



PENGANTAR KEPERAWATAN GERONTIK

Penulis :

Muhammad Anwari

Sarma Eko Natalia Sinaga

Risdiana Melinda Naibaho

Yanti Mustarin

Siska Sibua

Hendri Tamara Yuda

Suardi



PENGANTAR KEPERAWATAN GERONTIK

**Muhammad Anwari
Sarma Eko Natalia Sinaga
Risdiana Melinda Naibaho
Yanti Mustarin
Siska Sibua
Hendri Tamara Yuda
Suardi**



GET PRESS INDONESIA

PENGANTAR KEPERAWATAN GERONTIK

Penulis :

Muhammad Anwari
Sarma Eko Natalia Sinaga
Risidiana Melinda Naibaho
Yanti Mustarin
Siska Sibua
Hendri Tamara Yuda
Suardi

ISBN : 978-623-125-595-2

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Mila Sari, S.ST, M.Si

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Januari 2025

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Pengantar Keperawatan Gerontik ini.

Buku Ini Membahas Pengantar Kesehatan Lansia, Teori Menu Dan Isu Terkait Kesehatan Lansia, Masalah Kesehatan Lansia, Aspek Psikososial Terkait Dengan Lansia, Konsep Keperawatan Gerontik, Pencegahan Jatuh, Promosi Kesehatan Masyarakat Dalam Pembinaan Usia Lanjut.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Desember 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 PENGANTAR KESEHATAN LANSIA.....	1
1.1 Perspektif Historis Tentang Studi Penuaan.....	1
1.2 Geriatri, Gerontologi, Dan Gerontik.....	2
1.3 Peran Keluarga.....	4
1.4 Gerontophobia.....	5
1.5 Usiaisme	5
1.6 Diskriminasi Usia	7
1.7 Dampak Dari Anggota Keluarga Yang Menua Dalam Keluarga	8
DAFTAR PUSTAKA.....	11
BAB 2 TEORI PENUAAN DAN ISU TERKAIT KESEHATAN LANSIA	13
2.1 Teori Penuaan.....	13
2.1.1 Teori Biologi	13
2.1.2 Teori Sosiologis	16
2.1.3 Teori Psikologi	19
2.2 Isu Terkait Kesehatan Lansia.....	20
DAFTAR PUSTAKA.....	25
BAB 3 MASALAH KESEHATAN LANSIA.....	29
3.1 Pendahuluan.....	29
3.2 Masalah Kesehatan Lansia	30
3.2.1 Hipertensi	31
3.2.2 Diabetes	41
3.2.3 Penyakit Sendi Pada Lansia.....	44
3.3 Sroke	46
3.4 Demensia.....	48
DAFTAR PUSTAKA.....	52
BAB 4 ASPEK PSIKOSOSIAL TERKAIT DENGAN LANSIA	55
4.1 Pendahuluan.....	55
4.2 Konsep Psikososial.....	56
4.2.1 Teori Psikososial Pada Lansia.....	56

4.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Psikososial	
Lansia.....	56
4.3 Strategi Psikososial Dalam Keperawatan Lansia.....	57
4.4 Dampak Pendekatan Psikososial Pada Lansia	57
4.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesejahteraan	
Psikososial Lansia	58
4.5.1 Faktor Individu.....	58
4.5.2 Faktor Sosial.....	58
4.5.3 Faktor Ekonomi	58
4.5.4 Faktor Lingkungan.....	59
4.5.5 Faktor Psikologis.....	59
4.6 Hubungan Antar Faktor.....	59
4.7 Tantangan Dalam Memenuhi Kesejahteraan	
Psikososial Lansia	60
4.8 Strategi Pendekatan Psikososial Pada Lansia	60
4.8.1 Pendekatan Individual.....	60
4.8.2 Pendekatan Keluarga.....	60
4.8.3 Pendekatan Komunitas	61
4.8.4 Pendekatan Lingkungan	61
4.8.5 Pendekatan Holistik	61
4.8.6 Tantangan Dalam Implementasi Pendekatan	
Psikososial	62
4.8.7 Strategi Inovatif Dalam Pendekatan Psikososial	62
4.8.8 Studi Kasus: Implementasi Pendekatan Psikososial	62
4.9 Intervensi Psikososial Dalam Keperawatan Lansia.....	63
4.9.1 Peran Perawat Dalam Mendukung Psikososial	
Lansia.....	63
4.9.2 Asuhan Keperawatan Berbasis Keluarga Dan	
Komunitas.....	63
4.9.3 Studi Kasus Intervensi Psikososial	64
4.9.4 Teknik Intervensi Psikososial.....	64
4.9.5 Kolaborasi Antarprofesional	65
4.9.6 Penggunaan Teknologi Dalam Intervensi.....	65
4.10 Tantangan Dan Solusi	65
4.10.1 Stigma terhadap Lansia.....	65
4.10.2 Kurangnya Akses terhadap Layanan Psikososial..	66
4.10.3 Pengembangan Program Dukungan Psikososial...	66

