas, Gerakan tai chi hampir serupa dengan senam biasa, hanya saja memiliki ritme yang sangat lambat. Olah raga ini baik untuk meningkatkan kelenturan, keseimbangan dan kekuatan tubuh.

8) Latihan keseimbangan

Memasuki usia senja, tubuh biasanya akan mengalami penurunan keseimbangan sehingga meningkatkan risiko cedera. Latihan keseimbangan dapat mengurangi risiko terjatuh saat berjalan atau Ketika melakukan aktivitas lain. Latihan ini dapat dilakukan dengan berdiri di atas satu kaki atau berjalan jinjit.

2. Pencegahan Penyakit (Preventif)

Menua secara fisiologis ditandai dengan semakin menghilangnya fungsi dari banyak organ tubuh. Bersamaan

dengan itu pula terjadi peningkatan insiden penyakit seperti coronary arterial disese (CAD), penyakit cerebrovaskuler, penyakit ginjal dan paru. Hal ini akan menyebabkan semakin cepatnya tubuh kehilangan fungsi-fungsi organ. Berbagai upaya dapat dilakukab untuk mencegah, menunda atau menemukan dan mengenali secara dini berbagai penyakit atau gangguan Kesehatan, serta mmengatsi penyakit yang muncul untuk mencegah komplikasi. Upaya tersebut disebut pencegahan primer, sekunder dan tersier.

a. Pencegahan primer

Pencegaahn primer adalah berbagai upaya yang dilakukan untuk menghindari atau menunda munculnya penyakit atau gangguan Kesehatan. Pencegahan penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler):

- 1) Stop merokok
- 2) Turunkan kolesterol
- 3) Obati tekanan darah tinggi
- 4) Latihan jasmani yang bersifat aerobik
- 5) Pelihara berat badab ideal dan seimbang
- 6) Kelola dan kurangi stress

Pencegahan penyakit kanker:

- 1) Stop merokok
- 2) Kurangi pajanan sinar matahari secara berlebihan
- 3) Diet tinggi serat, rendah lemak
- 4) Pemeriksaan pap smear

Pencegahan kecelakaan (injury);

- 1) Gunakan sabuk pengaman jika berkendara (seat belt)
- 2) Lakukan upaya pengamanan rumah
- 3) Cegah jatuh
- 4) Ketahui perihal kekerasan dalam rumah tangga dan penegakan hukumnya.

Pencegahan penyakit paru kronik:

- 1) Stop merokok

Pencegahan osteoporosis:

- 1) Konsumsi kalsium dari makanan sehari-hari
- 2) Suplemen kalsium
- 3) Latihan Jasmani yang melawan gravitasi (weight bearing)

Pencegahan penyakit infeksi:

- 4) Imunisasi: influenza dan pneumonia

b. Pencegahan Skunder

Pencegahan sekunder adalah berbagai upaya yang dilakukan untuk deteksi dini adanya penyakit atau gangguan Kesehatan agar dapat dilakukan tatalaksana sendiri mungkin pula, yaitu

- 1) Kanker: pemeriksaan pap smear setiap 1-3 tahun, pemeriksaan payudara sendiri (sarari), setiap bulan setelah selesai menstruasi dan pemeriksaan payudara oleh dokter setiap tahun setelah usia 40 tahun, mammografi setiap tahun setelah usia 40 tahun.

- 2) Pemeriksaan rektal (colok dubudr) setiap tahun pada orang dewasa setelah usia 40 tahun.
 - 3) Endoskopi pada semua usia lanjut setelah usia 50 tahun, setiap 5 tahun.
 - 4) Pemeriksaan PSA setiap tahun antara 50 sampai 70 tahun.
 - 5) Pemeriksaan tiap 3-5 tahun.
 - 6) Pemeriksaan rutin kimia darah, darah perifer lengkap dan pemeriksaan urin lengkap.
 - 7) Pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), berikan 1 kopi hasil EKG tersebut pada pasien. Manakala pasien mengalami masalah jantung (nyeri dada), hasil EKG tersebut dapat diberikan ke dokter yang melayaninya untuk digunakan oleh sang dokter dalam membuat penilaian klinis.
 - 8) Pemeriksaan tekanan darah setiap 3 tahun sebelum usia 40 tahun dan setiap tahun setelah berusia 40 tahun.
 - 9) Pemeriksaan ketajaman penglihatan dan penapisan glaucoma setiap 1-3 tahun setelah usia 50 tahun.
 - 10) Evaluasi fungsi pendengaran setiap 3 tahun setelah berusia 50 tahun.
 - 11) PenghkJian fungsi fisik dan mental
- c. Pencegahan Tersier

Pencegahan penyakit gangguan Kesehatan secara seksama harus dilakukan. Diperlukan Kerjasama yang baik antara tenaga Kesehatan dan pasien serta

keluarganya agar penyakit atau gangguan Kesehatan yang diderita pasien dapat terkelola dan terkendali dengan baik. Untuk itu amat dibutuhkan kepatuhan pasien dalam mengontrol penyakit-penyakit yang diderita agar tidak timbul komplikasi atau penyakit.

Pada umumnya berbagai penyakit kronik degenerative memerlukan kedisiplinan dan ketekunan dalam diet atau Latihan jasmani, dengan demikian pula di dalam pengobatan yang umumnya membutuhkan waktu bertahun-tahun bahkan bisa seumur hidup. Tidak jarang pasien merasa bosan dan akhirnya menghentikan pengobatannya sehingga penyakit menjadi tidak terkendali dan kemudian timbul berbagai komplikasi yang tidak jarang sampai mengancam nyawa.

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

Pada lansia merupakan masa yang rentan dengan kondisi Kesehatan mental yang harus selalu dijaga agar kondisi Kesehatan mental para lansia bisa stabil dan seimbang.

Menjaga Kesehatan mental para lansia tak jarang menjadi hal yang kerap terlupakan. Penyebabnya, banyak lansia lebih memilih untuk mengutamakan Kesehatan fisik dibandingkan dengan Kesehatan mental. Padahal, Kesehatan mental yang lebih baik akan mendukung untuk tetap terjaganya kondisi Kesehatan mental para lansia.

Beberapa hal yang dapat menyebabkan gangguan mental pada lansia yaitu karena kondisi masa tua yang disertai dengan penyakit degeneratif. Beberapa penyakit degeneratif terkait dengan sehatan mental yang sering terjadi pada para lansia yaitu penyakit Alzheimer dan demensia, dapat menyebabkan gangguan pola piker dan daya ingat, serta membuat para lansia mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

Seiring dengan bertambahnya usia maka tubuh seseorang kan mengalami kesulitan dalam beraktifitas atau pergi ketempat lain untuk bersilaturahmi dengan para sahabat-sahabatnya. Hal tersebut dapat memicu depresi dan perasaan ketidakberdayaan. Hal ini dapat memicu penurunan nafsu makan hingga mengalami kesulitan tidur yang meluas pada gangguan Kesehatan fisik yang lain. Selain hal tersebut, semakin usia bertambah, seorang lansia juga akan banyak kehilangan beberapa orang yang ada dalam hidupnya. Misalnya para sabahat dekat, keluarga bahwakan pasanagan hidup yang mulai meninggalkan bahkan ada yang sudah meninggal dunia. Hal tersebut juga akan memicu terjadi deperesi dan kesepian.

a. Upaya lansia dalam menjaga Kesehatan mental

Beberapa hal yang dapat membuat para lansia menjadi depresi, merasa kesepian, bahkan memilih

hidup menyendiri, upaya untuk mengatasi hal tersebut yang perlu dilakukan oleh lansia adalah:

1) Mengonsumsi makan sehat

Hal yang wajib dilakukan oleh lansia adalah mengonsumsi makanan sehat secara teratur. Hal ini dimaksudkan agar asupan yang sehat dan teratur serta banyak mengandung zat gizi seimbang mempunyai dampak terhadap Kesehatan lansia baik secara fisik maupun mental. Melalui makanan yang sehat dan bergizi, lansia akan Nampak lebih buger dan sehat.

2) Jangan lupa bersilaturahmi

Dengan bersilaturahmi kan tetap menjaga rasa hati dan ketenangan jiwa khususnya bagi lansia, sebab para lansia bisa bercanda tawa dengan para sahabat dan teman dekat, ngobrol dan bersantai meleps semua kejenuhan. Meskipun untuk melakukan silaturahmi para lansia juga mengalami kesulitan karena perlu orang lain yang punya waktu untuk mengantar dan menemani, namun hal tersebut sanagt penting bagi lansia untuk melakukan.

3) Menghindari beban pikiran

Bagi para lansia sangat perlu sekali untuk menghindari beberapa pikran yang dapat memicu timbulnya stress, untuk itu jangan memberikan beban pikiran pada para lansia dengan beberapa masalah yang dapat menyebankan para lansia menjadi merasa terbebani pikirannya. Jika beban

pikiran tersebut muncul atau para lansia sedang mengalami pikiran yang menyebabkan stress sarankan atau ajak untuk melakukan kegiatan olahraga ringan Bersama dengan keluarga atau tsesama lansia, atau bisa juga diajak berkomunikasi dan bersilatuhrahmi dengan tetangga sekita rumah.

4. Mengatasi gangguan Kesehatan secara umum

Kondisi Kesehatan secara fisik pada lansia sangat berbeda dengan orang dewasa pada umumnya. Penurunan kondisi fisik dan kesehatan yang sering terjadi pada lansia yaitu berkurangnya pendengaran, penglihatan, gangguan pencernaan, jantung, ginjal serta kemampuan system imun tubuh pun mulai berkurang. Maka selain menderita penyakit degenerative tersebut, lansia juga rentan dengan penyakit infeksi. Infeksi yang paling sering menyerang lansia adalah infeksi paru, infeksi saluran kemih dan pencernaan. Yang sangat perlu diwasapadai adalah penyakit infeksi pneumonia, sebab penyakit radang paru-paru umumnya akan memebrikan gejala seperti demam, tubuh menggigil, nyeri dada saat bernapas, batuk-batuk dan sesak napas. Namun kadang gejala tersebut pada lansia tidak terjadi, namun kondisi lansia merasa lemas dan cepat letih. Kemampuan tubuh tidak mampu lagi untuk menhirup oksigen dapat memicu pula kegegalan tubuh yaitu seperti jantung dan paru. Infeksi yang terjadi pada lansia karena kuatnya kuman pathogen yang diiringi oleh kondisi imunitas turun dan kondisi fungsi tubuh yang terbatas. Kondisi tersebut menyebabkan sulitnya pemulihan kondisi lansia dan dapat menyebabkan meningkatnya risiko infekai menjadi berulang.

Upaya yang dilakukan untuk menghindari bahaya infeksi yang terjadi pada lansia:

- a. Melakukan imunisasi yang dapat memberikan kekebalan pada penyakit tertentu misalnya, pneumonia, virus herpes dan influenza.
- b. Sering mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- c. Sering melakukan medical check up secara rutin.
- d. Social distancing
- e. Berolah raga secara teratur
- f. Menghindari stress
- g. Menjalin hubungan baik dengan kerabat, mampu meningkatkan Bahagia yang dapat meningkatkan system imunitas.

5. Tujuan Keperawatan gerontik

Tujuan keperawatan gerontik adalah meningkatkan kemampuan lansia dalam meningkatkan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri dan produktif Mempertahankan Kesehatan serta kemampuan lansia secara optimal dalam menjaga kondisi sehat secara maksimal. Tujuan keperawatan gerontic yaitu memenuhi kenyamanan lansia, mempertahankan fungsi tubuh, serta membantu lansia menghadapi kematian dengan tenang dan damai melalui ilmu dan teknik keperawatan gerontik meliputi:

- a. Membantu individu lanjut usia memahami adanya perubahan pada dirinya berkaitan dengan proses penuaan

- b. Mempertahankan, memelihara, dan meningkatkan derajat kesehatan lanjut usia baik jasmani, rohani, maupun social secara optimal
- c. Memotivasi dan menggerakkan masyarakat dalam upaya meningkatkan kesejahteraan lanjut usia
- d. Memenuhi kebutuhan lanjut usia sehari-hari
- e. Mengembalikan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari
- f. Mempercepat pemulihan atau penyembuhan penyakit
- g. Meningkatkan mutu kehidupan untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berguna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat, sesuai dengan keberadaannya dalam masyarakat

C. Trend dan Issue Keperawatan Gerontik

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi memberikan dampak positif terhadap kesejahteraan khususnya bagi lansia. Angka harapan hidup (AHH) yang terjadi di Indonesia yaitu:

1. AHH di Indonesia tahun 1971: 46,6 tahun
2. AHH di Indonesia tahun 2000: 67,5 tahun

Sebagaimana dilaporkan oleh expert Committee on Health of the elderly yaitu Di Indonesia akan diperkirakan beranjak dari peringkat ke sepuluh pada tahun 1980 ke peringkat enam pada tahun 2020 diats Brasil yang menduduki peringkat ke sebelas pada tahun 1980. Pada tahun 1990 jumlah penduduk yang berusia 60 tahun kurang lebih 10 juta kiwa/5.5% dari

total penduduk. Pada tahun 2020 diperkirakan meningkat 3X, menjadi kurang lebih 29 juta jiwa/11,4% dari total populasi penduduk.

1. Fenomena permasalahan lansia

a. Permasalahan Umum

- 1) Makin besar jumlah lansia yang berada dibawah garis kemiskinan
- 2) Makin melemahkannya nilai kekerabatan sehingga anggota keluarga yang berusia lanjut kurang diperhatikan, dihargai dan dihormati.
- 3) Lahirnya kelompok industry
- 4) Masih rendahnya kuantitas dan kualitas tenaga professional pelayanan lanjut usia
- 5) Belum membudaya dan melembaganya kegiatan pembinaan kesejahteraan lansia.

b. Permasalahan Khusus

- 1) Berlangsungnya proses menua yang berakibat timbulnya masalah baik fisik, mental maupun social.
- 2) Berkurangnya integritas social usila
- 3) Rendahnya produktifitas kerja lansia
- 4) Banyak lansia yang miskin, tyerlantar dan cacat
- 5) Berubahannya nilai sosial masyarakat yang mengarah pada tatanan masyarakat individualistic.
- 6) Adanya dampak negatif dari proses pembangunan yang dapat mengganggu Kesehatan fisik lansia.

2. Karakteristik penyakit pada lansia
 - a. Penyakit sering terjadi multiple yaitu saling bertautan dan berhubungan
 - b. Penyakit bersifat degenerative sehingga sering menimbulkan kecacatan
 - c. Gejala sering tidak jelas dan berkembang secara perlahan namun pasti
 - d. Seiring dengan dengan masalah social dan psikologis
 - e. Lansia sangat peka dengan menyakit infeksi

D. Fungsi Perawat Gerontik

Perawat memiliki banyak fungsi dalam memberikan pelayanan prima dalam bidang gerontik.), fungsi dari perawat gerontologi adalah:

1. *Guide persons of all ages toward a healthy 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 yang lebih tua dan memastikan yang lain melakukan hal yang sama)
4. *Oversee and promote the quality of service delivery* (memantau dan mendorong kualitas pelayanan)
5. *Notice and reduce risks to health and well being* (memerhatikan serta mengurangi resiko terhadap kesehatan dan kesejahteraan)
6. *Teach and support caregivers* (mendidik dan mendorong pemberi pelayanan kesehatan)

7. *Open channels for continued growth* (membuka kesempatan untuk pertumbuhan selanjutnya)
8. *Listen and support* (mendengarkan dan member dukungan)
9. *Offer optimism, encouragement and hope* (memberikan semangat, dukungan, dan harapan)
10. *Generate, support, use, and participate in research* (menghasilkan, mendukung, menggunakan, dan berpartisipasi dalam penelitian)
11. *Implement restorative and rehabilitative measures* (melakukan perawatan restorative dan rehabilitative)
12. *Coordinate and managed care* (mengkoordinasi dan mengatur perawatan)
13. *Asses, plan, implement, and evaluate care in an individualized, holistic maner* (mengkaji, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi perawatan individu dan perawatan secara menyeluruh)
14. *Link service with needs* (memberikan pelayanan sesuai kebutuhan)
15. *Nurtuere futue 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, social, dan spiritual)
17. *Recognize and encourage the appropriate management of ethical concern* (menegal dan mendukung manajemen etika yang sesuai dengan tempatnya bekerja)

BAB VI

KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANJUT USIA (LANSIA)

A. Kegiatan Asuhan Keperawatan Dasar Pada Lansia

Dalam periode kehidupan manusia, ada rangkaian tahapan yang harus dilalui oleh tiap manusia. Tahapan tersebut dinamakan daur hidup atau siklus hidup manusia. Siklus hidup manusia dimulai dari anak-anak sampai meninggal dunia. Jadi, dapat dikatakan bahwa lansia merupakan tahap akhir perkembangan daur hidup manusia. Tidak semua individu lanjut usia memerlukan asuhan keperawatan dalam bentuk dan pelayanan yang sama. Secara keseluruhan, lansia termasuk golongan populasi yang rapuh terhadap kesehatan, tetapi dalam derajat yang berbeda-beda. Dari aspek kesehatan, perbedaan ini dapat terlihat dari kondisi lanjut usia yang sehat sampai sakit tidak ada harapan untuk sembuh atau hidup. Selain itu perawat perlu juga memperhatikan aspek psikologis dan sosial ekonominya, (Dewi, S. R., 2015).

Asuhan keperawatan adalah bentuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan yang komprehensif yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik dalam keadaan sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Jenis asuhan keperawatan yang dibutuhkan sangat bervariasi. Harus diingat bahwa aspek fungsional seorang lanjut usia bergantung pada tiga faktor, yaitu faktor fisik, psikis, dan sosial ekonomi.

Asuhan keperawatan ini membutuhkan keterkaitan dengan semua bidang, yaitu: kesehatan, sosial, agama, olahraga, atau kesenian. Dalam memberikan asuhan keperawatan kepada lansia perawat wajib memahami beberapa pendekatan, (Wahjudi Nugroho, 2008).

Pengkajian dasar pada lansia, perawat perlu memahami bahwa beberapa fungsi mengalami perubahan pada lansia sehingga ini merupakan hal yang sangat mendasar pada proses penuaan yang meliputi semua organ tubuh. Adapun pengkajian yang dilakukan adalah temperatur, denyut nadi, respirasi, tekanan darah, berat badan dan lain-lain. Pengkajian pada fungsi sistem adalah:

1. Sistem kardiovaskuler
2. Sistem persarafan
3. Sistem gastrointestinal
4. Sistem genitourinaria
5. Sistem muskuloskeletal
6. Serta psikososial

Pengkajian psikologi perawat berperan sebagai supporter, pendengar yang baik, penyimpan rahasia, dan sebagai sahabat yang akrab. Pada dasarnya lansia membutuhkan rasa aman dan cinta kasih dari lingkungan, termasuk perawat yang memberikan perawatan.

Beberapa gejala yang muncul mengenai motorik, pencernaan, pernapasan, sistem kardiovaskular genitourinari atau susunan syaraf pusat. Seperti gejala fisiologis yaitu mulut kering, tangan dan kaki dingin, diare, sering kencing, nadi cepat, tensi meningkat, ketegangan otot, sukar bernapas, berkeringat, pupil mata dilatasi mulut kering, anoreksia,

konstipasi, sakit kepala, penglihatan kabur, mual, muntah, gangguan tidur. Serta gejala perilaku yaitu gelisah, tremor, mudah terkejut, bicara cepat, aktivitas dan gerakan kurang terkoordinasi, atau gerakan tidak menentu seperti gemetar, serta perasaan tegang yang berlebihan.

Sedangkan gejala psikologik timbul sebagai rasa waswas, khawatir akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, khawatir dengan pemikiran orang mengenai dirinya. Penderita tegang terus menerus dan tak mampu berlaku santai. Pemikirannya penuh dengan kekhawatiran, kadang-kadang bicaranya cepat tapi terputus-putus. Tidak mampu memusatkan perhatian atau konsentrasi, persepsi menyempit atau kreativitas menurun, seringkali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi. Setelah dilakukan pengkajian dilanjutkan dengan perencanaan tindakan, implementasi dan evaluasi sesuai dengan masalah yang didapatkan.

Diagnosis keperawatan merupakan sebuah keputusan klinik perihal reaksi dari individu, keluarga, dan masyarakat tentang masalah yang aktual atau potensial, dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah status kesehatan klien. Rencana dan intervensi keperawatan lansia dilakukan dengan beberapa ketentuan diantaranya melibatkan klien dan keluarganya dalam perencanaan serta bekerja sama dengan profesi kesehatan lainnya. Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Adapun teknik evaluasi yaitu dilakukan dengan pengamatan atau observasi serta wawancara.

B. Pendekatan Perawatan Lanjut Usia(Lansia)

Pendekatan fisik perawatan lansia fokus pada kesehatan, kebutuhan, dan beberapa kejadian yang dialami oleh lansia selama hidupnya, perubahan fisik pada organ tubuh, dan beberapa penyakit yang bisa dicegah. Setelah seseorang memasuki masa lansia, umumnya mulai dihindangi adanya kondisi fisik yang bersikap patologis berganda (multiple pathology), misalnya tenaga berkurang, energi menurun, kulit makin keriput, gigi makin rontok, tulang makin rapuh, dan sebagainya. Secara umum, kondisi fisik seseorang yang sudah memasuki masa lansia mengalami penurunan secara berlipat ganda. Hal ini semua dapat menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik, psikologis maupun sosial, yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan ketergantungan kepada orang lain. Ada dua bagian perawatan fisik umum lansia yaitu:

1. Lansia yang memiliki keadaan fisik yang masih mampu beraktifitas dan masih aktif tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan sehari-hari masih mampu dilakukan sendiri. Studi menunjukkan bahwa keinginan lansia untuk tetap aman, mandiri dan nyaman tinggal di rumah/komunitas mereka untuk jangka waktu yang lama setelah pensiun; ini dikenal sebagai "penuaan di tempat". Kebanyakan orang cenderung pensiun di lingkungan yang sama di mana mereka tinggal. Selama dua dekade terakhir, definisi luas "penuaan di tempat" telah diadopsi oleh para peneliti dan

pembuat kebijakan untuk menggambarkan preferensi hidup banyak lansia.

Studi penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa kebanyakan lansia lebih memilih untuk tinggal di rumah mereka selama mungkin. Di beberapa negara (misalnya, Australia), inisiatif pemerintah mendukung penuaan di tempat. Misalnya, program perawatan rumah dan masyarakat nasional menyediakan perawatan berbasis rumah kepada lansia dalam bentuk program makan "makanan di atas roda", bantuan rumah tangga, perawatan rumah tangga dan kebun, bantuan keperawatan, perawatan pribadi dan transportasi masyarakat. Namun, gaya hidup ini juga bisa dikaitkan dengan perasaan kesepian dan isolasi sosial. Banyak penelitian merekomendasikan agar lansia melakukan perjalanan di luar rumah secara teratur untuk terlibat dengan teman dan komunitas yang lebih luas untuk mengurangi isolasi sosial. Berpergian ke luar juga memberikan manfaat kesehatan dengan mendorong agar lansia tetap aktif dan bergerak secara fisik, (Fatima, K., 2020).

2. Lansia yang pasif karena mengalami sakit misalnya lumpuh. Seorang perawat wajib memahami dasar keperawatan lansia, khususnya pemenuhan kebersihan diri lansia agar mampu mempertahankan kesehatannya, (Wahjudi Nugroho, 2008).

Kebersihan diri lansia sangatlah penting dalam usaha mempertahankan agar tidak timbulnya komplikasi. Selain itu, karena lansia sudah mengalami kemunduran kondisi fisik akibat proses menua dapat berpengaruh terhadap ketahanan

tubuh terhadap berbagai masalah pemicu terjadinya sakit. Sementara, klien lansia yang masih aktif upayakan pemberian informasi dan bimbingan tentang kebersihan diri mulai dari mulut, gigi, kulit, badan, rambut, kuku, kebersihan tempat tidur, posisi tidur, makanan, cara minum obat, dan cara pindah dari tempat duduk ke tempat tidur maupun sebaliknya (Muhith, A.,2016)

Bagian yang sangat mendasar dalam pendekatan fisik adalah:

1. Memperhatikan dan membantu lansia dalam bernafas dengan lancar, makan, minum, BAB/BAK, tidur, duduk, mengubah posisi, istirahat, memakai dan menukar pakaian, serta menghindari kecelakaan.
2. Seorang perawat harus bisa memberikan motivasi kepada lansia agar dapat menerima makanan yang disajikan. Perawat harus mendekati diri dengan lansia, membimbing dengan sabar dan ramah.

Pendekatan sosial adalah bagaimana seorang perawat mampu melakukan diskusi serta bertukar pikiran dan cerita. Perawat memahami bahwa lansia adalah makhluk sosial yang membutuhkan orang lain. Implementasinya adalah bahwa sejatinya seorang perawat mampu menciptakan hubungan yang harmonis antara lansia dengan lansia yang lain serta hubungan lansia dengan perawat. Perawat dalam hal ini mampu memberikan kesempatan yang luas terhadap lansia dalam hal:

1. Mengadakan komunikasi, melakukan rekreasi misalnya jalan pagi, nonton, atau hiburan yang lain.

2. Memberikan kesempatan kepada lansia untuk menikmati keadaan luar untuk menghilangkan rasa jemu dan menimbulkan perhatian oleh sekelilingnya. Pendekatan komunikasi dalam memberikan perawatan sangatlah penting karena hal ini dapat menjadi bagian dari pengobatan dalam proses penyembuhan atau ketenangan oleh seorang lansia. Tidak jarang lansia mengalami susah tidur karena stres, pemicunya antara lain karena penyakit, biaya hidup, keluarga yang dirumah, kecemasan, dan berbagai macam faktor.

Lebih lanjut dari penelitian untuk memeriksa hubungan antara kondisi kesehatan umum, pengaturan hidup, status sosial ekonomi, dan depresi di kalangan lanjut usia. The California Health Wawancara Survey (CIS) 2011-2012 digunakan untuk melakukan analisis sekunder variabel untuk penelitian ini. Penelitian ini menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kondisi kesehatan umum, status sosioekonomi, etnis, jenis kelamin, dan depresi di antara sampel peserta lanjut usia.

Hasil dari penelitian ini menemukan bahwa peserta lanjut usia yang melaporkan kondisi kesehatan umum yang buruk (self-rated health) memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi, dan orang dewasa lanjut usia yang melaporkan kondisi kesehatan umum yang sangat baik memiliki tingkat depresi yang lebih rendah. Status sosioekonomi rendah berkorelasi dengan tingkat depresi yang lebih tinggi di kalangan orang dewasa lanjut usia. Penelitian ini juga menemukan bahwa minoritas lanjut usia memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan rekan-rekan mereka. Wanita dewasa lanjut usia ditemukan memiliki tingkat depresi yang

lebih tinggi daripada laki-laki dalam penelitian ini. Hasil penelitian ini berfungsi untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang faktor-faktor yang berkontribusi signifikan yang berkorelasi dengan depresi di kalangan penduduk lanjut usia, (Avalos, C, 2017).

Pendekatan psikis, perawat hendaknya memiliki kemampuan dalam edukatif pada lansia serta memiliki kesabaran dan ketelitian dalam memberikan kesempatan dalam menampung rahasia pribadi, dan siap jadi sahabat yang akrab dengan lansia. Pada prinsipnya lansia membutuhkan rasa kenyamanan, aman dan rasa dicintai oleh orang lain dan lingkungan termasuk perawatnya. Oleh sebab itu, setiap saat perawat berusaha menciptakan suasana yang menyenangkan, aman, tidak bising, gaduh, dan memberikan kesempatan kepada lansia dalam menyalurkan hobi dan beberapa kegiatan dalam batas kemampuan lansia. Perawat

Pendekatan Spiritual merupakan kemampuan perawat dalam memberikan ketenangan dan kepuasan batin dalam hubungan dengan Tuhan atau agama yang dianut oleh lansia. Terutama ketika lansia dalam keadaan sakit atau mendekati kematian. Beberapa ahli menyatakan bahwa kematian menjadi hal yang sering membuat seseorang takut. Rasa takut ini disebabkan oleh berbagai macam alasan seperti, ketidakpastian terhadap pengalaman selanjutnya, adanya rasa sakit atau penderitaan yang menyertainya, gelisah, dan masih banyak lagi alasan lain, (Sunaryo, M. K., 2016).

Spiritual adalah konstruksi luas, kompleks dan multidimensi yang tampaknya meningkat dan memainkan peran penting dalam penuaan. Bagaimana empat unsur kesehatan spiritual dapat mempertahankan penuaan yang

sukses di antara orang tua, Penelitian ini menggunakan pendekatan triangulasi untuk mengeksplorasi bagaimana orang tua berhubungan dan memahami kesehatan spiritual. Selain itu, keempat unsur kesehatan spiritual yang terdiri dari: komunitas, diri, makna dan tujuan, dan pencarian sistem nilai universal (Allah) telah diperiksa dan telah dikaitkan dengan dampak penuaan yang sukses dan spiritualitas positif.

Literatur mengungkapkan bahwa kapasitas untuk menciptakan hubungan pribadi dengan Tuhan sangat penting karena pengembangan spiritual dan mendapatkan hubungan intim dengan Tuhan sangat penting bagi orang tua. Hasil dari penelitian mengungkapkan bahwa kesehatan spiritual merupakan faktor penting dalam kehidupan orang tua. Selain itu, penelitian lebih lanjut tentang topik kesehatan spiritual dan penuaan yang sukses dapat berkontribusi dapat dinyatakan bahwa kesehatan spiritual dapat memberikan wawasan berharga yang dapat membentuk kesehatan, kesejahteraan, dan perkembangan spiritual secara keseluruhan dalam kehidupan orang tua, (Godfrey, J. A, 2016).

Spiritualitas adalah hubungan harmonis antara manusia, alam, dan Tuhan. Spiritualitas memiliki dimensi yang memberikan kekuatan ketika menghadapi tekanan emosi, penyakit fisik dan kematian serta mempengaruhi kehidupan manusia dalam setiap tahap perkembangannya, termasuk lansia.

Salah satu permasalahan yang sering dihadapi para lansia terkait dengan kesiapan mereka dalam menghadapi kematian dan salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah kerohanian. Kesehatan spiritual dipengaruhi oleh makna hidup, konsep agama dan ketuhanan, interaksi sosial, konsep

kesehatan dan penyakit, kesejahteraan dan spiritualitas, serta kesiapan menghadapi kematian.

C. Tujuan Asuhan Keperawatan Lanjut Usia (Lansia)

Tujuan asuhan keperawatan lansia adalah

1. Agar lansia dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dengan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan.
2. Menolong dan merawat lansia yang menderita penyakit atau mengalami gangguan tertentu.
3. Membantu mempertahankan serta memberikan motivasi dan semangat hidup
4. Mempertahankan kesehatan serta kemampuan lansia.
5. Mencari upaya maksimal agar lansia dapat memelihara kemandirian secara maksimal. (Ammelia Ratnawati, 2015).

Ruang lingkup asuhan keperawatan gerontik adalah pencegahan ketidakmampuan lansia sebagai akibat proses penuaan, perawatan yang ditujukan untuk pemenuhan kebutuhan, dan pemulihan sebagai upaya untuk mengatasi keterbatasan lansia akibat proses penuaan. Sifat asuhan keperawatan lansia mandiri, kolaborasi, humanistik dan holistik.

Fenomena penuaan penduduk telah terjadi secara bertahap terutama di negara-negara berkembang. Peningkatan harapan hidup terjadi dengan tajam. Dalam perspektif ini, populasi penuaan juga diterjemahkan ke dalam kejadian penyakit yang lebih tinggi pada populasi, tanpa

menular penyakit kronis yang paling umum mengakibatkan pencarian yang lebih tinggi untuk layanan kesehatan.

Orang tua menggunakan layanan rumah sakit lebih intensif daripada kelompok usia lainnya, rawat inap yang paling sering melibatkan biaya institusi utama, durasi pengobatan yang lebih lama dan pemulihan yang lebih lambat dan rumit. Dalam konteks ini, proses rawat inap lansia, membawa dampak yang kuat pada keluarga, karena menyiratkan perlunya anggota keluarga menemani orang tua selama proses rawat inap, menetap sehingga sosok anggota keluarga yang menyertainya, tak jarang hal ini dapat menimbulkan stres pada keluarga sehingga ketangguhan seorang perawat dalam pendampingan lansia sangat dibutuhkan, (Chibante, C. L. d. P., 2015).

Peran perawat dalam perawatan gerontik terbagi dalam dua macam, yaitu peran secara umum dan spesialis. Peran secara umum dilakukan dalam berbagai wilayah tugas seperti rumah sakit, rumah, panti jompo, komunitas, serta menyediakan perawatan kepada individu dan keluarganya. Selain diberbagai bentuk pelayanan, perawat juga dapat bekerja sama dengan para ahli untuk perawatan klien dari perencanaan sampai evaluasi, (Ammelia Ratnawati, 2015).

D. Fokus Keperawatan Lanjut Usia(Lansia)

Fokus asuhan keperawatan lansia adalah peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, mengoptimalkan fungsi mental, dan mengatasi gangguan kesehatan yang umum. Asuhan keperawatan dasar yang diberikan, disesuaikan dengan kondisi lansia, apakah lansia itu pasif atau aktif, (Wahjudi Nugroho, 2008).

Menurut AmmeliaR atnawati, (2015) bahwa fokus asuhan keperawatan gerontik yaitu:

1. Pencegahan primer (Preventif)
 - a. Imunisasi
 - b. Konseling seperti berhenti merokok
 - c. Dukungan nutrisi
 - d. Olahraga secara teratur
 - e. Keamanan baik didalam dan disekitar rumah.
 - f. Manajemen dalam kondisi stres
2. Pencegahan skunder
 - a. Kontrol hipertensi
 - b. Deteksi sekaligus pengobatan kanker
 - c. Skrining, yaitu pemeriksaan mamogram, rectal, papsmear, gigi, dan mulut.
3. Pencegahan tersier
 - a. Mencegah dengan berkembangnya gejala dengan memfasitasi sarana prasarana rehabilitasi dan membatasi ketidakmampuan akibat kondisi kronis. Misalnya kondisi kronis osteoporosis.
 - b. Mendukung usaha agar mempertahankan kemampuan untuk berfungsi.

Dalam pemberian asuhan keperawatan pada lansia harus mengacu pada fungsi keluarga, yaitu fungsi afektif (saling asah, asuh, asih, cinta kasih, menerima dan menghargai. Dengan mempertahankan suasana yang positif serta fungsi sosialisasi harus selalu dapat menciptakan interaksi yang sehat dan harmonis.

Hal lain ketika lansia dirawat tentu akan menambah tanggung jawab dan perubahan yang dikenakan pada anggota keluarga yang menyertainya dari orang tua di rumah sakit, hal ini dapat menghasilkan situasi paparan stres yang terus menerus, reaksi pendamping orang tua dirawat di rumah sakit bisa mengarah ke situasi stres dan hal ini keluarga dapat mendiskusikan potensi intervensi oleh perawat. Sebagai pengguna layanan rawat inap terbesar, pasien lanjut usia sering mengalami kompleksitas sistem rumah sakit saat mereka dipulangkan pada tingkat fungsional yang lebih rendah daripada saat mereka dirawat. secara individual menunjukkan bahwa perawat menyadari faktor-faktor yang berkontribusi pemeliharaan fungsional pasien lanjut usia, (Kimberling, B. S.2011).

Peran perawat ini dipengaruhi oleh keadaan sosial pasien, yaitu hubungannya dengan perawat. Dalam hal mengurangi tingkat kecemasan pada lansia, perawat sebagai care giver atau pemberi asuhan keperawatan harus memberikan asuhan keperawatan profesional kepada pasien meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi hingga evaluasi. Perawat melakukan observasi terhadap kondisi pasien, melakukan pendidikan kesehatan, serta memberikan informasi yang terkait dengan kebutuhan pasien sehingga masalah dapat teratasi. Selain itu, perawat harus mampu menjadi consultant atau tempat konsultasi bagi pasien, keluarga, dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami klien. Peran ini dilakukan oleh perawat sesuai dengan permintaan klien. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan diantaranya sebagai care giver (pemberi asuhan keperawatan), client advocate (advokator), client educator (pendidik), change

agent (agen pengubah), peneliti, consultant(konsultan), dan collaborator(kolaborasi).Teori lain menyebutkan bahwa peran perawat adalah merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kependudukan dalam sistem, dimana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan.

Dalam hal mengurangi tingkat kecemasan pada lansia, perawat sebagai care giver atau pemberi asuhan keperawatan harus memberikan asuhan keperawatan profesional kepada pasien meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi hingga evaluasi. Perawat melakukan observasi terhadap kondisi pasien, melakukan pendidikan kesehatan, serta memberikan informasi yang terkait dengan kebutuhan pasien sehingga masalah dapat teratasi. Selain itu, perawat harus mampu menjadi consultant atau tempat konsultasi bagi pasien, keluarga, dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami klien. Peran ini dilakukan oleh perawat sesuai dengan permintaan klien.

BAB VII

KONSEP GIZI PADA LANJUT USIA

A. Kebutuhan dan Pemenuhan Gizi Pada Lanjut Usia

1. Kebutuhan Energi dan Zat Gizi Makro

Persyaratan kecukupan untuk mencapai keberlanjutan konsumsi pangan adalah adanya aksesibilitas fisik dan ekonomi terhadap pangan. Aksesibilitas ini tercermin dari jumlah dan jenis pangan yang dikonsumsi oleh rumah tangga. Dengan demikian, data konsumsi pangan secara riil dapat menunjukkan kemampuan rumah tangga dalam mengakses pangan dan menggambarkan tingkat kecukupan pangan dalam rumah tangga. Menurut Adriani (2012) perkembangan tingkat konsumsi pangan tersebut secara implisit juga merefleksikan tingkat pendapatan atau daya beli masyarakat terhadap pangan.

Menurut Almatsier (2002), konsumsi makanan oleh masyarakat atau oleh keluarga bergantung pada jumlah atau jenis pangan yang dibeli, pemasakan, distribusi dalam keluarga dan kebiasaan makan secara perorangan. Selain itu juga bergantung pada pendapatan masyarakat bersangkutan. Penilaian konsumsi makanan adalah salah satu metode yang digunakan dalam penentuan status gizi perorangan atau kelompok (Supriasa, dkk, 2012).

Salah satu penilaian konsumsi makanan adalah dengan cara mengukur tingkat konsumsi. Apabila susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh baik dari kuantitas maupun

kualitasnya, maka tubuh akan mendapat kondisi kesehatan dan imunitas yang baik. Tingkat konsumsi merupakan perbandingan antara konsumsi energi dan zat-zat gizi dengan keadaan kebutuhan gizi seseorang, biasanya dilakukan dengan perbandingan pencapaian konsumsi zat gizi individu terhadap Angka Kecukupan Gizi (AKG). AKG yang dianjurkan didasarkan pada patokan berat badan untuk masing-masing kelompok umur, gender, aktivitas fisik, dan kondisi fisiologis tertentu seperti kehamilan dan menyusui (Almatsier, 2002).

a. Energi

Perhitungan Kebutuhan Energi

1) Harris dan Benedict

Merupakan cara yang sering digunakan untuk menetapkan kebutuhan energi pada individu. Rumusnya dibedakan antara kebutuhan untuk laki-laki dan perempuan.

Laki-laki: $BEE = 66 + 13,7 (BB) + 5 (TB) - 6,8 (\text{umur})$

Perempuan: $BEE = 655 + 9,6 (BB) + 1,7 (TB) - 4,7 (\text{umur})$

Faktor koreksi BEE untuk berbagai tingkat stress adalah:

Stress ringan : $1,3 \times BEE$

Stress sedang : $1,5 \times BEE$

Stress berat : $2,0 \times BEE$

Kanker : $1,6 \times BEE$

2) *Rule of Thumb* (menggunakan berat badan ideal (BBI)) Cara cepat untuk menghitung kebutuhan energi untuk Laki-laki: 30 Kkal/ kgBB dan Perempuan: 25 Kkal / kgBB.

b. Protein

Protein merupakan zat gizi yang sangat penting, karena yang paling erat hubungannya dengan proses-proses kehidupan. Soekarti (2012) menyatakan protein merupakan bahan utama yang menentukan struktur fungsi tubuh. Berbeda dengan zat energi lain protein tidak disimpan dalam jumlah yang berarti dalam tubuh. Oleh sebab itu penurunan status protein menggambarkan peningkatan atau penurunan fungsi tubuh.

Menurut Sediaoetama (2010) protein memiliki berbagai macam fungsi, yaitu:

- 1) Sebagai badan-badan anti, protein juga berfungsi dalam mekanisme pertahanan tubuh melawan berbagai mikroba dan zat toksik lain yang datang dari luar dan masuk ke dalam milieu interieur tubuh.
- 2) Sebagai zat-zat pengatur, protein mengatur proses-proses metabolisme dalam bentuk enzim dan hormon. Dapat dikatakan bahwa semua proses metabolic (reaksi biokimiawi) diatur dan dilangsungkan atas pengaturan enzim, sedangkan aktivitas enzim diatur lagi oleh hormon, agar terjadi hubungan yang harmonis antara proses metabolisme yang satu dengan yang lain.
- 3) Protein adalah salah satu sumber utama energi, bersama-sama dengan karbohidrat dan lemak.
- 4) Dalam bentuk kromosom, protein juga berperan dalam menyimpan dan meneruskan sifat-sifat keturunan dalam bentuk genes.

Kebutuhan protein menurut FAO/WHO/UNU (1985) adalah konsumsi yang diperlukan untuk mencegah kehilangan protein tubuh dan memungkinkan produksi protein yang diperlukan dalam masa pertumbuhan, kehamilan, atau menyusui. Angka kecukupan protein (gram/hari) yang dianjurkan untuk lansia laki-laki sebesar 65 gram dan perempuan sebesar 57 gram (Angka Kecukupan Gizi, 2013).

Selanjutnya, apabila akan dihitung untuk kecukupan protein sehari yang dianjurkan pada lanjut usia adalah dengan kisaran sekitar 0,8 gram/ kgBB atau 10-15% dari kebutuhan energi.

c. Lemak

Perhitungan kebutuhan lemak pada kelompok lanjut usia dianjurkan tidak melebihi 20- 25% dari total kebutuhan energi dengan rasio lemak tidak jenuh : lemak jenuh adalah 2: 1. Kolesterol merupakan sejenis lemak yang hanya terdapat di akanan hewani terutama pada otak, hati, daging berlemak, kuning telur, konsumsinya harus dibatasi. Kolesterol dianjurkan tidak melebihi 300 mg/hari.

d. Karbohidrat

Asupan karbohidrat akan semakin relatif menurun pada kelompok lanjut usia, karena kebutuhan energi juga terjadi penurunan. Pada lanjut usia disarankan untuk mengkonsumsi karbohidrat kompleks, karena tinggi akan kandungan vitamin, mineral dan serat. Perhitungan kebutuhan karbohidrat didasarkan kepada sisa dari total energi setelah dikurangi energi dari protein dan lemak.

Dianjurkan untuk kelompok lanjut usia mengkonsumsi karbohidrat sekitar 60-65% dari total kebutuhan energi.

2. Kebutuhan Zat Gizi Mikro (Vitamin dan Mineral)

a. Kalsium

Kalsium merupakan mineral yang paling banyak terdapat di dalam tubuh, yaitu 1,5-2% dari berat badan orang dewasa atau kurang lebih sebanyak 1 kg. Dari jumlah tersebut, 99% berada di dalam jaringan keras, yaitu tulang dan gigi, selebihnya kalsium tersebar luas di dalam tubuh. Di dalam cairan ekstraseluler dan intraseluler kalsium memegang peranan penting dalam mengatur fungsi sel, seperti untuk transmisi saraf, kontraksi otot, penggumpalan darah dan menjaga permeabilitas membran sel. Kalsium juga mengatur pekerjaan hormon-hormon dan faktor pertumbuhan (Almatsier, 2004).

Dalam keadaan normal sebanyak 30-50% kalsium yang dikonsumsi diabsorpsi tubuh. Kemampuan absorpsi lebih tinggi pada masa pertumbuhan dan menurun pada proses menua. Absorpsi kalsium terutama terjadi di bagian atas usus halus yaitu duodenum. Kalsium membutuhkan pH 6 agar dapat berada dalam keadaan terlarut. Absorpsi kalsium terutama dilakukan secara aktif dengan menggunakan alat angkut protein-pengikat kalsium. Kalsium hanya bisa diabsorpsi bila terdapat dalam bentuk larut air dan tidak mengendap karena unsur makanan lain, seperti oksalat. (Almatsier, 2004). Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (2013), kebutuhan kalsium untuk lansia dibutuhkan sekitar 1000 (mg/hari).

b. Vitamin D

Vitamin D yang baik didapatkan dari sinar matahari pagi. Oleh karena itu, baik untuk kita berjalan-jalan atau sekedar duduk di kursi untuk mendapatkan sinar matahari. Fungsi utama vitamin D untuk tulang adalah membantu penyerapan mineral pada tulang. Selain itu, vitamin ini juga baik untuk menjaga kita dari berbagai penyakit lain seperti kanker payudara, hipertensi, diabetes, gangguan kognitif, dan sebagainya. Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (2013), kebutuhan vitamin D untuk lansia dibutuhkan sekitar 20 (ug/hari).

Vitamin D selain dari matahari juga bisa didapat dari makanan. Adakalanya kandungan vitamin D juga dicantumkan dalam satuan lain yakni *International Unit* (IU). 1 IU setara dengan 0,025 ug. Makanan yang mengandung vitamin D dan kandungannya disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Kandungan Vitamin D dalam Makanan

Makanan (100 gram)	Kandungan Vitamin D (iu)
Telur utuh (vitamin D pada kuning telur)	35
Ikan salmon (dimasak)	360
Ikan sarden (kalengan)	500
Mackerel	345
Susu	200
Tuna kalengan	235

Sumber: Tjahjadi, 2009

c. Zat Besi (Fe)

Zat besi membantu tulang dengan mengatur enzim sehingga tulang menjadi lebih kuat. Selain itu, zat besi pun membantu produksi hemoglobin, asam amino, hormon dan *neurotransmitter*. Penelitian di Amerika menunjukkan bahwa wanita lansia yang sudah menopause mengonsumsi 18 mg zat besi per harinya memiliki tingkat kesehatan tulang yang baik. Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (2013), kebutuhan zat besi untuk lansia dibutuhkan sekitar 12 (mg/hari).

Zat besi dalam bahan makanan terdapat dalam bentuk besi heme dan non-heme. Termasuk dalam bahan makanan sumber zat besi heme adalah daging, ikan, unggas, sedangkan zat besi non-heme terdapat pada kacang kedelai, dan sayuran berwarna hijau. Ketersediaan zat besi non-heme lebih rendah daripada zat besi heme (Sayogo, 2007).

d. Magnesium

Magnesium berperan dalam mineralisasi tulang. 50% magnesium dalam tubuh terdapat pada tulang. Fungsi lainnya adalah menjaga kondisi otot dan system saraf dalam keadaan normal, menjaga daya tahan tubuh, dan membuat jantung berdetak dalam tempo normal. Jika dikaitkan dengan vitamin D, fungsi magnesium yaitu untuk mengubah bentuk vitamin D menjadi vitamin D3 (Tjahjadi, 2009). Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (2013), kebutuhan magnesium untuk lansia dibutuhkan sekitar 320 (mg/hari).

3. Kebutuhan Cairan

Kebutuhan cairan perlu diperhatikan karena adanya mekanisme menurunnya cairan tubuh total (penurunan massa lemak). Lansia membutuhkan cairan antara 1,5 - 2 liter per hari (6-8 gelas).

B. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Gizi Lansia

1. Berkurangnya kemampuan dalam mencerna makanan akibat kerusakan gigi atau ompong.
2. Berkurangnya indera pengecap mengakibatkan penurunan terhadap cita rasa manis, asin, asam, dan pahit.
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

C. Masalah Gizi Pada Lansia

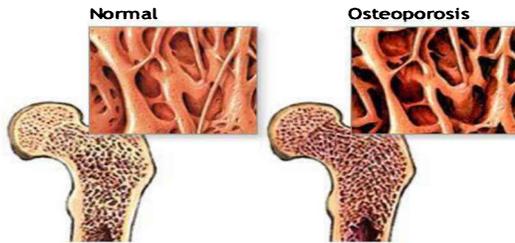
Secara global populasi lansia diprediksi terus mengalami peningkatan. Secara global, Asia dan Indonesia dari tahun 2015 sudah memasuki era penduduk menua (ageing population) karena jumlah penduduknya yang berusia 60 tahun ke atas (penduduk lansia) melebihi angka 7%. Semakin tua seseorang akan disertai dengan penurunan kesehatan serta kemunculan berbagai masalah psikis dan ekonomi yang perlu penatalaksanaan baik.

Masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia atau sering menjadi keluhan para lanjut usia atau sindroma geriatri yaitu kurangnya aktivitas fisik/bergerak, kerapuhan tulang, gangguan kognitif atau proses menuju demensia, infeksi, gangguan pendengaran, penglihatan dan penciuman, depresi, malnutrisi, penyakit pengaruh obat-obatan, sulit tidur, penurunan sistem kekebalan tubuh, gangguan seksual dan gangguan buang air besar dan buang air kecil.

D. Kerapuhan Tulang / Osteoporosis

Selama ini osteoporosis atau keropos tulang dianggap penyakit orang usia lanjut (lansia), jadi tidak perlu khawatir dan diwaspadai karena setiap orang pasti akan mengalaminya. Apalagi gejala awalnya tidak menimbulkan keluhan sehingga mereka yang diserang baru menyadarinya setelah terjadi kondisi osteoporosis tingkat lanjut berupa perubahan bentuk tulang atau terjadi patah tulang yang disebabkan trauma atau patah tulang spontan (Waluyo, 2009).

Secara umum osteoporosis pula dapat didefinisikan sebagai penyakit menurunnya kepadatan atau massa tulang sehingga terjadi pengeroposan tulang yang beresiko mudah terjadi patah tulang, sedangkan dari sudut pandang ilmu kedokteran, osteoporosis adalah penyakit tulang metabolik yang ditandai dengan massa tulang yang rendah dan kerusakan mikro-arsitektur dari jaringan tulang, menimbulkan kerapuhan tulang dan sebagai konsekuensinya terjadi peningkatan risiko fraktur tulang (Waluyo, 2009).



Gambar 1. Perbedaan antara tulang yang normal dan osteoporosis

Dengan demikian, osteoporosis merupakan penyakit yang menyerang tulang-tulang yang berakibat kerapuhan tulang dan mudah mengalami fraktur (patah) (Waluyo, 2009). Penyakit progresif yang ditandai dengan berkurangnya kepadatan tulang (Zaviera, 2007).

1. Faktor Risiko Osteoporosis

Secara umum, faktor resiko osteoporosis adalah sebagai berikut:

a. Kekurangan Kalsium

Kekurangan kalsium sepanjang hidup, terutama di masa kecil dan remaja dimana terjadi pembentukan massa tulang yang maksimal merupakan penyebab utama terjadinya osteoporosis (Zaviera, 2008).

b. Faktor Genetik

Faktor genetik berperan penting dalam penentuan massa tulang puncak. Bila ada salah satu anggota keluarga yang memiliki riwayat osteoporosis, maka kemungkinan 80% keturunannya akan mengalami osteoporosis. Sedangkan 20% lainnya bergantung

pada olahraga dan pola makan sehari-hari (Zaviera, 2008).

c. Usia

Semakin tua usia, risiko terkena osteoporosis juga semakin besar karena secara alamiah tulang semakin rapuh sejalan dengan bertambahnya usia. Risiko terjatuh dan patah tulang akan bertambah disebabkan oleh faktor kesehatan lansia seperti gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan pada keseimbangan tubuh, dan otot yang semakin lemah (Waluyo, 2009).

d. Riwayat Patah Tulang

Orang yang pernah mengalami patah tulang mempunyai risiko lebih tinggi osteoporosis karena sudah memiliki tulang yang rapuh. Kondidi ini nyata pada wanita yang pernah mengalami patah tulang belakang, risiko patah tulang meningkat tujuh kali (Compston, 2002).

e. Alkohol

Ancaman kerapuhan tulang membayangi para peminum alkohol, kondisi ini bisa terjadi karena kegagalan yang sistematis sifatnya dalam pemeliharaan kadar mineral kalsium yang merupakan unsur penting dalam kepadatan tulang. Adanya luka-luka kecil yang menahun pada lambung akan mengakibatkan perdarahan di lambung. Meskipun kecil bentuk lukanya, karena berjalan dalam waktu yang lama, jumlah darah yang keluar cukup banyak kuantitasnya. Padahal senyawa kalsium banyak juga

terdapat dalam komponen darah. Otomatis tubuh kehilangan mineral ini dalam jumlah yang banyak. Belum lagi kegagalan pankreas dan hati yang menyebabkan menurunnya produksi enzim pengolah lemak. Dengan jumlah enzim yang menurun, lemak yang kita konsumsi tidak mampu diserap dari usus secara maksimal. Lemak, kita ketahui kaya akan kandungan beberapa senyawa yang penting bagi kesehatan tulang seperti mineral kalsium, fosfor, dan vitamin D (Hartono, 2000).

f. Kafein

Konsumsi kafein atau minuman yang mengandung kafein seperti kopi secara berlebihan terbukti dapat meningkatkan pengeluaran kalsium melalui air seni dan tinja. Berdasarkan penelitian yang diterbitkan oleh *American Journal of Clinical Nutrition* edisi Februari tahun 2000, mengungkapkan bahwa konsumsi kopi berlebihan dapat meningkatkan kadar homosistein. Homosistein adalah produk olahan protein. Selain itu didapatkan juga penurunan kepadatan tulang sebesar 0,0023% (Hartono, 2000).

g. Aktivitas Fisik

Aktivitas yang kurang akan mengakibatkan penurunan massa tulang. Disamping itu pula pada lansia yang kurang aktivitas, akan menyebabkan lemahnya otot dan tingginya risiko terjatuh dan patah tulang. Jarangnya olahraga juga mengakibatkan risiko osteoporosis. Tidak disarankan olahraga yang berat, jalan santai juga sudah dapat membantu

(Tjahjadi, 2009). Berbagai penelitian menunjukkan, puncak massa tulang anak-anak sampai dewasa yang aktif berolahraga lebih tinggi daripada yang jarang berolahraga.

2. Deteksi / Pengukuran Kepadatan Tulang

Pengukuran kepadatan atau massa tulang biasanya dilakukan pada tulang yang kemungkinan patah, seperti tulang belakang, pinggul dan pergelangan tangan. Alasan pengukuran massa tulang adalah untuk memberikan informasi kemungkinan patah tulang (Compston, 2002). Cara yang paling langsung untuk mengukur perubahan massa tulang adalah dengan menggunakan alat pengukur massa tulang (Lane, 2003). Beberapa teknik yang dapat digunakan untuk mengukur massa tulang adalah sebagai berikut dengan *Quantitative Ultrasound Bone Densitometry* (Nissl, 2004).



Gambar 2. *Quantitative Ultrasound Bone Densitometry*

Karena metode pengukuran kepadatan tulang hampir seluruhnya menggunakan sinar X dengan tingkat radiasi dengan dosis rendah yang seringkali lebih rendah daripada radiasi alami. Oleh karena itu, pengukuran kepadatan tulang

bisa dilakukan pada anak-anak, ibu hamil, serta bisa diulang bila diperlukan (Compston, 2002).

Secara umum, tingkat akurasi tes BMD tergolong tinggi, yaitu antara 89-99%. Namun, terdapat perbedaan nilai BMD pada tiap pengukuran di tubuh. Untuk menentukan BMD pada penelitian ini, dilakukan pengukuran dengan melihat nilai *T-score*. *T-score* adalah skor yang memfasilitasi klasifikasi wanita ke dalam penderita atau orang yang beresiko terkena osteoporosis atau bahkan terkena fraktur.

Menurut Lane (2003), ada 4 kategori diagnosa massa tulang yang umum untuk orang dewasa dan telah diterima oleh *National Osteoporosis Foundation of The United States*, *World Health Organization (WHO)*, dan *European Foundation for Osteoporosis and Bone Disease* disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Kriteria *T-score* Menurut WHO

<i>T-score</i> : Kriteria WHO untuk kejadian Osteoporosis	
Normal	<i>T-score</i> > -1,0 SD dibawah rentang yang direkomendasikan untuk dewasa muda
Massa Tulang Rendah (osteopenia)	<i>T-score</i> -1 s/d -2.5 SD dibawah rentang yang direkomendasikan untuk dewasa muda
Osteoporosis (belum <i>fraktur</i>)	<i>T-score</i> < -2,5 SD dibawah rentang yang direkomendasikan untuk dewasa muda
Osteoporosis berat (telah <i>fraktur</i>)	<i>T-score</i> < -2,5 SD dibawah rentang yang direkomendasikan untuk dewasa muda dan pasien yang memiliki satu atau lebih fraktur tulang.

Sumber: WHO 1994

E. Penilaian Status Gizi Lanjut Usia

Menilai status gizi pada lansia memerlukan metode pengukuran yang sesuai dengan perubahan yang terjadi pada struktur tubuh, komposisi tubuh serta penurunan fungsi organ- organ tubuh. Metode penilaian status gizi pada lansia dapat dilakukan dengan melakukan pengukuran antropometri. Selain pengukuran antropometri, pemeriksaan klinis, biokimia, dan dietary (riwayat kebiasaan makanan) juga dapat dilakukan untuk menilai status gizi.

Menilai status gizi pada lansia memerlukan metode pengukuran yang sesuai dengan perubahan yang terjadi pada struktur tubuh, komposisi tubuh serta penurunan fungsi organ- organ tubuh. Metode penilaian status gizi pada lansia dapat dilakukan dengan melakukan pengukuran antropometri. Selain pengukuran antropometri, pemeriksaan klinis, biokimia, dan dietary (riwayat kebiasaan makanan) juga dapat dilakukan untuk menilai status gizi.

Penilaian status gizi pada lansia diperlukan metode pengukuran yang sesuai dengan perubahan yang terjadi pada struktur tubuh, komposisi tubuh serta penurunan fungsi organ-organ tubuh. Metode dalam penilaian status gizi lansia pada umumnya dapat dilakukan dengan melakukan pengukuran antropometri, pemeriksaan klinis, biokimia, dan riwayat kebiasaan makanan.

1. Antropometri

Antropometri berasal dari bahasa Yunani yaitu *antropos* (tubuh) dan *metros* (ukuran), jadi antropometri diartikan

sebagai ukuran tubuh. Antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri ini sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan protein dan energi. Gangguan ini biasanya terlihat dari pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh, seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Depkes, 2007).

Supriasa (2007) mengemukakan beberapa keunggulan antropometri gizi sebagai berikut:

- a. Prosedurnya sederhana, aman, dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar
- b. Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli, tetapi cukup dilakukan oleh tenaga yang sudah dilatih
- c. Alatnya murah, mudah dibawa, dan tahan lama
- d. Metode ini tepat dan akurat karena dapat dibakukan
- e. Dapat mendeteksi atau menggambarkan riwayat gizi di masa lampau.
- f. Umumnya dapat mengidentifikasi status gizi sedang, kurang, dan gizi buruk.
- g. Metode antropometri dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu.
- h. Metode antropometri gizi dapat digunakan untuk penapisan kelompok yang rawan terhadap gizi.

Data antropometri merupakan hasil pengukuran fisik pada individu, yang meliputi pengukuran berat badan (B), tinggi badan (TB), tinggi lutut (TL), panjang depa (PD), tinggi duduk (TD), lingkaran lengan atas (LiLA), tebal lemak, lingkaran pinggang dan lingkaran panggul.

Cara Pengukuran Antropometri pada lanjut usia, antara lain:

- a. Pengukuran Tinggi Badan
 - 1) Subyek diukur dalam posisi tegak pada permukaan tanah/lantai yang rata (*flat surface*) tanpa memakai alas kaki.
 - 2) Ujung tumit kedua telapak kaki dirapatkan dan menempel di dinding dalam posisi agak terbuka di bagian depan jari-jari kaki.
 - 3) Pandangan mata lurus ke depan, kedua lengan dikepal erat, tulang belakang dan pantat menempel di dinding, dan bahu dalam posisi relaks.
 - 4) Tinggi badan diukur dengan mikrotoa yang pembacaannya dilakukan dengan skala 0,1 cm.
- b. Pengukuran Berat Badan

Alat yang digunakan untuk mengukur berat badan adalah timbangan injak digital (Seca). Subyek diukur dalam posisi berdiri dengan ketentuan subyek memakai pakaian seminimal mungkin, tanpa isi kantong dan sepatu/sandal. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 kg.
- c. Pengukuran Tinggi lutut

Pengukuran tinggi badan dengan menggunakan indicator tinggi lutut digunakan untuk pasien yang tidak dapat berdiri dengan tegak seperti Lansia ataupun yang sedang tirah baring (*bed rest*) sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukannya

pengukuran tinggi badan secara normal. adapun langkah-langkahnya sebagai berikut :

- 1) Pasien terlentang pada tempat tidur dengan posisi tempat tidur rata
- 2) Paha dan betis kiri membentuk sudut siku-siku (90 derajat). Hal ini dapat dibantu dengan diberikan penyangga diantara paha dan betis pasien
- 3) Pasang alat pengukur tepat pada telapak kaki bagian tumit dan lutut. Jika tidak ada dapat menggunakan meteran
- 4) Baca dan catat hasil pengukuran tersebut



Gambar 2. Pengukuran tinggi lutut dalam keadaan tidur

Apabila pasien tidak memungkinkan diukur dalam keadaan berdiri (normal) maka tinggi badan dapat diperkirakan dengan cara mengukur tinggi lutut.

TB berdasarkan Tinggi Lutut (TL)

$$\text{TB Pria} = 64,19 - (0,40 + U) + (2,02 \times \text{TL})$$

$$\text{TB Wanita} = 84,88 - (0,24 \times U) + (1,83 \times \text{TL})$$

Selain dalam kondisi terlentang, pasien juga dapat diukur dalam posisi duduk. adapun langkah-langkahnya sebagai berikut:

- 1) Pasien dalam kondisi duduk siap (badan tegak, tangan bebas kebawah dan wajah menghadap kedepan)
- 2) Lutut kaki mebentuk sudut 90 derajat
- 3) Tempatkan alat pengukur pada kaki sebelah kiri
- 4) Baca dan catat hasil pengukuran tersebut



Gambar 3. Pengukuran tinggi lutut dalam keadaan duduk

Selanjutnya estimasi menggunakan rumus:

$$\text{Laki-laki} = 64,19 + (2,02 \text{ TL}) - (0,04 \text{ U})$$

$$\text{Perempuan} = 84,88 + (1,83 \text{ TL}) - (0,24 \text{ U})$$

Indeks Massa Tubuh (IMT) atau biasa dikenal dengan *Body Mass Index* merupakan alat ukur yang sering digunakan untuk mengetahui kekurangan dan kelebihan berat badan seseorang.

Laporan FAO/WHO/UNU dalam Arisman (2004) menyatakan bahwa batasan berat badan normal

orang dewasa ditentukan berdasarkan nilai *Body Mass Index* (BMI) atau indeks massa tubuh (IMT). IMT dapat diketahui nilainya dengan menggunakan rumus:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)}^2}$$

Klasifikasi Indeks Massa Tubuh (Kg/m²)

Berat badan kurang : < 18.5

Normal : 18.5 - 22.9

Berat badan lebih : 23.0 - 24.9

Obesitas I : 25.0 - 29.9

Obesitas II : > 30

2. Biokimia

Pemeriksaan biokimia disebut juga cara laboratorium. Pemeriksaan biokimia pemeriksaan yang digunakan untuk mendeteksi adanya defisiensi zat gizi pada kasus yang lebih parah lagi, dimana dilakukan pemeriksaan dalam suatu bahan biopsi sehingga dapat diketahui kadar zat gizi atau adanya simpanan di jaringan yang paling sensitif terhadap deplesi, uji ini disebut uji biokimia statis.

Pemeriksaan biokimia dilakukan melalui pemeriksaan spesimen jaringan tubuh (darah, urine, tinja, hati, dan otot) yang diuji secara laboratoris terutama untuk mengetahui kadar hemaglobin, feritin, glukosa, dan kolesterol.

Kelebihan penilaian biokimia antara lain:

- a. Dapat mendeteksi defisiensi zat gizi lebih dini
- b. Hasil dari pemeriksaan biokimia lebih objektif, hal ini karena menggunakan peralatan yang selalu ditera dan dilakukan oleh tenaga ahli

- c. Dapat menunjang hasil pemeriksaan metode lain dalam penilaian status gizi

Berikut ini adalah beberapa parameter biokimia yang sering digunakan:

- a. Albumin rendah/hipoalbuminemia mengindikasikan adanya defisiensi protein, stress akut, katabolisme, overload cairan, gagal hati, pembedahan. Albumin tinggi/hiperalbuminemia kemungkinan dehidrasi dan gagal ginjal. Selain dalam darah, kadar albumin juga dapat diperiksa dalam urin.
- b. Asam folat serum rendah mengindikasikan adanya defisiensi asam folat, vitamin B12, anemia makrositik, penggunaan obat-obatan tertentu.
- c. Glukosa darah tinggi/hiperglikemia mengindikasikan adanya perubahan metabolisme karbohidrat, kelebihan intake energi, kanker, diabetes mellitus, infus dekstrosa yang berlebihan, infeksi, respon stres, penggunaan obat-obatan. Glukosa darah rendah/hipoglikemia, kemungkinan penghentian makanan parenteral total yang mendadak, pemberian insulin yang berlebihan. Selain itu glukosa dapat juga diperiksa dengan urin reduksi.
- d. Hemoglobin rendah mengindikasikan kemungkinan adanya defisiensi protein, Fe, anemia, perdarahan.
- e. Natrium serum tinggi/hipernatremia mengindikasikan adanya defisit volume cairan, pemberian natrium yang berlebihan, kehilangan air bebas yang terjadi sekunder akibat interaksi obat. Natrium serum rendah/hiponatremia, kemungkinan kelebihan

cairan, kehilangan natrium lewat saluran cerna, sonde dengan formula susu rendah natrium untuk waktu yang lama.

3. Fisik Klinis

Pemantauan status gizi lansia yang mempunyai dampak pada masalah gizi diantaranya adalah perubahan fungsi mekanis atau fisik, misalnya gangguan menelan, mengunyah, gangguan gastrointestinal.

Data klinis yang meliputi suhu tubuh, tekanan darah, keluhan-keluhan yang dirasakan seperti penurunan nafsu makan, gangguan metabolisme diantaranya mual, muntah, kesulitan mengunyah dan menelan. Beberapa contoh penilaian tanda klinis antara lain:

- a. Penurunan berat badan terindikasi adanya defisiensi energi, defisiensi cairan apabila terjadi dalam waktu yang lama, sedangkan adanya peningkatan berat badan kemungkinan kelebihan asupan energi.
- b. Rambut pudar, kering, mudah patah mengindikasikan defisiensi protein, rambut mudah dicabut tanpa rasa sakit kemungkinan defisiensi protein, rambut rontok kemungkinan defisiensi protein, seng, biotin / kelebihan vitamin A, hilangnya pigmen rambut pada sekeliling kepala, kemungkinan defisiensi protein dan tembaga.
- c. Kehilangan massa otot kemungkinan defisiensi energi
- d. Parestesia (sakit dan perasaan geli atau sensasi yang berubah pada anggota gerak), ataksia (penurunan perasaan getaran dan posisi tremor penurunan reflek

tendon), konfabulasi, disorientasi mengantuk, letargi kemungkinan defisiensi vitamin B dan C.

4. Riwayat Asupan Makanan

Survei konsumsi makanan merupakan salah satu penilaian status gizi dengan melihat jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi oleh individu maupun keluarga. Data yang didapat dapat berupa data kuantitatif maupun kualitatif. Data kuantitatif dapat mengetahui jumlah dan jenis pangan yang dikonsumsi menggunakan *Food Recall*, sedangkan data kualitatif dapat diketahui frekuensi makan menggunakan *Food Frequency* (FFQ).

F. Penatalaksanaan Makanan Pada Lansia

Semua zat makanan ini dikonsumsi secara proporsional dan seimbang sesuai dengan kebutuhan. Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII (2004) mengelompokkan angka kecukupan yang dianjurkan untuk usia 50-64 tahun sebesar 1750 kalori dan diatas 65 tahun sebesar 1600 kalori per hari.

Menu harian yang sebaiknya dikonsumsi lansia adalah dengan syarat sebagai berikut:

1. Tidak berlebihan, tetapi cukup mengandung zat gizi sesuai dengan persyaratan kebutuhan lansia
2. Bervariasi jenis makanan dan cara olahannya
3. Membatasi konsumsi lemak yang tidak kelihatan (menempel pada bahan pangan, terutama pangan hewani)
4. Membatasi konsumsi gula, dan minuman yang banyak mengandung gula

5. Menghindari konsumsi garam yang terlalu banyak, merokok dan minum alkohol
6. Cukup banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung serat (buah-buahan, sayuran, dan sereal) untuk menghindari sembelit atau konstipasi
7. Konsumsi cairan yang cukup.

Berdasarkan konsep pemenuhan gizi seimbang, contoh menu lansia dalam sehari disajikan pada Tabel 2. Menu ini disusun berdasarkan kecukupan energi dan gizi lansia.

Tabel 2. Jumlah bahan makanan Rata-rata sehari

Jenis Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga
Nasi	3 ³ / ₄ gls
Lauk Hewani (telur, ikan, daging)	2 ptg
Tempe/tahu	2 ptg
Sayur	3 gls
Buah	4 ptg/bh
Susu	1 gls
Minyak	2 sdm
Gula Pasir	2 sdm

Sumber: *Almatsier, dkk (2011)*

Contoh Menu Lansia

Waktu	Menu Makanan	Bahan Makanan	URT	Penukar
Pagi	Bubur	Beras	1 ctg	1 P
	Telur rebus	Telur ayam	1 butir	1 P
	Sayur Sop	Wortel	4 sdm	½ P
		Kentang	4 sdm	½ P
		Daun bawang	2 sdm	½ P
		Bakso	2 btr	¼ P
Selingan	Buah	Pisang ambon	1 bh	1 P
Siang	Nasi	Beras	1 ctg	1 P
	Ayam Semur	Ayam	1 ptg sdg	1 P
		Kecap	5 sdm	½ P
	Pepes Tahu	Tahu	1 pth bsr	1 P
Selingan	Puding susu	Agar-agar	1 bh	1 P
Malam	Nasi	Beras	1 ctg	1 P
	Pepes Ikan	Ikan Nila	1 ekor sdg	1 P
	Sayur bening warna warni	Brokoli	½ bh	½ P
		Jagung manis	1 ½ sdm	½ P
		Wortel	4 sdm	½ P
Selingan malam	Susu sapi	Susu sapi	1 gls	1 P

BAB VIII

KONSEP POST POWER SYNDROME

Manusia dalam menjalani kehidupannya akan melalui beberapa tahap rentang kehidupan yang dimulai dari masa prenatal (dalam kandungan) hingga masa lanjut usia. Setiap transisi dari satu tahapan ke tahap berikutnya (*lifespan*) akan mengalami suatu masa kritis disebabkan adanya tugas perkembangan. Hal ini juga tentu saja dialami oleh orang dewasa akhir atau lanjut usia yang berada di rentang usia 60 tahun ke atas.

Salah satu hal yang dapat dialami oleh lanjut usia yang berusia 60 tahun adalah masa purna tugas atau pensiun. Dalam Teori *Life cycle* dari Boyes (Ikawati, 2018) dinyatakan bahwa setiap individu yang bekerja akan melalui tahap *retirement years* yakni masa dimana seseorang mulai masuk ke tahapan pensiun. Hurlock (1996) menyatakan bahwa masa pensiun tersebut merupakan pengunduran diri seseorang dari aktivitas sehari-hari. Seseorang yang berada di usia lanjut pada umumnya mempersepsikan masa pensiun sebagai masa kritis disebabkan ia menilai dirinya tidak berguna dan tidak kompeten lagi di hadapan orang lain.

Masa pensiun dengan demikian dapat berdampak pada interaksi sosial dengan rekan kerjanya selama ini, maupun dampak pada perekonomian, serta identitas diri dari lansia. Selain itu, kondisi pensiun juga dapat menyebabkan lansia akan merasa kehilangan beberapa hal yang penting antara lain penerimaan, penghargaan, kekuasaan, pengaruh, rutinitas

dan waktu. Kehilangan hal yang penting ini dapat berdampak terhadap kesehatan mental bagi mereka yang tidak siap dalam menghadapi kenyataan yang ada.

Indriana (2012) menyatakan perubahan-perubahan yang tidak menyenangkan dapat menimbulkan kecemasan dan perasaan tertekan pada diri lansia. Lansia dapat menjadi seseorang yang sangat sensitif dan subjektif sehingga kurang realitas dalam menghadapi pensiun. Kondisi tersebut kemudian dapat mengarah pada kecenderungan permasalahan pada kesehatan mental yang sering dialami oleh individu yang akan menghadapi pensiun yakni *Post Power Syndrom*. Berbagai hal perlu diketahui terkait *Post Power Syndrome* ini yang akan diuraikan pada bab ini.

A. Pengertian Post Power Syndrome

Manusia menjalani kehidupannya akan terus melakukan penyesuaian dalam berbagai aspek kehidupannya, termasuk penyesuaiannya terhadap karir. Tahap akhir dari sebuah karir adalah masa pensiun. Manusia dalam menghadapi masa pensiun memiliki berbagai tanggapan yang bisa jadi berbeda-beda antara satu orang dengan orang yang lain. Ada yang menanggapi masa pensiun dengan perasaan gembira karena terbebas dari pekerjaan yang selama ini harus selalu dipertanggungjawabkan. Akan tetapi, tidak sedikit orang yang merasa kebingungan akan apa yang akan dikerjakan setelah pensiun. Bahkan, masa pensiun kerap kali ditanggapi dengan perasaan yang negatif, tidak menyenangkan bahkan dipandang sebagai masa yang menakutkan.

Post power syndrom merupakan sindrom dari berakhirnya suatu jabatan atau kekuasaan dimana seseorang yang

mengalaminya sulit menerima kenyataan, sertatidak bisa berpikir realistis bahwa sekarang ia sudah bukan pejabat lagi, bukan pegawai lagi dan sudah pensiun (Suadirman, 2011).Defenisi serupa juga dinyatakan oleh Elia (2003) yang menyatakan bahwa *PostPower Syndrome* adalah kumpulan gejala“Purna kuasa” yang berarti suatu gejala kejiwaan atau emosi yang kurang stabil pasca kekuasaan. Kondisi tersebut seringkali terjadi pada individu yang dulunya memiliki kekuasaan atau jabatan, tetapi ia shock kehilangan karena sudah tidak menjabat lagi (Kartono,2012).

Postpower syndrome (Rasmadi,2012) merupakan gejala yang menunjukkan kondisi penderita yang hidup dalam bayang-bayang kebesaran masa lalunya (karir, kekuasaan, kecantikan, ketampanan, kecerdasan, atau hal yang lain). Faktor penyebab post power syndrome tersebut adalah kurang persiapan mental, kurang mengembangkan teman dan pergaulan, bersandar pada satu-satunya sumber penghasilan, pola hidup konsumtif, dan terlalu aktif di akhir masa jabatan ataupun tugas.

Post-power syndrome banyak dialami oleh mereka yang baru saja menjalani masa pension, terutama orang yang sudah lanjut usia dan pensiun dari pekerjaannya. Stress, depresi, tidak bahagia merasa kehilangan harga diri dan kehormatan adalah beberapa hal yang dialami oleh mereka yang terkena post-power syndrome (Santoso dan Lestari, 2008). Namun demikian, terdapat orang-orang yang berhasil melalui fase ini dengan cepat dan dapat menerima kenyataan dengan hati yang lapang. Tetapi pada kasus-kasus tertentu, dimana seseorang tidak mampu menerima kenyataan yang ada, ditambah dengan tuntutan hidup yang terus mendesak, dan

dirinya adalah satu-satunya penopang hidup keluarga, resiko terjadinya *PostPower Syndrome* semakin besar (Elia, 2003).

Namun demikian, pada dasarnya *Post power syndrome* bukanlah terjadi disebabkan masa pensiun atau menganggur ataupun PHK, tetapi *Post power syndrome* disebabkan bagaimana cara seseorang menghayati dan dan merasakan keadaan baru tersebut (Semiun, 2010). Jika seseorang tidak mampu menerima kondisi baru itu dan merasa kecewa dan pesimis maka akan timbul konflik batin, ketakutan dan rasa rendah diri. Sebaliknya, seseorang yang telah pensiun memaknai kondisi ini dengan optimisme yang tinggi akan menghadapi masa pensiun ini dengan percaya diri.

B. Pengaruh Fungsi Keluarga dalam *Post Power Syndrome*

Seseorang yang telah lansia dan memasuki masa pensiunnya sangat memerlukan sekali dukungan dan peran serta dari keluarga untk menghadapi *post power syndromenya* agar lansia dapat menjalani kehidupannya dengan lebih bahagia, mandiri, serta terhindar dari kesulitan yang dapat muncul akibat ketuaannya. Purwanto, Choiriyah, dan Suwanti (2017) menyatakan bahwa keluarga diharapkan dapat mendukung lansia mengatasi gejala dari *post power syndromenya* agar lansia dapat memperoleh perawatan serta pembinaan dalam rangka meminimalisir risiko yang dihadapi lansia yang telah mencapai masa pensiunnya.

Dukungan keluarga merupakan suatu proses hubungan antara lansia dengan anggota keluarganya yang bersifat timbal balik, saling percaya satu sama lain, saling berkomunikasi dalam usaha membangun suatu keluarga tangguh. Baik keluarga inti maupun keluarga besar sangat berfungsi sebagai

pendukung anggota keluarganya untuk mencapai kondisi yang lebih baik terutama bagi lansia yang mengalami *post power syndrome* (Friedman, Bowden, dan Jones, 2010). Friedman (Hidayat, Hamid, Lestari, 2020) lebih lanjut menjelaskan bahwa keluarga memiliki fungsi terhadap pencegahan *post power syndrome* pada lansia melalui pemberian informasi cara-cara mencegah *post power syndrome*, penyuluhan kesehatan, dan memberikan informasi pelayanan kesehatan.

Dukungan dan pengertian dari orang-orang tercinta sangat membantu seseorang dengan *post power syndrome*. Bila Orang dengan *post power syndrome* melihat bahwa orang-orang yang dicintainya memahami dan mengerti tentang keadaan dirinya karena mereka sudah tidak mampu mencari nafkah. Orang dengan *post power syndrome* akan lebih bisa menerima keadaannya dan lebih mampu berpikir secara rasional. Kondisi tersebut berpeluang untuk mengembalikan kreativitas dan produktifitasnya, meskipun mereka tidak sehebat dulu. Namun akan sangat berbeda hasilnya jika keluarga malah sama sekali tidak memperdulikannya (Khodijah, 2018).

Keluarga lansia diharapkan dapat memberikan dorongan atau membantu lansia juga dalam hal meningkatkan ketaqwaan lansia. Keluarga dapat membantu menyediakan keperluan-keperluan ibadah seperti sajadah, mukena, tempat sholat, keperluan air wudhu, atau membantu lansia agar dapat menghadiri pengajian-pengajian (bagi lansia yang beragama Islam) dan menghadiri peribadatan di tempat-tempat ibadah lainnya (Setijani, Tri 1998). Tersedianya dukungan sosial salah satunya keluarga dapat membantu lansia menemukan jalan keluar dari masalah yang dihadapi dan membantu lansia

dalam menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi, sehingga, hambatan dalam menghadapi pensiun dapat diatasi (Azizah, 2011 dan Suardiman, 2011).

Di lain pihak, hasil penelitian Santoso dan Lestari (2008) menunjukkan bahwa tidak semua perhatian keluarga ditanggapi positif oleh lansia. Sebaliknya, perhatian dari keluarga dapat ditanggapi sensitif oleh para lansia disebabkan lansia merasa tidak dibutuhkan lagi tenaganya karena sudah tua atau takut merepotkan jika melakukan pekerjaan. Lansia merasa diri tidak berguna, kehilangan peran, dan tidak memiliki arti dalam kehidupan, sehingga akan semakin memburuk apabila keluarga tidak mendukung kegiatan mereka, memang alasannya supaya orang tua tidak sakit, tetapi pelarangan itu justru menegaskan lansia tidak berguna lagi. Dengan demikian, tidak semua orang tua bisa mengisi waktu pensiun dengan kegiatan yang membahagiakan (Nasrun,2007).

Keluarga pada saat memberikan perhatian, perawatan, bimbingan, maupun arahan sebaiknya disertai dengan komunikasi yang jelas. Hal tersebut dilakukan untuk meminimalisir terjadinya persepsi negatif pada diri lansia saat diberikan perawatan. Komunikasi yang jelas misalnya menggunakan bahasa yang halus, intonasi yang halus, dan menghindari kalimat-kalimat yang bisa menyinggung perasaan. Keluarga sebaiknya ditumbuhkembangkan saling percaya satu sama lain, serta saling berbagi dan memberi. Lansia diberi kepercayaan untuk dimintai pendapatnya dalam menyelesaikan suatu masalah dalam keluarga.

C. Fase Penyesuaian Diri pada Saat Pensiun

Havighurst (Ayu, 2009) menyatakan salah satu tugas perkembangan di usia lanjut adalah melakukan penyesuaian diri. Penyesuaian diri yang dilakukan antara lain: (a) penyesuaian terhadap kekuatan fisik dan kesehatan yang menurun; (b) penyesuaian terhadap kematian pasangan; (c) penyesuaian terhadap hubungan dengan teman-teman; (d) penyesuaian terhadap menurunnya penghasilan; dan (e) penyesuaian tempat tinggal yang memuaskan. Hal senada juga dipaparkan oleh Miller (1995) bahwasanya lanjut usia akan menghadapi beberapa perubahan di dalam hidupnya yang menuntut adanya penyesuaian meliputi kematian pasangan, kerusakan fungsi dan penyakit kronik, sikap dan pandangan negatif terhadap kondisi menua, masa pensiun, kematian keluarga, dan teman serta relokasi dari tempat tinggal keluarga.

Penyesuaian diri adalah upaya manusia dalam bertindak laku untuk mengatasi tantangan ataupun kendala, serta memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang ada di dalam diri individu. Tujuan dari penyesuaian diri yang dilakukan oleh manusia adalah untuk memperoleh kesesuaian atau keharmonisan antara tuntutan dari dirinya dan lingkungannya. Scheineiders (Pradono dan Purnamasari, 2010) mendefinisikan penyesuaian diri sebagai proses yang melibatkan respon mental dan tingkah laku untuk memenuhi kebutuhan dan mengatasi ketegangan, frustrasi, serta konflik secara sukses sehingga menghasilkan hubungan harmonis antara kebutuhan dirinya dengan tuntutan lingkungannya. Defenisi serupa juga dinyatakan oleh Corsini (2002), serta Martin dan Polland (Pradono dan Purnamasari, 2010) menyatakan penyesuaian diri sebagai upaya memodifikasi sikap dan

perilaku dalam menghadapi tuntutan lingkungan secara efektif untuk mengatasi permasalahan lingkungan yang berkesinambungan.

Atchley (Humaira dan Rachmatan,2017)) menyatakan bahwa transisi pensiun merupakan salah satu peristiwa besar dalam kehidupan seseorang. Proses penyesuaian diri yang paling sulit dengan demikian juga terjadi pada masa pensiun. Seseorang yang di masa pensiunnya memiliki penyesuaian diri yang baik adalah orang yang sehat, memiliki pendapatan yang layak, aktif, berpendidikan baik, memiliki relasi sosial yang luas baik keluarga maupun teman-teman, dan merasa puas dengan kehidupan sebelum pensiun (Santrock,2000). Sebaliknya, seseorang yang membangun harga dirinya melalui kekuasaan dan status selama masa kerjanya akan menghadapi krisis identitas yang cukup berat menjelang pensiun, mereka menjadi merasa tidak berguna lagi (Rini, 2001)

Hasil penelitian Pradono dan Purnamasari (2010) menunjukkan adanya hubungan negatif antara penyesuaian diri dengan kecemasan. Hasil penelitian menunjukkan bahwaseseorang pensiunan yang memiliki penyesuaian diri yang baik, maka semakin rendah kecemasannya dalam menghadapi pensiun. Dengan demikian, adanya suatu pemikiran dan tindakan yang perlu dipersiapkan dan direncanakan secara matang bagi seorang pekerja untuk menghadapi masa pensiun agar ia dapat terhindar dari dampak negatif yang dapat mengganggu kehidupan selanjutnya (Hakim, 2007).

Apsari (2012) memaparkan bahwa dua tahun pertama sesudah pensiun disebut sebagai tahap reorientasi. Pada tahap ini seseorang akan mulai mengubah prioritasnya, aktivitas,

hubungan, dan hidupnya. Tahap reorientasi ini merupakan tahap yang penuh dengan tantangan seperti kehilangan peran sosial, kehilangan kekuasaan, kontak sosial, harga diri rendah, tidak dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan tertentu dan pemasukan rendah, yang menyebabkan munculnya perasaan depresi, kecemasan, dan kebosanan akibat masa pensiun. Oleh karena itu, seseorang yang ingin melewati masa pensiun dan menjalani masa pensiun dengan tenang perlu memiliki perasaan yang bebas dari perasaan depresi, kecemasan dan kebosanan, maka individu sangat memerlukan dukungan atau pendampingan dari orang-orang terdekat (Hurlock, 1980).

Dukungan dan pengertian dari keluarga akan sangat membantu pensiunan dalam menyesuaikan dirinya. Akan tetapi, perilaku keluarga seperti menggerutu, menyindir, atau kurang perhatian akan mempersulit penyesuaian diri terutama Lansia yang menjalani masapensiunnya (Hurlock, 1980; Rini, 2001). Hal ini sejalan dengan pernyataan Sarafino (2006) dan Sarason (Smet, 2004) bahwa dukungan sosial adalah adanya transaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberikan bantuan pada seseorang, dimana bantuan umumnya diperoleh dari orang-orang yang memiliki arti bagi pensiunan sehingga ia akan merasa aman dan nyaman menjalani kehidupannya.

Hurlock (1992) membagi sikap pensiun ke dalam dua kategori, yakni:

1. Pengalihan peran (*Transformer*)

Sikap pensiunan yang mengubah gaya hidup dengan menciptakan gaya hidup baru dan menyenangkan diri sendiri. Melepaskan berbagai peran lama dan menjalankan peran baru.

2. Pemeliharaan peran (*Maintainers*)

Sikap pensiunan yang terus bekerja dengan melakukan pekerjaan penggal waktu setelah pension. Pekerjaan yang dilakukan merupakan lanjutan dari pekerjaan yang sebelumnya (Hurlock, 1992).

Berdasarkan dengan pembagian kategori di atas, maka dapat disimpulkan bahwa peran pensiun dapat menjadi pengalihan peran (*Transformer*) dan pemeliharaan peran (*Maintainers*). Lansia yang sudah terbiasa dengan gaya hidup peran ganda ketika ia masih menjabat, dampak terhadap gejala *postpower syndrome* tidak akan terlalu berdampak buruk.

D. Ciri-Ciri dan Gejala Post Power Syndrome

Kartono (2012) menjelaskan bahwa *post power syndrom* sebagai reaksi somatisasi dalam bentuk sekumpulan penyakit, dan kerusakan fungsi seperti fungsi jasmani dan mental yang progresif, karena orang yang bersangkutan sudah tidak bekerja, pensiun, tidak menjabat atau tidak berkuasa lagi. Lebih lanjut menurut Kartono (2000) gejala dari Post power syndrome ini meliputi 2 aspek *post power syndrome* berikut:

1. Gejala Fisik

Gejala fisik yang sering muncul antara lain nampak lemah, layu, sayu, lemas, tidak bergairah dan mudah terkena penyakit.

2. Gejala Psikis

Gejala psikis yang sering muncul antara lain sikap apatis, depresi, merasa serba salah, tidak pernah merasa puas dan

berputus asa, atau tanda tanda seperti menjadi mudah ribut, tidak toleran, cepat tersinggung, gelisah, cemas, eksplosif mudah meledak meledak, agresif dan suka menyerang baik dengan kata kata atau ucapan ucapan maupun dengan benda benda dan lain sebagainya.

Sejalan dengan gejala-gejala post power syndrome yang diungkapkan oleh Kartono, maka Gejala-gejala *Post-Power Syndrome* menurut Elia (2003) meliputi beberapa gejala berikut:

3. Gejala fisik

Orang-orang yang menderita *PostPower Syndrome* biasanya tampak menjadi jauh lebih cepat tua dibandingkan pada waktu dia masih menjabat, misalnya saja rambutnya menjadi putih, berkeriput, menjadi pemurung dan mudah sakit-sakitan.

4. Gejala emosi

Orang-orang yang menderita *PostPower Syndrome* biasanya sensitif, mudah tersinggung, merasa tidak berharga, ingin menarik diri dari lingkungan pergaulan, ingin bersembunyi dan lain-lain.

5. Gejala perilaku

Orang-orang yang menderita *PostPower Syndrome* biasanya menarik diri dari sosial, malu bertemu dengan orang lain, lebih mudah melakukan pola-pola kekerasan atau menunjukkan kemarahan baik di rumah atau tempat lain (Elia, 2003).

Supeno (1991) juga menyatakan seseorang dengan *PostPower Syndrome* akan menunjukkan reaksi-reaksi kejiwaan

yang termanifestasi pada sikap maupun perilaku sebagai berikut:

1. Reaksi eksplosif, misalnya kehilangan kendali, emosi meledak-ledak, marah-marah, serta agresi verbal dan fisik.
2. Memperlihatkan gejala frustrasi yang ditandai dengan timbulnya kecemasan, depresi.
3. Reaksi mekanisme pertahanan diri, seperti reaksi substitusi.
4. Selalu mengenang hal-hal yang menyenangkan di masa lalu sehingga timbul sikap-sikap yang kadang tidak diterima oleh keluarga.

Berdasarkan pemaparan di atas, dapat kita lihat bahwasanya *Post Power Syndrome* merupakan sekumpulan reaksi jiwa sebagai respon dari situasi tertentu seperti pensiun, sehingga menyebabkan individu yang tidak mampu menerima secara realistis kenyataan atau perubahan yang terjadi di dalam kehidupannya akan menemui permasalahan-permasalahan fisik maupun psikologis sebagai dampak dari pemikiran dan sikapnya itu. Dengan demikian, dapat disadari bahwa *post power syndrome* ini sangat bergantung pada bagaimana seseorang mempersiapkan diri dalam menghadapi masa-masa di hari tua saat segala usaha telah dilakukan di masa muda. Bagaimana seseorang menerima fase kehidupan selanjutnya dimana kondisi fisik mulai melemah, sehingga untuk melakukan aktivitas kian terbatas. Meskipun demikian, gejala-gejala tersebut dapat tampil berbeda bagi para lansia ataupun seseorang yang menerima bahwasanya setiap manusia punya masanya, dan setiap masa punya keindahan

akan ceritanya masing-masing. Keyakinan seseorang pada Sang Khalik akan menjadi pegangan yang memudahkan mencari makna dibalik setiap hikma yang diberikan olehNya.

E. Penyebab Internal Post Power Syndrome

Banyak faktor yang memengaruhi seseorang menderita gejala *PostPower Syndrome* antara lain:

1. Kepuasan kerja dan pekerjaan

Seseorang yang sudah memasuki masa pensiun secara otomatis kepuasan dalam diri mereka untuk bekerja menjadi salah satu faktor mengalami *PostPower Syndrome*.

2. Usia

Usia memang menjadi faktor penentu dalam mengalami gejala *PostPower Syndrome*. Ketika usia semakin lanjut, maka pola pikir dan perilaku pun akan semakin menurun.

3. Kesehatan

Jelas sekali kesehatan akan memengaruhi gejala *PostPower Syndrome* pada diri seseorang. Semakin tua seseorang, maka gejala kesehatan yang menurun pun akan terlihat.

4. Status sosial sebelum pensiun

Biasanya orang yang menderita gejala Post-Power Syndrome mengalami depresi yang cukup akut, karena dalam status sosial mereka akan terpengaruhi, sebagaimana menjadi orang biasa lagi (Rini, 2001).

Penyebab terjadinya *postpower syndrom* menurut Kartono (Islami, 2016), yaitu:

1. Individu merasa tersisih dari lingkungan atau posisi resmi yang sebenarnya ingin dimiliki dan dikuasai terus menerus.

2. Individu merasa sangat kecewa, sedih, sengsara berkepanjangan dengan kondisinya.
3. Emosi-emosi negatif yang sangat kuat dari kecemasan-kecemasan hebat yang berkelanjutan itu langsung menjadi reaksi somatisme yang mengenai sistem peredaran darah, jantung, dan sistem saraf yang sifatnya serius yang bisa menyebabkan kematian

Indriana (2012) menyebutkan ada 5 faktor yang dapat menyebabkan *post power syndrome* yaitu:

1. Kepribadian

Seseorang yang mengalami kondisi mental tidak stabil, konsep diri yang negatif, kurang memiliki kepercayaan diri, maka orang tersebut cenderung akan bekerja keras, sehingga ia kurang melakukan interaksi sosial dengan teman-temannya. Kondisi tersebut dapat menyulitkan ia ketika sudah tidak bekerja kelak atau pensiun karena ia kurang mampu untuk menyesuaikan diri secara sosial ketika memasuki masa pensiun.

2. Persepsi

Seseorang yang menganggap bahwa pensiun merupakan pertanda dirinya sudah tidak berguna dan tidak dibutuhkan lagi. Orang tersebut tidak lagi produktif sehingga tidak menguntungkan bagi perusahaan atau lembaga tempatnya bekerja. Hal ini membuat seseorang yang pensiun semakin takut dan tidak siap menghadapi pensiun.

3. Kesehatan

Pensiun bukan berarti seseorang menjadi cepat tua dan mudah sakit-sakitan. Seseorang yang berhasil beradaptasi

dengan perubahan hidup yang terjadi akan membuat individu memiliki kesehatan fisik dan mental yang lebih baik.

4. Kesiapan

Seseorang yang telah menyusun perencanaan yang dibuat sebelum memasuki masa pensiun akan memberikan kepuasan dan rasa percaya diri seseorang. Banyak aspek yang harus disiapkan sebelum pensiun, antara lain: kenangan, kesehatan, keagamaan, dan kehidupan sosial. Orang yang tidak mempersiapkan masa pensiunnya, ia akan cenderung lebih mudah pesimistik dan merasa ragu akankah ia mampu mengatasi perubahan-perubahan yang terjadi dan membangun hidup baru.

5. Status Sosial

Kemampuan seseorang menghadapi masa pensiun juga dipengaruhi oleh status sosialnya yang merupakan hasil dari prestasi dan kerja kerasnya. Hal ini menyebabkan seseorang mendapatkan penghargaan dan pengakuan dari masyarakat dan organisasi tempatnya bekerja. Mereka biasanya akan memiliki kemampuan adaptasi yang lebih baik, karena konsep dirinya positif dan jaringan sosialnya cukup luas.

BAB IX

***PATIENT SAFETY* DALAM KEPERAWATAN GERONTIK**

A. Pengertian *Patient Safety*

Patient Safety atau keselamatan Pasien sangat penting diperhatikan bagi tenaga kesehatan yang ada di Rumah Sakit khususnya bagi perawat yang langsung merawat pasien di Rumah Sakit. Perawat merupakan tenaga yang paling besar dan merupakan salah satu kunci dari keberhasilan pengobatan dan kesembuhan pasien karena perawat yang menjaga pasien selama 24 jam siang dan malam. Oleh karena itu perawat harus mengetahui cara untuk menjaga keselamatan pasien selama pasien berada di Rumah Sakit. Terlebih lagi untuk pasien lansia. Pasien lansia adalah pasien yang sudah memasuki usia diatas 60 tahun. Kita ketahui bahwa pada lansia semua fungsi organ tubuhnya sudah mengalami penurunan. Secara fisik, psikologis, sosial dan lingkungan sudah mengalami penurunan fungsi, fungsi pendengaran, pasien lansia sudah mulai tidak mendengar, fungsi penglihatan sudah mulai kabur, fungsi kekuatan ototnya sudah melemah, dan fungsi organ yang lain juga sudah mengalami penurunan fungsi (Kemenkes RI, 2019). Oleh karena itu segala intruksi atau tindakan yang akan perawat lakukan harus benar-benar dengan penjelasan yang memang sudah dipahami oleh pasien, ada baiknya jika pasien lansia ditemani oleh keluarga selama pasien lansia dirawat di Rumah Sakit. Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi

asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut, serta implementasi risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes no. 11 Tahun 2017). Patient Safety adalah bebas dari cedera aksidental atau menghindarkan cedera pada pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan (Supari, 2005). Patient Safety (keselamatan pasien) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insident dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan (DepKes RI,2006). Dari beberapa pengertian Patient Safety diatas dapat disimpulkan bahwa Patient Safety adalah segala usaha yang dilakukan untuk memberikan asuhan yang lebih aman kepada pasien dan mengurangi kejadian yang tidak diinginkan misalnya cedera, kesalahan dalam pemberian obat, kesalahan sisi tubuh dalam pembedahan, kesalahan komunikasi dll.

B. Tujuan dan Manfaat *Patient Safety*

Ada 4 tujuan *patient safety* yaitu:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit.

Tujuan utama keselamatan pasien adalah untuk menciptakan kebiasaan melakukan keselamatan pasien. Dengan adanya *patient safety* yang diterapkan di setiap pelayanan kesehatan atau di rumah sakit khususnya akan menjadi kebiasaan atau menjadi budaya di lingkungan rumah sakit. Tersedianya *patient safety* akan membuat tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit akan lebih mudah dan tidak akan sulit atau canggung lagi untuk melakukan *patient safety*. Sehingga akan menjadi kebiasaan untuk setiap tenaga kesehatan yang melayani pasien menerapkan *patient safety*.

2. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat

Akuntabilitas adalah sebuah bentuk pertanggung jawaban. Tujuan ke dua dari *patient safety* adalah meningkatkan pertanggung jawaban rumah sakit, dengan adanya *patient safety* tidak hanya penurunan kejadian yang tidak diinginkan saja yang bisa ditutunkan tetapi dampak positif nya akan menimbulkan kepercayaan kepada pasien dan masyarakat karena rumah sakit bertanggung jawab memberikan keselamatan pada pasien yang dirawat sehingga pasien dan masyarakat percaya kepada rumah sakit yang melaksanakan *patient safety* tersebut. Dan apabila seseorang sudah pernah masuk atau dirawat di rumah sakit yang *patient safety* nya bagus maka jika dikemudian hari ada keluarga atau

masyarakat sekitar ada yang sakit tentunya kita akan merekomendasikan kepada pasien agar dirawat di rumah sakit tersebut karena kita percaya kepada rumah sakit tersebut.

3. Menurunnya KTD di Rumah Sakit

KTD atau kejadian tidak diinginkan seperti cedera atau jatuh atau kesalahan pemberian obat atau kesalahan tindakan, ini merupakan hal-hal yang tidak diinginkan terjadi di rumah sakit, dengan adanya *patient safety* diharapkan kejadian yang tidak diinginkan akan semakin berkurang atau semakin hari diharapkan kejadian tidak diinginkan berkurang atau sampai tidak ditemukan lagi atau *zero accident*.

4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan KTD.

Dengan adanya *patient safety* yang terlaksana dengan baik maka program-program penanggulangan kejadian yang tidak diharapkan juga akan terlaksana dan berjalan dengan baik. Tujuan akhir atau tujuan jangka panjang *patient safety* adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Jika kejadian pasien jatuh dari tempat tidur, jatuh di kamar mandi, salah tindakan, salah memberikan obat tidak lagi ditemukan di rumah sakit atau di pelayanan kesehatan maka mutu rumah sakit akan meningkat. Pasien dan masyarakat yang mendapatkan layanan di rumah sakit itu akan merasa puas terhadap pelayanan di rumah sakit.

C. Solusi dan Standard Keselamatan Pasien

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) (2008), yang mengacu kepada WHO *Collaborating Centre for Patient Safety* resmi menerbitkan panduan "*Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*" (Sembilan Solusi Keselamatan Pasien di Rumah Sakit). Sembilan solusi tersebut adalah sebagai berikut:

1. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip

Sebelum memberikan obat kepada pasien, perawat harus memastikan dengan benar nama obat, bentuknya tablet atau kaplet serta bagaimana pengucapan nama obat tersebut agar tidak ada kesalahan dalam memberikan obat untuk pasien. Misalnya: obat panadol dan tramadol ucapan nya mirip, kegunaan ke dua obat ini sama untuk menghilangkan nyeri, hanya panadol untuk nyeri ringan seperti sakit kepala dan sakit gigi, sedangkan tramadol untuk menghilangkan nyeri berat pada pasien pasca operasi, tidak dijual bebas dan harus dengan resep dokter. Apalagi untuk pasien lansia harus lebih hati-hati karena pasien lansia tubuhnya sangat sensitif.



Gambar 9.1. Nama obat, rupa dan ucapan mirip

2. Pastikan Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien adalah memastikan bahwa pasien tepat namanya dengan orangnya. Sebelum memberikan tindakan kepada pasien, perawat hendaknya melakukan identifikasi pasien dengan benar. Salah satu cara untuk mengidentifikasi pasien adalah dengan menggunakan gelang pasien, terlebih untuk pasien lansia. Dengan adanya gelang pasien ini, perawat atau petugas yang ada di rumah sakit akan lebih muda untuk mengidentifikasi pasien secara benar, misalnya dengan mencocokkan namanya, tanggal lahirnya dan diagnosa medisnya juga dokter yang merawatnya. Ada 4 warna gelang pasien di rumah sakit, warna biru untuk pasien laki-laki, warna pink untuk pasien wanita, warna merah untuk pasien alergi dan warna kuning untuk pasien resiko jatuh. Di rumah sakit pasti akan ada kesamaan nama atau kemiripan wajah antara pasien lansia yang satu dengan pasien lansia yang lain, dengan adanya gelang pasien, perawat akan lebih mudah untuk mengidentifikasi pasien, sehingga tindakan medis yang akan diberikan juga tidak salah. Tindakan pemberian gelang pasien ini sesuai dengan tujuan dari *International Patient Safety Goal* dari *The Joint Commission International* dan *World Health Organization*.



Gambar 9. 2. Gelang Identifikasi Pasien

3. Komunikasi Secara Benar Saat Serah Terima / Pengoperan

Komunikasi merupakan hal yang sangat penting dan perlu dalam serah terima atau pengoperan pasien. Komunikasi yang baik akan mudah untuk dipahami oleh rekan kerja sesama perawat dan akan mendorong kelancaran dalam pengoperan pasien. Selama serah terima/pengoperan pasien hendaknya perawat menggunakan komunikasi yang efektif, akurat, jelas dan benar. Sebaiknya menggunakan bahasa yang umum dan lazim digunakan di lingkungan rumah sakit dan yang saling dimengerti oleh sesama perawat. Hindarkan komunikasi lisan atau dengan menggunakan telepon untuk menghindari salah pengertian. Dengan komunikasi yang efektif, informasi yang akan disampaikan akan menjadi jelas dan mudah dipahami. Sesama team kerja harus berkomunikasi dengan baik dan saling menyapa jangan ada yang bermusuhan atau saling tidak bertegur sapa. Sesama perawat yang saling bermusuhan akan sangat merugikan pasien, karena pasien akan menjadi korban dari ketidak harmonisan hubungan sesama perawat, akan sering terjadi miscomunikasi. Hal ini

sangat tidak baik. Khusus untuk pasien lansia, sebaiknya sewaktu berbicara dengan pasien lansia jangan terlalu cepat karena pendengaran lansia sudah menurun. Biasanya lansia selain mendengar juga memperhatikan mulut lawan bicaranya, oleh karena itu sewaktu perawat berbicara kepada pasien lansia jangan membelakangi, harus menghadap ke pasien sedemikian rupa sehingga pasien lansia bisa mendengar dan bisa melihat mulut perawat sewaktu berbicara, sehingga pesan yang disampaikan bisa dimengerti oleh pasien lansia.



Gambar 9. 3. Serah Terima Pasien

4. Pastikan Tindakan Yang Benar Pada Sisi Tubuh Yang Benar

Tindakan yang akan diberikan kepada pasien jangan salah posisi, misalnya sebagai contoh untuk tindakan bedah. Harus benar-benar dipastikan ditanya berulang kali kepada pasien dan keluarga tentang posisi bagian tubuh yang sakit atau yang akan diberi tindakan. Sisi tubuh sebelah kiri atau sebelah kanan, kaki kiri atau kaki kanan, tangan kiri atau tangan kanan. Hal ini harus benar benar di cek atau dipastikan agar jangan sampai salah amputasi atau salah dalam pemasangan pen misalnya.

5. Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat

Cairan elektrolit pekat maksudnya adalah obat-obatan yang akan dipakai melalui suntikan parenteral, termasuk jenis obat-obatan yang berbahaya / *high alert* artinya obat-obatan dalam bentuk serbuk/powder yang pemberiannya harus terlebih dahulu diencerkan dengan cairan *aquabidets*, konsentrasinya harus pas, tidak boleh terlalu pekat dan tidak boleh terlalu cair harus sesuai dengan ukuran pencairan yang sesuai dengan instruksi dalam kemasan obat agar obat dapat berfungsi dengan baik dan benar. Obat-obatan tersebut biasa digunakan di ruang IGD maupun ruangan bedah. Obat tersebut bisa dalam botol kaca atau dalam vial. Untuk pemberian cairan elektrolit seperti infus juga harus dipantau jalannya tetesan infusnya, jangan terlalu cepat atau terlalu lambat atau jangan sampai tetesan infusnya tidak berjalan. Jalannya tetesan infus harus disesuaikan dengan instruksi dokter sesuai dengan kebutuhan pasien berapa kali per menit. Khususnya kepada pasien lansia, sebaiknya diberitahu agar jangan menaikkan atau menurunkan roda pengatur tetesan infus, kalau tetesan terlalu cepat dikhawatirkan pasien akan mengalami odem/bengkak pada area lokasi pemasangan infus dan dapat menyebabkan infeksi.

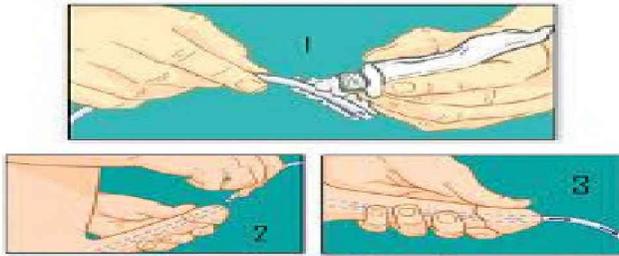
6. Pastikan Akurasi Pemberian Obat Pada Pengalihan Pelayanan

Akurasi adalah ketepatan. Sewaktu perawat mengalihkan pelayanan pemberian obat kepada team kerja hendaknya diperhatikan dengan benar akurasi atau ketepatan dalam pemberian obat, dosis dan waktu nya kapan diberikan apakah ½ jam sebelum makan atau 1 jam setelah makan. 1 tablet atau setengah tablet, atau apakah diminum dengan air obatnya

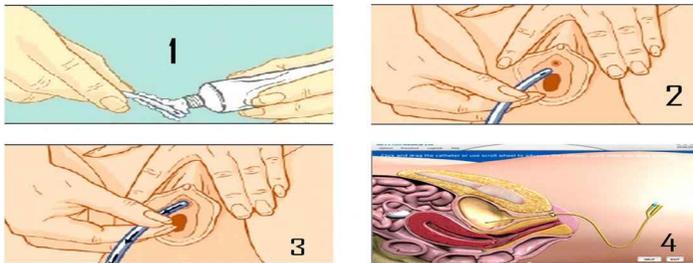
atau diletakkan dibawah lidah atau dikunyah. Hal-hal seperti ini harus dijelaskan kepada pasien lansia dan keluarga agar obat dikonsumsi dengan benar dan memberikan manfaat yang benar.

7. Hindari Salah Kateter Dan Salah Sambung Selang (Tube)

Kateter dipasang karena pasien tidak dapat mengeluarkan air seni atau dapat mengeluarkan air seni tetapi tidak dapat mengontrol pengeluaran, apalagi pada pasien lansia spinkter nya sudah melemah sehingga kalau pasien lansia ada keinginan untuk buang air kecil tidak bisa menahannya sehingga dikhawatirkan pasien akan ngompol karena tidak sempat ke kamar mandi. Kateterisasi pada pasien wanita berusia 80 s/d 90 tahun perlu perhatian khusus, karena wanita yang sudah menopause mengalami atrofi vagina diikuti dengan atrofi uretra, pemasangan kateter harus hati hati jangan sampai kateter masuk ke lubang vagina Hal ini sulit untuk menemukan meatus uretra. Perubahan fisiologis ini kadang-kadang menyebabkan kateterisasi pada pasien lansia yang wanita harus menggunakan teknik khusus, yaitu kateterisasi secara sitoskopi dengan bantuan kawat pemandu, menggunakan kateter foley ukuran 16 Fr. Demikian juga dengan pasien laki-laki ukuran kateter harus diperhatikan jangan terlalu besar bisa merusak lubang penis. Panjang selang kateter juga harus diperhatikan, karena panjang untuk kateterisasi uretra pasien pria dan wanita berbeda. Panjang selang kateter untuk pasien wanita adalah 20 s/d 26 cm, sedangkan panjang selang kateter untuk pasien pria adalah 30 s/d 31 cm.



Gambar 9.4. Pemasangan Katerter Pada Pasien Pria



Gambar 9. 5. Pemasangan Katerter Pada Pasien Wanita

8. Gunakan Alat injeksi Sekali Pakai

Alat injeksi yang beredar dipasaran sekarang adalah alat injeksi yang single dose atau dosis sekali pakai. Alat injeksi dengan dosis sekali pakai hendaknya spuite yang sudah dipakai langsung dibuang ke tempat sampah yang sudah disediakan yang sudah diberi label sampah medis. Jangan menggunakan alat injeksi yang sebelumnya sudah dipakai oleh pasien lain. Hal tersebut sangat berbahaya karena dapat menularkan penyakit lewat jarum suntik seperti penyakit HIV/AIDS dan penyakit Hepatitis dan penyakit menular lainnya.

9. Tingkatkan Kebersihan Tangan (Hand Hygiene) Untuk Pencegahan Infeksi Nasokomial

Tangan harus tetap diperhatikan kebersihannya, karena semua aktivitas memerlukan tangan. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah tindakan akan menghindarkan infeksi nasokomial. Walaupun beberapa tindakan ada yang menggunakan sarung tangan atau *hand scold*, tangan tetap dicuci dengan bersih. Pada saat ini dengan mewabahnya covid_19, masyarakat harus patuh dengan protokol kesehatan, salah satu nya mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sangat dianjurkan untuk mencegah penularan virus covid_19. Sehingga cuci tangan menjadi kebutuhan setiap orang. Di Rumah Sakit hendaknya selalu disediakan hand rub dan hand sanitizer yang tujuannya agar para perawat jangan ada alasan tidak cuci tangan sebelum dan sesudah memberikan tindakan kepada pasien. Ada 6 langkah/cara mencuci tangan yang benar mengacu pada cara mencuci tangan menurut WHO sebagai berikut: Langkah-Langkah Mencuci Tangan:

- a. Basahi tangan dengan air mengalir yang bersih
- b. Pakai sejumlah kecil sabun
- c. Gosok telapak tangan bersamaan, jauh dari air
- d. Gosok jemari dan jempol dan kulit di sela-sela
- e. Bersihkan telapak tangan anda dengan kuku anda
- f. Gosok bagian belakang setiap tangan dan berikutnya cuci dengan air bersih mengalir

Enam Langkah Cuci Tangan Menurut WHO



Gambar 9.6. Cara Mencuci Tangan Yang Benar

Dari sembilan solusi yang sudah diberikan oleh KKP-RS (2008) di atas, maka sangat perlu ditetapkan standar keselamatan pasien, agar pelaksanaan *patient safety* memiliki standar yang baku untuk semua pelayanan kesehatan karena masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani dengan benar. Ada 7 standar keselamatan pasien, Standar keselamatan pasien rumah sakit disusun mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organization, USA*, tahun 2002, standar keselamatan pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit. Standar *patient safety* tersebut adalah:

1. Hak Pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

2. Mendidik Pasien dan Keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

3. Keselamatan Pasien dan Kestinambungan Pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

4. Penggunaan Metoda-Metoda Peningkatan Kinerja Untuk Melakukan Evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien.

Rumah sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

5. Peran Kepemimpinan Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien

Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit".

6. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien

Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

7. Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf Untuk Mencapai Keselamatan Pasien

Rumah sakit merencanakan dan mendesign proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.



Gambar 9.7. Komunikasi Kepada Pasien

D. Langkah Pelaksanaan *Patient Safety*

Pelaksanaan *Patient safety* mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. VII Tahun 2017, bahwa ada 7 tahapan pelaksanaan *Patient safety*. Setiap langkah dalam peraturan tersebut saling berkaitan satu dengan yang lain, yang tujuannya sama untuk mencegah kejadian yang tidak diinginkan, diharapkan pasien dan

keluarga mendapat asuhan keperawatan yang lebih aman. Tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Dalam pelaksanaannya, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit (Adventus, dkk, 2019). Langkah pelaksanaan *Patient safety* tersebut di Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

1. Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Karena pentingnya keselamatan pasien maka Rumah Sakit harus memiliki kebijakan yang menerangkan apa yang harus dilakukan jika terjadi insiden dan harus memiliki bukti tertulis laporan kejadian dan harus dilakukan survei tentang penilaian keselamatan pasien.

2. Memimpin dan Mendukung Staf

Semua staf yang bekerja di pelayanan kesehatan harus ditingkatkan pengetahuannya melalui kegiatan seminar dan workshop tentang patient safety dan juga diberi reward bila kejadian yang tidak diinginkan menurun. Harus ada komite keselamatan pasien dirumah sakit yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan patient safety.

3. Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Dalam setiap aktivitas, pertemuan dan rapat di rumah sakit hendaknya selalu diingatkan semua tim melakukan keselamatan pasien, dan memasukkan keselamatan pasien dalam agenda rapat. Menekankan kepada seluruh staf agar tetap melakukan patient safety dalam setiap tindakan dan

diharapkan pihak rumah sakit menyediakan fasilitas patient safety.

4. Mengembangkan Sistem Pelaporan

Setiap kejadian di rumah sakit harus dilaporkan kepada komite bagaimana kejadiannya, kapan dan bagaimana mengatasinya, dan pihak rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Sistem pencatatan dan pelaporan insiden harus lengkap agar dapat dipertanggungjawabkan. Berikan dukungan kepada tim kerja agar tetap setia melaporkan setiap kejadian yang terjadi dan juga melaporkan insiden yang telah diatasi dan juga insiden yang terjadi walaupun telah dicegah tetap terjadi.

5. Melibatkan Dan Berkomunikasi Dengan Pasien

Komunikasi merupakan hal penting dalam sebuah hubungan, terlebih hubungan antara perawat dan pasien selama di rumah sakit. Komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien harus tetap berjalan dengan baik agar tercipta suasana yang harmonis. Perawat harus mendapat dukungan dan pelatihan tentang komunikasi terapeutik, sehingga perawat dapat mengembangkan cara berkomunikasi yang terbuka dan jujur dengan pasien. Pasien dan keluarga harus mendapatkan penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan selama pasien dirawat di rumah sakit dan juga perkembangan pasien. Jika terjadi insiden, maka perawat harus memberi tahu pasien dan keluarga dengan jujur dan terus terang, tidak boleh ditutupi, dan setelah kejadian hendaknya tim menunjukkan empati ataupun keperdulian kepada pasien dan keluarganya.

6. Belajar Dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien.

Banyak kejadian yang tidak diinginkan/KTD terjadi di rumah sakit. Hal tersebut dapat dijadikan sebagai pengalaman berharga karena mungkin tidak semua pernah mengalami hal yang sama. Oleh karena itu, perawat harus terus belajar untuk memecahkan masalah terkait keselamatan pasien dengan solusi yang terbaik yang bisa dilakukan tanpa ada yang dirugikan antara pasien, perawat dan rumah sakit. Pihak rumah sakit harus tetap memberi dukungan kepada staf untuk tetap belajar mengatasi kejadian yang tidak diinginkan, mencari tau mengapa bisa terjadi KTD dan bagaimana mengatasinya. Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (root cause analysis/RCA) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) atau mode analisis untuk proses resiko tinggi.

7. Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Untuk menjaga kenyamanan pasien di Rumah Sakit diusahakan jangan sampai pasien cedera atau jatuh. Oleh karena itu di rumah sakit harus ada sistem keselamatan pasien yang mencegah pasien cedera. Di setiap lokasi yang potensial resiko jatuh atau terjadi cedera, misalnya lantai yang menurun curam hendaknya diberi label atau tanda resiko jatuh supaya pasien khususnya pasien lansia dan keluarga lebih hati-hati melewati lokasi yang licin atau yang berisiko menyebabkan cedera, untuk mencegah jatuh dari tempat tidur gunakan

tempat tidur yang ada penghalangnya, gunakan pegangan di kamar mandi untuk pasien lansia dan usahakan kamar mandi tetap kering. Lakukan asesmen resiko, beri *reward* untuk staf yang dapat mengatasi insiden yang dilaporkan sehingga membuat asuhan lebih baik dan lebih aman.



Gambar 9.8. Tanda / Label Untuk Lokasi Resiko Jatuh

BAB X

EVALUASI KEPERAWATAN GERONTIK

A. Evaluasi Keperawatan Gerontik

Asuhan keperawatan lanjut usia merupakan suatu rangkaian kegiatan proses keperawatan yang ditujukan kepada lanjut usia, meliputi kegiatan pengkajian, dengan memperhatikan kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spritual, menganalisis masalah dan merumuskan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan melaksanakan tindakan dan melakukan evaluasi. Seiring dengan bertambahnya usia dipastikan lansia akan mengalami penurunan fungsi tubuh secara keseluruhan. Penyakit kronik lazim terjadi pada lansia dibandingkan dengan usia lainnya. Sehingga pasien geriatri memerlukan penanganan yang berbeda dengan pasien usia lainnya. Biasanya dilakukan oleh suatu tim dari berbagai disiplin ilmu (interdisiplin) dalam menyelesaikan masalah pasien geriatri. Keperawatan gerontik diberikan karena adanya, kelemahan fisik, mental, dan sosial, keterbatasan pengetahuan, kemampuan dan kemauan dalam melaksanakan aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri. Pertambahan usia, akan berdampak pula terhadap berbagai aspek terutama dalam kesehatannya yang disebabkan penurunan fungsi-fungsi tubuh. Dengan demikian, keperawatan gerontik ini, bertujuan untuk memenuhi kenyamanan pasien, mempertahankan fungsi tubuh, dan membantu menghadapi kematian dengan tenang dan damai melalui ilmu dan tehnik keperawatan geriatri. Berdasarkan kebutuhan lansia yang kompleks, maka

dalam menilai asuhan keperawatan harus dilakukan dengan teliti.

Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan lansia secara maksimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian ini merupakan proses untuk menentukan apakah ada kekeliruan atau tidak dari setiap tahapan proses keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan.

Tahap terakhir dalam proses keperawatan, perawat dan klien bersama-sama mengukur seberapa baik respon klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan. Setiap faktor yang berkontribusi pada keberhasilan atau kegagalan klien diidentifikasi, dan rencana asuhan di perbaiki sesuai kebutuhan. Respon klien terhadap rencana asuhan menentukan apakah rencana dilanjutkan, modifikasi, atau di akhiri. Hal ini penting dilakukan untuk menilai apakah kesehatan fisik, mental, sosial lansia, dan pengetahuan serta kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari dapat diatasi atau tidak.

B. Definisi Evaluasi Keperawatan Gerontik

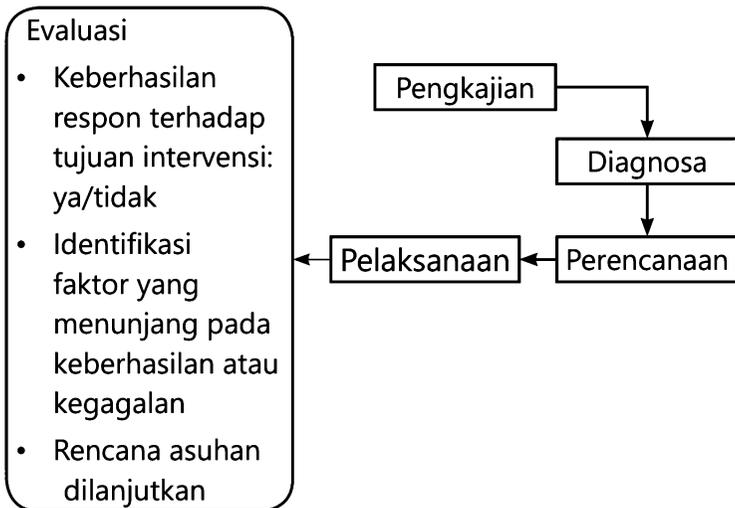
Evaluasi adalah pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan implementasi. Fokus evaluasi adalah klien. Menganalisis respon klien, mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan dan perencanaan untuk asuhan selanjutnya merupakan langkah-langkah mengevaluasi asuhan keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam

memenuhi kebutuhan klien (Caroline, 2014). Tahap penilaian atau evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan gerontik. Evaluasi ini dilakukan dengan membandingkan kondisi lansia sebelum intervensi dan sesudah intervensi sesuai tujuan yang ditetapkan pada rencana tindakan. Hal ini dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan lansia, keluarga, dan tim kesehatan lainnya. Selaras dengan pendapat Craven dan Hirnle (2000) evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dengan respon perilaku lansia yang ditampilkan.

Untuk melengkapi proses keperawatan meliputi tahap pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan, dan melaksanakan yang telah ditetapkan, maka perawat harus memonitor semua tahapan yang telah dilakukan dan menilai apakah masalah teratasi atau tidak. Hal ini selaras dengan Ali (2009) menyatakan bahwa penilaian hasil dari proses keperawatan menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan baik saat mengkaji, menegakkan diagnosa, menetapkan rencana tindakan, melaksanakan tindakan dan evaluasi (Ali, 2009). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan, akan tetapi tahap ini merupakan bagian integrasi pada setiap tahap proses keperawatan (Nursalam, 2009). Untuk memperoleh hasil evaluasi yang baik, diperlukan evaluator untuk melakukan, penilaian, menginterpretasi data sesuai dengan kriteria evaluasi, menggunakan penemuan dari evaluasi untuk menetapkan keputusan selama memberikan asuhan keperawatan (Nurhayati, 2011).

Menurut Wilkinson (2007) secara umum evaluasi diartikan sebagai proses yang disengaja dan sistematis dimana penilaian dibuat berdasarkan kualitas, nilai atau kelayakan suatu tindakan dengan membandingkan pada kriteria yang diidentifikasi atau standart sebelumnya. Frekuensi evaluasi tergantung dari frekuensi kontak yang ditentukan oleh status klien atau kondisi yang dievaluasi. Contoh klien mengeluh rasa nyeri pada daerah kepala bagian belakang, perawat melakukan pengukuran tekanan darah diperoleh hasil 170/90 mmHg. Klien diberikan medikasi dengan tujuan menetralsir tekanan darah. Perawat akan mengevaluasi tekanan darah setiap 30 menit sesuai kondisi klien. Pengukuran ini akan dilakukan selama klien dalam pemantauan perawatan hingga tekanan darah terkontrol. Evaluasi yang efektif tergantung pada langkah yang sebelumnya dilakukan. Adapun data yang dikumpulkan sama hanya saja, perlu dijelaskan kapan dikumpulkan dan bagaimana dilakukan.

Menegakkan diagnosa keperawatan perlu kecakapan perawat melakukan pengkajian, sehingga data yang di kumpulkan mampu membuktikan masalah klien. Berbeda dengan evaluasi, hasil pengkajian justru digunakan menilai efek tindakan keperawatan terhadap penyelesaian masalah. Esensinya adalah hasil evaluasi akan menjadi sumber informasi untuk perawat saat membandingkan respon pasien terhadap hasil yang telah direncanakan dan menggunakan informasi ini juga untuk meninjau asuhan keperawatan selanjutnya. Berikut gambar Proses evaluasi.



Gambar 1: Proses Keperawatan Evaluasi (Caroline,2015)

C. Tujuan Evaluasi Keperawatan

Menurut Potter dan Perry (2005) secara umum evaluasi bertujuan untuk:

1. Menilai atau membandingkan apakah tujuan yang ingin dicapai berhasil atau tidak setelah pemberian tindakan keperawatan.

2. Melakukan pengkajian ulang terhadap semua rencana tindakan yang belum tercapai dengan maksud untuk perbaikan perencanaan selanjutnya.
3. Menilai keterlibatan secara aktif sasaran, tenaga pelaksana, serta tim kesehatan lainnya.
4. Mencari penyebab ketidak berhasilan tindakan maupun pendukung selama melakukan asuhan keperawatan.

Selaras dengan pendapat Lyer dalam Nursalam, (2008) bahwa tujuan evaluasi keperawatan adalah untuk mengamati kemauan dan kemampuan lansia dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilaksanakan dengan menjalin hubungan terapeutik berdasarkan respon lansia terhadap tindakan keperawatan yang diterima, dengan demikian perawat dapat mengambil keputusan 1) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan, 2) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan, 3) Meneruskan rencana tindakan keperawatan.

D. Manfaat Evaluasi

Evaluasi keperawatan bagian penting dari proses keperawatan yang berperan melihat keberhasilan suatu tindakan keperawatan yang dirumuskan sebelumnya. Tanpa evaluasi, tidak akan pernah perawat mengetahui tentang kondisi dan perkembangan pasien melalui semua kegiatan yang dilakukan.

Manfaat evaluasi keperawatan meliputi:

1. Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien.
2. Untuk menilai efektivitas, efisiensi, dan produktifitas asuhan keperawatan yang telah diberikan.

3. Menilai pelaksanaan asuhan keperawatan dan sebagai umpan balik untuk memperbaiki atau menyusun rencana baru dalam proses keperawatan.
4. Menunjang tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Lynn,2006).

Berdasarkan manfaat diatas beberapa hal perlu di evaluasi antara lain keadegkatan program, kesesuaian tindakan, ke efektifan dan efisiensi proses keperawatan yang telah dilakukan. Beberapa kemungkinan yang timbul dalam tahap evaluasi yaitu 1) Tujuan tercapai. Apabila klien telah menunjukkan kemajuan sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. 2) Tujuan tercapai sebagian. Apabila tujuan tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab, cara memperbaiki dan solusi penyelesaian masalah. 3) Tujuan tidak tercapai. Apabila tidak terlihat perubahan kemajuan sama sekali, atau timbul masalah baru diperlukan pengkajian ulang untuk memastikan timbulnya masalah mis., cara pengumpulan data yang kurang tepat, merumuskan permasalahan, rencana tindakan, pelaksanaan tindakan atau kemungkinan cara melakukan evaluasi juga penilaian terhadap faktor yang memengaruhi tidak tercapainya tujuan.

E. Kriteria Evaluasi

Untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan asuhan keperawatan kepada lansia maka pada tahapan evaluasi dapat ditetapkan kriteria hasil dari tindakan keperawatan yang tepat sesuai tujuan yang ditetapkan. Menilai atau membandingkan apakah tujuan yang ingin dicapai dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak. Maka perlu melakukan tinjauan ulang untuk semua rangkaian kegiatan

yang dilakukan selama memberikan asuhan keperawatan kepada lansia. Menurut Basford, (2006) Adapun kriteria yang dimaksud sebagai berikut:

1. Kriteria proses (evaluasi proses) yaitu menilai jalanya pelaksanaan proses keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi dan kebutuhan klien. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan.
2. Kriteria keberhasilan (evaluasi hasil) yaitu menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan perilaku klien. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan dengan lengkap.

F. Tahap Evaluasi

1. Mengukur pencapaian tujuan menurut Nursalam (2009) dilakukan dengan menilai berbagai aspek meliputi:
 - a. Aspek kognitif meliputi pengetahuan klien terhadap penyakitnya, mengontrol gejala, pengobatan, diet aktifitas, persediaan alat, risiko komplikasi, gejala yang harus dilaporkan, dan pencegahan dapat dilakukan dengan cara:
 - 1) Interview/ tanya jawab.
Menggali kembali sejauh mana pemahaman klien, keluarga tentang situasi dan kondisi selama pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dijelaskan sebelumnya. Hal ini penting untuk menjamin bahwa apa yang telah disampaikan benar-benar telah dipahami dengan baik dan

benar. Oleh karena itu, menanyakan kembali segala sesuatu yang telah dijelaskan perlu dilakukan dalam upaya mencegah kesalahpahaman saat memberikan penilaian terhadap pencapaian tujuan. Berikut kriteria evaluasi yang perlu dipertanyakan baik kepada klien atau keluarga:

- (a) Komprehensif. Bentuk pertanyaan yang disampaikan bersifat menyeluruh dengan mempertimbangkan kemauan dan kemampuan klien merespon pertanyaan perawat sesuai masalah yang dirasakan. Kemudian saat mengajukan pertanyaan sampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami. Mis., apakah pasien mengalami rasa sakit secara terus-menerus. Setelah pemberian medikasi, apakah rasa sakit berkurang atau tidak.
- (b) Aplikasi fakta. Mengajukan pertanyaan dengan memanfaatkan data yang kita amati baik subjektif maupun objektif. Hal ini dilakukan perawat dalam upaya alternatif pemecahan masalah sesuai kondisi klien. Contoh apakah mengalami kekakuan saat menggerakkan kaki? Apakah menimbulkan kelelahan dan nyeri pada bagian tubuh lainnya. Apa yang dilakukan mengatasi masalah.
- (c) Penilaian tertulis. Tes tertulis dilakukan dengan tujuan mengevaluasi pengetahuan klien dengan cara menjawab pertanyaan

yang telah disiapkan dan telah dijelaskan sebelumnya. Teknik evaluasi tertulis ini jarang digunakan untuk menilai kesehatan individual, umumnya digunakan untuk mengevaluasi tindakan keperawatan yang diberikan secara berkelompok dengan tindakan yang sama sehingga dapat menghemat waktu.

- b. Aspek afektif (status emosional) meliputi perasaan, sikap, rasa cemas yang berulang, kemauan berkomunikasi. Penilaian terhadap status emosional sulit di evaluasi karena bersifat subjektif. Penilaian status emosional dapat dilakukan dengan cara:
 - 1) Observasi langsung yaitu pengamatan secara terus menerus terkait status emosional apakah ada berkurang rasa cemas, ada kemauan berkomunikasi Contoh: Apakah klien menerima kondisinya. Klien mau merespon tindakan keperawatan yang dilakukan. Apakah klien mengungkapkan perasaan dengan jujur. Apakah ada kemauan berinteraksi selama pemberian asuhan keperawatan.
 - 2) Umpan balik antar tim kesehatan lain. Tanggapan, masukan, dan pengamatan dari staf yang lain di butuhkan sebagai sumber informasi yang efektif untuk memperbaiki intervensi penyelesaian masalah klien sesuai tujuan yang telah ditetapkan.
- c. Psikomotor. Sesuai dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan maka penilain psikomotor dilakukan berdasarkan observasi langsung pada perubahan

perilaku. Mis., evaluasi kemauan menggunakan tongkat dengan benar. Evaluasi kemampuan klien memasang tongkat dengan benar. Apakah tongkat diletakkan pada tempat yang disediakan.

- d. Perubahan fungsi tubuh dan gejala. Merupakan komponen yang paling sering menjadi kriteria evaluasi. Umumnya kriteria hasil dilakukan berdasarkan pemeriksaan fisik yang memengaruhi perubahan fungsi tubuh. Evaluasi dapat dilakukan dengan cara: a) Observasi b) Interview c) Pemeriksaan fisik. Mis., tidak ada tanda-tanda kelumpuhan pada daerah ektrimitas bawah selama di rawat di Rumah Sakit. Untuk evaluasi hasilnya maka perawat melakukan pengukuran rentang gerak bebas pada bagian pergerakan bawah.
2. Menetapkan keputusan pada tahap evaluasi.
 - a. Klien telah mencapai hasil yang telah ditentukan dalam tujuan. Kondisi ini dicapai apabila semua data yang telah ditentukan dalam kriteria hasil sudah terpenuhi.
 - b. Klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan. Perlu penambahan waktu untuk tindakan keperawatan hingga tujuan tercapai.
 - c. Klien tidak dapat mencapai hasil yang ditentukan. Kondisi ini menggambarkan bahwa masalah yang terjadi semakin buruk sehingga timbul masalah yang baru. Perlu identifikasi penyebab timbulnya masalah.

Untuk mengevaluasi secara objektif tingkat keberhasilan dalam pencapaian tujuan, perawat harus menggunakan langkah sebagai berikut:

1. Meneliti pernyataan tujuan untuk mengidentifikasi respon klien yang benar-benar diinginkan.
2. Kaji klien terhadap adanya perilaku tersebut.
3. Bandingkan kriteria hasil yang telah ditetapkan dengan perilaku yang ditemukan.
4. Nilai tingkat kesamaan antara kriteria hasil dan respon.
5. Jika terdapat perbedaan antara kriteria hasil dan respon, perlu di cari faktor penghambat. Hal apa yang menimbulkan demikian?

G. Teknik Evaluasi

Tindakan evaluasi pada kenyataanya adalah sama dengan tindakan pengkajian tetapi dilakukan pada saat pengambilan keputusan tentang status dan kemajuan klien di buat. Sumber primer data untuk evaluasi adalah klien, berdasarkan pengenalan ketat pada setiap respon klien, status fisik, dan reaksi terhadap perawat. Bagaimanapun, perawat juga menggunakan keluarga dan tim kesehatan lainnya. Kecakapan dalam kemampuan teknis keperawatan, merupakan kunci keberhasilan dalam menilai keberhasilan pelaksanaan asuhan keperawatan. Kemampuan melaksanakan pengkajian, merumuskan diagnosa, menyusun rencana tindakan, melaksanakan tindakan dan prosedur keperawatan secara menyeluruh serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

Kapan saja perawat melakukan asuhan keperawatan, diperlukan keterampilan khusus berkomunikasi dengan

lansia dalam upaya mengumpulkan hal-hal yang berkaitan dengan kondisi lansia. Ada beberapa teknik evaluasi yang umum dilakukan meliputi:

1. Wawancara yaitu melakukan tanya jawab dengan lansia atau keluarga lansia untuk mengumpulkan informasi apakah tindakan keperawatan dapat memperbaiki kondisi kesehatannya. Melakukan wawancara bertujuan untuk memperoleh data masalah keperawatan klien, menilai kebutuhan kesehatan dan faktor risiko, serta menentukan perubahan spesifik dalam tingkat kehidupan lansia. Paling utama wawancara harus membantu klien menunjukkan interpretasi dan pemahaman tentang kondisi klien sendiri. Keahlian perawat penting memosisikan klien menjadi mitra selama wawancara melalui komunikasi terapeutik untuk membangun hubungan saling percaya. Jika hubungan klien dan perawat telah terbina, klien akan merasa nyaman menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan kondisinya sehingga tidak ada yang mendominasi wawancara yang dilakukan. Selama wawancara perawat akan mendapatkan informasi tentang perubahan kesehatan baik fisik, psiko, sosial, dan spritual klien. Informasi ini penting bagi perawat untuk menentukan apakah masalah klien teratasi atau tidak serta pembuatan keputusan mengenai tujuan dan tindakan selanjutnya.
2. Pengamatan (observasi) yaitu mengadakan pengamatan untuk mengumpulkan data-data klien yang ditunjukkan melalui respon perilaku atau respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Hal ini di dasarkan pada pengamatan perawat tentang apa yang terjadi pada klien tertentu dan bukan

semata apa yang mungkin terjadi pada klien umumnya. Observasi bersifat akurat, tepat waktu dan berupa laporan objektif baik dalam bentuk verbal maupun tertulis yang berisi tentang keadaan klien. Data dikumpulkan dengan dasar berkelanjutan untuk mengukur perubahan dalam fungsi, dalam kehidupan sehari-hari. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indra lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Tujuan dari observasi ini, untuk mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat panca indra.

3. Studi dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data dengan mempelajari pencatatan dan pelaporan (dokumen) tentang semua asuhan keperawatan yang diterima klien. Dokumen dan pelaporan dalam proses evaluasi sangat penting. Catatan kemajuan keperawatan tertulis, lembar pengkajian, dan pertukaran informasi diantara perawat selama pelaporan pergantian tugas jaga harus mengomunikasikan kemajuan klien yang mengarah kepada pencapaian hasil yang diharapkan. Teknik ini bermanfaat untuk klien, perawat, dan tim kesehatan lainnya sebagai tanggungjawab perawat, aspek legal dan bernilai hukum. Keberadaan dokumen dapat menjadi sumber informasi mengenai kondisi dan tindakan lanjutan secara berkesinambungan (Potter,2005).

H. Komponen Evaluasi

Proses evaluasi mempunyai 6 komponen yakni:

1. Mengidentifikasi hasil yang diharapkan yang digunakan perawat untuk mengukur pencapaian tujuan. Hasil yang diharapkan, dipormulasikan

kedalam langkah perencanaan selanjutnya dengan kriteria untuk mengevaluasi respon klien terhadap asuhan keperawatan. Hasil yang diharapkan dengan tujuan 1) menentukan jenis data evaluasi yang diperlukan untuk di kumpulkan 2) memberikan standart terhadap data yang dipertimbangkan.

2. Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan. Mengumpulkan data menggunakan pernyataan secara jelas dan tepat, terukur hasil sebagai petunjuk evaluasi sehingga kesimpulan dapat di pastikan apakah tujuan telah dicapai. Beberapa data di interpretasikan baik data objektif misalnya bagian ektrimitas atas tidak dapat digerakkan secara bebas, data subjektif pernyataan langsung dari klien misalnya adanya perasaan nyeri saat menggerakkan lengan atas. Maka sebagai indikator pencapaian tujuan seperti, bagian lengan atas mulai relaksasi sebagai indikator hilangnya rasa nyeri, lengan atas dapat digerakkan ke kiri dan ke kanan. Data harus dicatat dengan tepat dan akurat untuk memudahkan kegiatan selanjutnya.
3. Mempertimbangkan pencapaian tujuan. Apabila identifikasi hasil dan pengumpulan data dilakukan dengan efektif maka akan lebih mudah menentukan apakah tujuan tercapai atau tidak. Perawat dan klien mempunyai peran yang penting untuk membandingkan respon klien secara langsung dengan hasil yang diharapkan, misalnya apakah klien dapat berjalan tanpa bantuan? Kesimpulan perawat dari pencapaian tujuan meliputi: a) tujuan

telah tercapai. b) tujuan sebagian tercapai c) tujuan tidak tercapai d) timbul masalah baru.

4. Menghubungkan tindakan keperawatan dengan hasil. Menentukan apakah tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien berhubungan dengan hasil. Hal ini tidak boleh menggunakan asumsi bahwa tindakan keperawatan menyebabkan pencapaian hasil secara keseluruhan, sebagian atau tidak tercapai sama sekali.
5. Membuat kesimpulan tentang status masalah. Perawat menggunakan pertimbangan dalam pencapaian tujuan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif menyelesaikan masalah klien. Apabila tujuan tercapai, maka perawat dapat menarik kesimpulan terkait masalah klien sebagai berikut: a) Masalah aktual yang dinyatakan dalam diagnosa keperawatan telah diselesaikan, atau diagnosa potensial telah dicegah, dan faktor risiko tidak ada lagi. Dalam hal ini perawat akan mendokumentasikan bahwa tujuan telah tercapai dan menghentikan tindakan. b) Diagnosa potensial telah dicegah akan tetapi faktor risiko masih ada. Perawat perlu mempertahankan tindakan keperawatan. Masalah aktual masih ada meskipun beberapa tujuan terpenuhi. Oleh karena itu, intervensi keperawatan harus dilanjutkan. Apabila tujuan sebagian tercapai atau tidak tercapai, maka kesimpulan dapat dibuat sebagai berikut: a) Rencana perawatan perlu di perbaiki apakah pada tahap pengkajian, perumusan masalah, rencana tindakan, dan implementasi. b)

Rencana perawatan tidak memerlukan perbaikan, sebab klien hanya memerlukan waktu lebih lama untuk mencapai tujuan. Keadaan ini mengharuskan perawat mengkaji kembali mengapa tujuan hanya sebagian tercapai, perlu menganalisa pelaksanaan evaluasi apakah dilakukan terlalu cepat.

6. Mereview dan memodifikasi rencana asuhan keperawatan. Selesai membuat kesimpulan terkait permasalahan klien, perawat memodifikasi rencana perawatan selanjutnya sesuai indikasi. Perawat membuat keputusan untuk melanjutkan atau mengakhiri asuhan keperawatan untuk masalah yang terjadi. Hal yang perlu dilakukan perawat sebelum memodifikasi terlebih dahulu menentukan rencana yang tidak efektif. Berpikir kritis dan review yang tepat penting dalam menetapkan rencana tindakan secara keseluruhan. Ada beberapa pertimbangan untuk perawat tentang 1) cara memutuskan apakah pencapaian hasil berhubungan dengan intervensi keperawatan yang dilakukan, 2) apakah sikap perawat dapat memengaruhi pencapaian hasil tindakan atau tidak (Sumijatun,2010)

I. Jenis Evaluasi

1. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi ini dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera seperti kaji rentang gerak ekstremitas klien, hasil evaluasi menunjukkan bahwa rentang gerak mengalami keterbatasan pergerakan. Fokus pada evaluasi

proses (formatif) adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan. Contoh: membantu lansia berjalan dari tempat tidur ke kursi, hasil menunjukkan lansia dapat berjalan sampai ke kursi tanpa ada keluhan.

2. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Rekapitulasi dan kesimpulan dari hasil observasi dan analisa status kesehatan klien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang diencanakan pada tahap perencanaan. Selain itu, evaluasi juga sebagai alat ukur suatu tujuan yang mempunyai kriteria yang membuktikan apakah tujuan tercapai, tidak tercapai atau tercapai sebagian. Fokus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna. Penyusunan evaluasi menggunakan SOAP (Suprajitno dalam Wardani,2013).

Mis.,

- a. *S (subjektive)* adalah informasi melalui ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan lansia setelah diberikan tindakan keperawatan.
- b. *O (Objective)* kondisi pasien dapat diidentifikasi oleh perawat secara kasat mata.

- c. A (*Assessment*) berupa analisis perawat setelah melihat respon kemajuan yang dirasakan pasien maupun di lihat secara langsung.
- d. P (*Planning*) perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis terkait kondisi yang diperoleh baik subjektif maupun objektif.

Menurut (Ziegler dalam Craven,2003) menyebutkan ada 3 jenis evaluasi keperawatan yaitu:

1. Evaluasi struktur berfokus pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan yang diberikan. Lingkungan pelayanan keperawatan dapat berpengaruh baik secara langsung maupun tidak langsung. Misalnya ketersediaan sarana dan prasarana, pelayanan yang tidak berbelit-belit, dan kompetensi perawat dalam area yang di butuhkan.
2. Evaluasi proses berfokus pada tampilan kinerja perawat, bagaimana kemampuan perawat melakukan asuhan yang diberikan. Misalnya pengkajian kemandirian lansia, cara berkomunikasi yang tepat dengan lansia.
3. Evaluasi hasil berfokus pada respon klien. Respon perilaku lansia selama melaksanakan asuhan keperawatan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi formatif dilakukan sesaat setelah perawat melakukan tindakan keperawatan. Misalnya perawat membantu makan, hasil yang dilihat adalah seberapa banyak makanan dihabiskan. Evaluasi sumatif hasil ini dapat dilihat dengan perubahan perilaku lansia setelah semua tindakan dilaksanakan. Biasanya dinilai pada akhir tindakan selesai secara keseluruhan.

Proses perawatan jelas berkaitan terhadap hasil dan struktur dimana proses perawatan meningkatkan atau menghambat ke efektifan perawatan (Donabedian, 1993 dalam Potter, 2005).

DAFTAR PUSTAKA

- Adventus, dkk, 2019, Modul Manajemen Safety, UKI Jakarta.
- Almatsier dkk. 2011. Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan. Jakarta. PT. Gramedia Pustaka Utama
- Ali, Z. (2010). Dasar-dasar dokumentasi keperawatan. Jakarta. EGC.
- Almatsier, Sunita. 2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia.
- Ammelia Ratnawati, (2015). Asuhan Keperawatan Gerontik . Yogyakarta: Penerbit Pustaka Baru Press.
- Angka Kecukupan Gizi. 2013. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ayu, Irene Trisna. (2009). Hubungan antara Kepribadian Tangguh dan Kebahagiaan pada Lanjut Usia yang Pensiun. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Avalos, C. (2017). *General health condition, living arrangements, and socioeconomic status as contributing factors of depression among the elderly population* (Order No. 10141090). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global: The Humanities and Social Sciences Collection; Publicly Available Content Database. (1806525926). Retrieved from <https://eresources.perpusnas.go.id:2350/dissertations-theses/general-health-condition-living-arrangements/docview/1806525926/se2?accountid=25704>.

- Azizah, L. M. (2011). Keperawatan lanjut usia. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Bakti Husada, 2010. Pedoman Puskesmas Santun Lanjut Usia Bagi Petugas Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Bandiyah, S. (2009). Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik. Jakarta: Nuha Medika
- Basford, L., & Slevin, O. (2006). Teori dan Praktik Keperawatan: Pendekatan Integral pada Asuhan Pasien. *Jakarta: EGC.*
- Chibante, C. L. d. P., Santo, F., & Aquino, A. C. d. O. (2015). As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse/The reactions of the family companion of hospitalized elderly facing stressful situations/Las reacciones de la escolta familiar de ancianos hospitalizados frente a las situaciones estresantes. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 7(3), 2961-2973. doi: <http://e-resources.perpusnas.go.id:2089/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2961-2973>.
- Compston, Juliet. 2002. *Seri Kesehatan Bimbingan Dokter pada Osteoporosis*. Jakarta : PT Dian Rakyat.
- Corsini, R. (2002). Kamus Lengkap Psikologi. Terjemahan oleh Kartini Kartono. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Craven, R.F & Hirnle, C.J. 2003. Fundamental of nursing: Human health ang function. (4th ed.), Philadelphia: Lippincott.
- Darmojo, R. B. & Mariono, H. H. (2004). Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta.

- Depkes RI, News Letter. 2005. *1 dari 3 Wanita dan 1 dari 5 Pria Memiliki Kecenderungan Menderita Osteoporosis*. No.09, Edisi September.
- Dewi, S. R., & Ners, S. K. (2015). *Buku ajar keperawatan gerontik*. Deepublish.
- Direktorat Jenderal Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial & Direktorat Bina Pelayanan Sosial Lanjut Usia, 2004
- Direktorat Jenderal Departemen Hukum dan HAM, 1996) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1996 tentang HAM.
- Direktorat Kesehatan Keluarga, Dirjen Kesmas, & Kemenkes RI. 2019. *Pedoman Untuk Puskesmas Dalam Pemberdayaan Lanjut Usia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Elia. (2003) *Post Power Syndrome*.<http://www.sabda.org/publikasi/ekonsel079>.
- Eliopoulos, C.E. 2005. *Gerontological nursing*. (6th ed.), Philadelphia; Lippincott.
- Erpandi. 2014. *Posyandu Lansia "Mewujudkan Lansia Sehat, Mandiri dan Produktif"*. Jakarta: EGC.
- Fatimah, (2010). *Merawat manusia Lanjut Usia Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Tim
- Fatima, K., Moridpour, S., De Gruyter, C., & Saghapour, T. (2020). Elderly sustainable mobility: Scientific paper review. *Sustainability*, 12(18), 7319. doi: <http://e-resources.perpusnas.go.id:2089/10.3390/su12187319>.
- Findyartini, dkk, 2015, Modul Pelatihan Untuk Pelatih Keselamatan Pasien, Kolaborasi Bidang Pendidikan Proyek P4K RSP, FK-UI, Jakarta.
- Friedman. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik*: ECG

- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, & Praktik. Ed (5)*. Jakarta: EGC
- Godfrey, J. A. (2016). *A perspective on spiritual wellness among the elderly* (Order No. 10124166). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global: The Humanities and Social Sciences Collection. (1806946788). Retrieved from <https://e-resources.perpusnas.go.id:2350/dissertations-theses/perspective-on-spiritual-wellness-among-elderly/docview/1806946788/se-2?accountid=25704>
- Hakim, S. N. (2007). *Perencanaan dan Persiapan Menghadapi Masa Pensiun*. Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta, Vol 10, No. 1. Hal, 96-109.
- Hartono, Muljadi. 2000. *Mencegah & Mengatasi Osteoporis*. Jakarta: Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara.
- Harahap, E. E. (2019). *Melaksanakan Evaluasi Asuhan Keperawatan Untuk Melengkapi Proses Keperawatan*. Health Media Nutrition Series. 2006.
- Herwijayanti, Mediana. 1997. *Pusat Pelayanan Usia lanjut*, Gadjah Mada Universitas: Yogyakarta.
- Hidayat, F., Hamid, A., & Lestari, R.F. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Post Power Syndrome pada Lansia di Puskesmas Payung Sekaki Kelurahan Labu Baru Timur Kota Pekanbaru. *Al-Asalmiya Nursing Jurnal Keperawatan Vol.9 No.1 Tahun 2020*.
- Humaira, Humaira., & Rachmatan, Risana. (2017). Perbedaan Penyesuaian Diri Pensiunan Yang Mendapatkan Training Pra Pensiun Dengan Yang Tidak Mendapatkan Training Pra-Pensiun. *Jurnal Ecopsy Vol.4 No. 1*

- Hurlock, E, B. (1980). *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta Erlangga.
- Hurlock, E. B. (1992). *Psikologi Perkembangan : Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga
- Hurlock, Elizabeth B. (1996). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga
- Ikawati.(2018).Layanan Sosial Keluarga Berorangtua Pensiunan Terhadap Post Power Syndrome. *Jurnal PKS Vol 17 No 2 Juni 2018*; 179 – 194
- Indonesia. 2011. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Buku Pedoman Pelayanan Gizi Lanjut Usia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Indriana,Y.(2012).*Gerontologi dan Progeria*.Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Islami,Lia Amalia.(2016).Self Healing dalam Mengatasi Post Power Syndrome: Studi Kasus di Kompleks Ciputat Kota Serang Banten.*(Skripsi)*.Fakultas Ushuluddin Dakwah dan Adab IAIN : Sultan Maulana Hasanuddin Banten
- Junaidi, I. 2007. *Osteoporosis*. Jakarta : PT Bhuana Ilmu Populer.
- Kadir dan Mariani, (2007). Panti werdha sebuah pilihan. Diakses pada tanggal 5 April 2021 dari <http://subhankadir.wordpress.com>.
- Kartono, K. (2012). *Patologi sosial 3*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada. *Jurnal Empati*, Januari 2015, Volume 4(1), 100-105
- Kartono, K. (2000). *Hygiene Mental*. Jakarta: CV. Mandar Maju

- Katz, D.L., 2000. *Nutrition in Clinical Practice*. New York :Lippincott Williams and Wilkins.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Pedoman Pembinaan Kesehatan Lanjut Usia Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta.
- Khodijah. (2018). *Post Power Syndrome Lansia Pensiunan PNS di Kota Surabaya* hal. 16-34 *BioKultur*, Vol. VII/No.1/ Januari-Juni 2018, hal. 32
- Kholifah, Siti Nur. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan. Keperawatan Gerontik*.<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/08/Keperawatan-Gerontik-Komprehensif.pdf>.
- Kimberling, B. S. (2011). *Nurses' awareness and ability to attend to the functional needs of hospitalized elderly patients* (Order No. 3445223). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global: The Humanities and Social Sciences Collection; Publicly Available Content Database. (860724773). Retrieved from <https://e-resources.perpusnas.go.id:2350/dissertations-theses/nurses-awareness-ability-attend-functional-needs/docview/860724773/se-2?accountid=25704>.
- King, T. (2005). The Escalating Demand for Long-Term Care. *The Canadian Nurse*, 101(6), 11.
- KKPRS. (2008). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta.
- KKPRS. (2007). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Jakarta.
- Komisi Nasional Lanjut Usia. 2010. *Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia*. Jakarta.

- Kosnayani, Ai Sri. 2007. *Tesis: Hubungan Asupan Kalisum, Aktivitas Fisik, paritas, INdeks Massa Tubuh, dan Kepadatan Tulang pada Wanita Menopause*. Semarang: FK UNDIP.
- Kumar, Priti. 2005. *Bone Morbidity in Pregnant Women*. The Journal of Obstetrics and Gynecology India. Vol. 55, No. 5: September/October 2005.
- Kurnia, I. DAFTAR PUSTAKA. Alimul Hidayat, A. A Pengantar kebutuhan dasar manusia: Aplikasi konsep dan proses keperawatan. Jakarta: Salemba medika.
- Lane, Nancy. 2001. *Lebih Lengkap Tentang Osteoporosis*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- La Ode, S. (2012). *Asuhan Keperawatan Gerontik Berstandar Nanda, NIC, NOC, Dilengkapi dengan Teori dan Contoh Kasus Askep*. Jakarta: Nuha Medika.
- Maryam, R. S. (2008). *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya*. Jakarta: Seleba Medika.
- Mentri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017, Peraturan Pemerintah Tentang Patient Safety, Jakarta.
- Miller. A.C. (1995). *Nursing Care of Older Adult: Theori and Practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott.co
- Muhith, A., & Siyoto, S. (2016). *Pendidikan keperawatan gerontik*. Penerbit Andi.
- NANDA, 2014. North American Nursing Diagnosis Association, Nursing Diagnosis, Definition dan Classification 2015-2017. Pondicherry, India.
- Nasrun, M.W. (2007). *Persiapan Mental untuk Pensiun*. <http://www.kompas.com>.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Nugroho, W. (2012). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Nugroho, Wahjudi. (2000). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Nursalam, M., & Utami, M. (2009). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- , (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- , 2019, *Buku Kesehatan Lanjut Usia*, Jakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2015 Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004 Tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia.
- Potter, P. A. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, vol. 1. EGC.
- Pradono, S. G., dan Purnamasari, E. S. (2010). *Hubungan antara penyesuaian diri dengan kecemasan dalam menghadapi masa pensiun pada pegawai negeri sipil di propinsi daerah istimewa yogyakarta*. Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana Yogyakarta. http://fpsi.mercubuana-yogya.ac.id/wpcontent/uploads/2012/06/Agustus_2010_SantiEsterlita-P.pdf

- Purba, M. "Fungsi Serat Makanan (Dietary Fibre) Dalam Penanganan Konstipasi Pada Usia Lanjut." Prosiding Pertemuan Ilmiah Nasional (PIN) Dietetic Update, Yogyakarta, 2003.
- Purwanto, I.A., Choiriya, Z., & Suwanti. (2017). *Gambaran Dukungan Keluarga pada Lansia yang Mengalami Post Power Syndrome di Dusun Mapagan Kelurahan Lerep Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang. E-Journal Rasmadi.* (2012). *Jurus Jitu Menyikapi Masa Pensiun.* Depok: Indie Publishing.
- Republik Indonesia, 1998, Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, Sekretariat Negara, Jakarta.
- Rianto, Adi. 2004. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut oleh Masyarakat di Provinsi Jawa Timur: Bandung.
- Rini, J.S. (2001). Pensiun dan Pengaruhnya. [http:// www. epsikologi.com](http://www.epsikologi.com)
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2015). Buku ajar keperawatan dasar. EGC.
- S. Tamher & Noorkasiani. (2009). Kesehatan usia lanjut dengan pendekatan asuhan keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Santoso, Agus., & Lestari, Novia Budi. (2008). Peran Serta Keluarga pada Lansia yang Mengalami Post Power Syndrome. *Media Ners, Volume 2, Nomor 1, Mei 2008, hlm 1 – 44*
- Santrock, John. W. (2000). *Life-Span Development. Seventh Edition.* New York: McGraw- Hill Companies

- Santrock, J.W. (2002). *Remaja*. Jakarta: Erlangga
- Santrock, J. W. (2012). *Life Span Development: Perkembangan Masa Hidup Jilid I*. (B. Widyasinta, Penerj.) Jakarta: Penerbit Erlangga
- Sarafino, E.P. (2006). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions* (5th ed). USA: John Willey & Sons Inc.
- Saraswati, Idayu. 2003. *Klinik Keluarga Terapi Osteoporosis*. Jakarta : Progres.
- Sarif La Ode. 2012. *Asuhan Keperawatan Gerontik Berstandar Nanda, NIC, NOC, Dilengkapi dengan Teori dan Contoh Kasus Askep*. Jakarta: Nuha Medika.
- Sauer, E. S., Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2000). *Procedure Checklists to Accompany Craven & Hirnle's Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. Lippincott.
- Saule, Kabylova. 2010. *Calcium Defisit in Diet as Risk Factor for Osteopenic Syndrome in Pregnant Women Of Young Age*. Kazakhstan: Medical and Health Science Jurnal MHSJ.
- Semium, Yustinus. (2010). *Kesehatan Mental 3*. Yogyakarta: Kanisius
- Setijani, T. (1998). *Buku pegangan kader untuk penyuluhan kelompok Bina Keluarga Lansia*. Semarang: Kantor Wilayah BKKBN Propinsi Jawa Tengah
- Siti Nur Kholifah, 2016, *Modul Keperawatan Gerontik*, PUSDIK SDM Kesehatan, Jakarta.
- Smet, Bart. (2004). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Widia sarana Indonesia
- Soekatri, M. dan Kartono, D.J. 2004. *Angka Kecukupan Mineral: Kalsium, Fosfor, Magnesium*. Widyakarya Nasional Pangan & Gizi VIII. Jakarta: LIPI.

- Stanley, M. & Beare, P. G. (2007). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Cetakan 1. Jakarta: EGC.
- Suadirman, S.P. (2011). *Psikologi Usia Lanjut*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sulistiyorini, C. I., & dkk. 2010. *Posyandu dan Desa Siaga Panduan untuk Bidan dan Kader*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sumijatun, S. M. (2010). Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional. *Jakarta: Tim*.
- Sunaryo, M. K., Rahayu Wijayanti, S. K., Kep, M., Kom, S., Kuhu, M. M., SKM, M., ... & Kuswati, A. (2016). *Asuhan keperawatan gerontik*. Penerbit Andi.
- Supari, Siti Fadilah (2005). Sambutan Pencanangan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Jakarta.
- Supeno. S. (1991). *Realita Post Power Syndrome Pada Keluarga: Kelanggengan Usia Lanjut*. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI.
- Susilo, Joko dan Hadi Hamam. 2002. *Hubungan Asupan Zat Besi dan Inhibitornya Sebagai Prediktor Kadar Hemoglobin Ibu Hamil di Kabupaten Bantul Provinsi DIY*. Jurnal Kedokteran Masyarakat XVIII.
- Tamba, I. B. (2013). *Susunan Variasi Makanan Kaitannya Dengan Tingkat Selera Makan Lansia Di Panti Werdha Yayasan Guna Budi Bakti Medan Labuhan* (Doctoral Dissertation, Unimed).
- Tjandra, Hans. 2009. *Segala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui tentang Osteoporosis*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.

- Tjahjadi, Vicynthia. 2009. *Mengenal, Mencegah, Mengatasi Silent Killer Osteoporosis*. Semarang: Pustaka Widyamara.
- Tutiany, dkk, 2017, *Bahan Ajar Keperawatan Manajemen Keselamatan Pasien*, PUSDIK SDM Kesehatan, Jakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia No.13 tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
- Wahjudi Nugroho, (2008). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Jakarta: Penerbit EGC.
- Waluyo, S.2009. *100 Questions & Answers*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- Weaver, C.M., Heaney, R.P. 2000. *Calcium in Modern Nutrition in Health and Disease*. New York: Lippincott Williams and Wilkins. 9th ed.
- Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII Jakarta 17-19 Mei 2004. *Ketahanan Pangan Dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi*. Jakarta. LIPI.
- Yatim, Faisal. 2000. *Osteoporosis (Penyakit Kerapuhan Tulang) pada Manula*. Jakarta: Pustaka Populer Obor Zaviera, 2007
- Zaviera, F. 2007. *Osteoporosis*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media

BIOGRAFI PENULIS



Ns. Revi Yulia., S.Kep., M.Kep lahir di Tarusan pada 16 Juli 1988. Jenjang pendidikan penulis, pertama dimulai dengan menempuh pendidikan SD Negeri 11 Kampung Tarandam (1995 – 2000), SLTP Negeri 4 Duku (2000 – 2003), SMU Negeri 1 Tarusan (2003 – 2006)

selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan program sarjana keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Fort de Kock Bukittinggi (2006 - 2010), setelah tamat penulis langsung melanjutkan pendidikan Profesi Ners di STIKes Fort de Kock bukittinggi (2010 -2011). Empat tahun berikutnya penulis melanjutkan pendidikan pascasarjana Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Andalas (2013-2015). Saat ini penulis merupakan dosen aktif pada program studi sarjana Keperawatan dan Pendidikan profesi Ners di Institut Kesehatan Mitra Bunda (IKMB) Kota Batam. Penulis juga dipercaya sebagai sekretaris program studi sarjana Keperawatan dan Pendidikan profesi Ners sejak tahun 2016 sampai sekarang.



Ns. Savitri Gemini, M.Kep lahir di Medan, Sumatera Utara, 25 Mei 1979. Sebagai pengajar di Institut Kesehatan Mitra Bunda Kota Batam (sampai sekarang). Saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners. Mata kuliah yang diampuh adalah Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Medikal Bedah. Dalam hal pengembangan ilmu di bidang gerontik ikut berpartisipasi sebagai pengurus di Panti Werdha Suka Cita Batam.



Siska Roswandani, lahir di Kuningan pada tanggal 17 Juli. Mengenyam pendidikan dasar dan menengah mulai di SDN 2, SLTP N 1 dan MAN Selong Lombok Timur NTB, lulus tahun 2002. Kemudian melanjutkan pendidikan S1 Program Studi Farmasi di STIKes Bakti Tunas Husada Tasikmalaya,

Tahun 2008. Selanjutnya menyelesaikan program profesi Apoteker Di Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi-Bandung Jawa Barat, Tahun 2010. Saat ini penulis bekerja sebagai Apoteker Penanggung Jawab di Amanah Medical and Dental Clinic Tasikmalaya, sejak tahun 2020 – sekarang. Sebelumnya pernah bekerja sebagai Apoteker Penanggung Jawab di sebuah Apotek di Kota Tasikmalaya dari tahu 2011 – 2019.

Selain sebagai praktisi kesehatan penulis juga bekerja di bidang pendidikan yaitu pernah bekerja sebagai tenaga pengajar produktif farmasi di SMK Tri Karya Husada Tasikmalaya, tahun 2010 – 2016. Selain tugas mengajar penulis juga pernah

menjabat sebagai Wakil Kepala Sekolah (Wakasek) bidang Kurikulum di SMK Tri Karya Husada Tasimalaya, tahun 2011-2013. Penulis selain berkiprah di dunia pendidikan sekolah menengah juga di perguruan tinggi yaitu di Sekolah Tinggi Teknologi YBSI Tasikmalaya, tahun 2015 - sekarang. Pernah menulis buku "Komunikasi Kesehatan" yang diterbitkan oleh penerbit Widina Bhakti Persada Bandung.



Hetti Marlina Pakpahan, SKM., SKep., Ns., MKep., lahir di Pematang Siantar Sumatera Utara tanggal 12 November 1964 . adalah dosen di Fakultas Ilmu Keperawatan di Universitas Darma Agung.



Dr. Eppy Setiyowati, S.Kep., M.Kes. Lahir di Ngawi Jawa Timur. Mengabdikan pada Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya sejak tahun 1999 (semula AKPER RS Islam Surabaya). Doktor Ilmu Kesehatan masyarakat Universitas Airlangga (2013) mengeluti dan mengajar pada fakultas keperawatan dan kebidanan pada mata kuliah: keperawatan komunitas, keperawatan keluarga dan gerontic, promosi Kesehatan, Biostatistik, manajemen data, Sistem informasi manajemen, psikologi, ekonomi Kesehatan. Buku yang dihasilkan system informasi manajemen dan Keperawatan system perkemihan (keperawatan urologi).



Hardiyati, S.Kep, Ns., M.Kep, Lahir di Polman Sulbar pada tanggal 12 April 1982. Penulis meraih gelar master pada Magister Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung (UNPAD) Tahun 2017. Saat ini penulis aktif sebagai salah satu dosen pengajar di Jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju. Sebelum menjabat sebagai dosen, penulis pernah bekerja sebagai perawat pelaksana di RSUD Mamuju tahun 2006-2008, Penulis juga sebagai dosen di STIKES Fatima Mamuju dari tahun 2006 sampai sekarang, penulis Lulus CPNS tahun 2008 dan bertugas di Dinas Kesehatan Provinsi Sulbar. Penulis pernah menjabat sebagai sekretaris jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju sekaligus PUMK Jurusan tahun 2012-2015. Peraih program magang klinik dosen Poltekkes Kemenkes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dari Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2019. Penulis juga aktif pada kegiatan IPKJI dan sebagai ketua DPK PPNI Poltekkes Kemenkes Mamuju Sulbar, serta sebagai Ketua Divisi Penelitian dan Sistim Informasi dan Komunikasi PPNI Kabupaten Mamuju.



Sandy Ardiansyah, SST., MS., adalah tenaga pengajar di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu sejak tahun 2015. Lahir di Pendopo, Kabupaten Penukal Abab Lematang Ilir (PALI), Provinsi Sumatera Selatan tahun 1990. Latar pendidikan penulis diawali pada jenjang Diploma III Gizi di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta (2008-2011), kemudian jenjang Sarjana diselesaikan pada

Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Malang (2013). Penulis selama 2 tahun sempat bekerja sebagai Ahli Gizi di RSUD Talang Ubi, Kab PALI hingga 2015. Pada tahun 2019-2021 penulis melanjutkan pendidikan Master (M.S) di School of Nutrition and Health Sciences, Taipei Medical University (TMU), Taiwan. Organisasi yang diikuti penulis diantaranya adalah Wakil Ketua di Komisi Kesehatan Direktorat Penelitian dan Kajian Perhimpunan Pelajar Indonesia (PPI) Dunia 2020/2021. Selain itu, penulis juga merupakan Bendahara Umum di Perhimpunan Pelajar Indonesia (PPI) Taiwan 2020/2021. Saat ini, penulis menjabat sebagai Wakil Ketua II di Organisasi Ikatan Sarjana Gizi Indonesia (ISAGI) hingga tahun 2024 dan Anggota DPD Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI) Provinsi Bengkulu. Riset yang dilakukan penulis terkait neurodegeneratif, sindrom metabolik, dan gizi dalam daur kehidupan (*human nutrition*). Korespondensi dengan penulis bisa melalui: sandy_ahligizi@gmail.com.



Novita Maulidya Jalal, S.Psi.,M. Psi.,Psikolog lahir di Ujung Pandang, Sulawesi Selatan, 10 November 1987. Penulis telah menikah dengan Miftah Idris, S.Hi., M.H, serta dikaruniai 2 orang anak yakni Abdullah dan Aisyah. Penulis menyelesaikan studi di Fakultas Psikologi Universitas Negeri Makassar, kemudian melanjutkan pendidikan di Magister Psikologi Profesi UGM Yogyakarta. Saat ini, menjadi Dosen di Fakultas Psikologi Universitas Negeri Makassar (UNM). Penulis menggeluti dan mengajar di bidang Psikologi Pendidikan, Psikologi Perkembangan, dan Psikologi Keluarga. Selain itu, penulis juga aktif melakukan Praktek kerja Profesi Psikolog,

serta memberikan layanan kepada masyarakat berupa Psikoedukasi dan Training. Buku yang sudah diterbitkan antara lain Buku Ajar Psikologi Anak Berbakat (2018), Buku Saku Perkembangan Anak (2018), Buku Kekerasan Seksual pada Anak (2019), Buku Ajar Psikologi Perkembangan Anak (2021).



Poniyah Simanullang, S.Kep, Ns, SKM, M. Kes., lahir di Perk. Maligas A Kabupaten Simalungun, 21 September 1973. Sebagai Dosen sejak 1 September 2005 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Darma Agung (FIK-UDA) Medan. Penulis sudah lulus

Sertifikasi Dosen sejak tahun 2013. Menjabat sebagai Ketua Program Studi di Prodi S.1 FIK-UDA Medan sejak tahun 2014 sd sekarang. Penulis aktif melakukan Tri Darma Perguruan Tinggi. Mengajar mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik. Penulis juga membimbing dalam penyelesaian skripsi mahasiswa Prodi S.1 Keperawatan dan sekaligus sebagai penguji. Membimbing mahasiswa Prodi Ners yang sedang melakukan praktek lapangan di stase Keperawatan Gerontik, Keperawatan Komunitas dan Keperawatan Keluarga dan sekaligus juga sebagai penguji ujian praktek lapangan mahasiswa Prodi Ners pada stase tersebut. Aktif dalam melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat bersama dengan team dosen FIK-UDA dan juga mahasiswa semester akhir di Prodi S.1 FIK-UDA. Menulis di jurnal Universitas Darma Agung, Jurnal Darma Agung Husada dan Jurnal Ilmiah Maksitek.



Ganda Sigalingging, SKM., SKep., Ns., M. Kes., lahir di Siborongborong Sumatera Utara, 15 Pebruari 1970. Bertugas di Universitas Darma Agung Medan sebagai pengampu mata kuliah keperawatan gerontik, keperawatan komunitas, keperawatan dasar manusia. Buku yang sudah diterbitkan Buku Kebutuhan Dasar Manusia (2013).

Keperawatan gerontik adalah membahas konsep dasar keperawatan gerontik, berbagai teori keperawatan gerontik dan asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar lansia. Penerapannya pada asuhan keperawatan gerontik melingkupi pembahasan mengenai kebutuhan bio, psiko, social dan spiritual pada lanjut usia dengan sasaran individu, keluarga dan kelompok/komunitas.

Pembahasan buku ini meliputi: Bab I Konsep Dasar Lanjut Usia, Bab II Proses Menua Dalam Keperawatan Gerontik, Bab III Konsep Pos Pelayanan Terpadu Lanjut Usia, Bab IV Pusat Kesehatan Masyarakat Lanjut Usia, Bab V Konsep Keperawatan Gerontik, Bab VI Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia, Bab VII Konsep Gizi Pada Lanjut Usia, Bab VIII Konsep Post Power Syndrome, Bab IX Patient Safety Dalam Keperawatan Gerontik, dan Bab X Evaluasi Keperawatan Gerontik.