4.10.4 Rekomendasi untuk Layanan Keperawatan	
Lansia.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	68
BAB 5 KONSEP KEPERAWATAN GERONTIK.....	69
5.1 Pendahuluan.....	69
5.2 Definisi Keperawatan Gerontik	70
5.3 Tujuan Keperawatan Gerontik.....	71
5.4 Fungsi Keperawatan Gerontik	73
5.5 Tren dan Issue Keperawatan Gerontik	74
5.6 Legal Etik Keperawatan Gerontik	75
5.6.1 Tantangan Etis dalam Merawat Orang Tua	76
5.6.2 Aspek Hukum dan Etika	76
DAFTAR PUSTAKA.....	79
BAB 6 PENCEGAHAN JATUH	81
6.1 Pendahuluan.....	81
6.2 Anatomi Dan Fisiologi Penuaan Terkait Resiko Jatuh	83
6.2.1 Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia	83
6.2.2 Perubahan Fisiologis Tulang	84
6.2.3 Perubahan Fisiologis Otot	84
6.2.4 Perubahan Pada Sendi dan Jaringan Ikat	86
6.2.5 Perubahan Pada Syaraf.....	86
6.2.6 Penurunan fungsi sensorik dan keseimbangan.....	86
6.2.7 Penurunan Fungsi Muskuloskeletal	87
6.3 Identifikasi Dan Penilaian Resiko Jatuh	87
6.4 Strategi Pencegahan Jatuh	94
6.4.1 Modifikasi lingkungan untuk mencegah jatuh di rumah dan fasilitas perawatan	94
6.4.2 Peran nutrisi dan hidrasi dalam mencegah kelemahan otot.....	95
6.4.3 Program latihan fisik dan keseimbangan untuk lansia.....	96
6.4.5 Penggunaan alat bantu dan teknologi untuk mencegah jatuh	98
6.5 Manajemen Pasca Jatuh	99
6.5.1 Penanganan awal setelah kejadian jatuh.....	99
6.5.2 Rehabilitasi fisik dan pemulihan pasca-jatuh	100
6.5.3 Mencegah jatuh berulang dan perawatan lanjutan.	100

DAFTAR PUSTAKA	102
BAB 7 PROMOSI KESEHATAN MASYARAKAT	
DALAM PEMBINAAN USIA LANJUT	107
7.1 Pendahuluan	107
7.2 Promosi Kesehatan Dan Kesehatan Masyarakat Lansia.	109
7.3 Metode Promosi Kesehatan	112
7.4 Pendidikan Promosi Kesehatan.....	113
7.5 Praktik Promosi Kesehatan Pada Lansia	115
DAFTAR PUSTAKA	117
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Mengkategorikan Populasi yang Menua.....	4
Tabel 1.2. Keluarga	9
Tabel 3.1. Klasifikasi Hipertensi	31

DAFTAR GAMBAR

Gambar 6.1. Penampang mikroskopis tulang dan otot	85
Gambar 6.2. Pengkajian TUG Test	9
Gambar 6.3. Model Resiko Jatuh Hendrich II	90
Gambar 6.4. Berg Balance Scale.....	92
Gambar 7.1. Pendidikan untuk promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat lanjut usia	114
Gambar 7.2. Dimensi praktik yang baik.....	116

BAB 1

PENGANTAR KESEHATAN LANSIA

Oleh Muhammad Anwari

1.1 Perspektif Historis Tentang Studi Penuaan

Hingga pertengahan abad kesembilan belas, hanya ada dua tahap pertumbuhan dan perkembangan manusia yang diidentifikasi: masa kanak-kanak dan dewasa. Dalam banyak hal, anak-anak diperlakukan seperti orang dewasa kecil. Tidak ada perhatian khusus yang diberikan kepada mereka atau kebutuhan mereka. Keluarga harus menghasilkan banyak anak untuk memastikan bahwa hanya sedikit yang akan bertahan hidup dan mencapai usia dewasa. Pada gilirannya, anak-anak diharapkan untuk berkontribusi pada kelangsungan hidup keluarga. Sedikit atau bahkan tidak ada perhatian yang diberikan pada karakteristik dan perilaku yang membedakan satu anak dengan anak lainnya.

Seiring berjalannya waktu, masyarakat mulai memandang anak-anak secara berbeda. Masyarakat mengetahui bahwa ada perbedaan yang signifikan antara anak-anak dari berbagai usia, dan kebutuhan anak-anak berubah seiring dengan perkembangan mereka. Masa kanak-kanak sekarang dibagi menjadi beberapa tahap (yaitu bayi, balita, prasekolah, usia sekolah, dan remaja). Setiap tahap memiliki tantangan yang unik yang berkaitan dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan anak. Karena subtahap terkait dengan perubahan fisik yang jelas atau peristiwa kehidupan yang signifikan, metode klasifikasi ini sekarang diterima sebagai hal yang logis dan perlu.

Hingga saat ini, masyarakat juga memandang orang dewasa dari segala usia secara bergantian. Begitu Anda menjadi dewasa, Anda tetaplah orang dewasa. Mungkin masyarakat memandang secara samar bahwa orang dewasa yang lebih tua berbeda dengan orang dewasa yang lebih muda, tetapi tidak terlalu peduli dengan perbedaan ini karena hanya sedikit orang yang hidup sampai usia tua. Selain itu, perubahan fisik dan perkembangan selama masa

dewasa lebih halus daripada masa kanak-kanak; oleh karena itu, perubahan ini tidak terlalu diperhatikan.

Hingga tahun 1960-an, para sosiolog, psikolog, dan penyedia layanan kesehatan memusatkan perhatian mereka pada pemenuhan kebutuhan orang dewasa pada umumnya atau rata-rata: orang yang berusia antara 20 dan 65 tahun. Kelompok ini merupakan segmen populasi yang terbesar dan paling produktif secara ekonomi; mereka membesarkan keluarga, bekerja, dan berkontribusi terhadap perekonomian. Hanya sebagian kecil penduduk yang berusia di atas 65 tahun. Kecacatan, penyakit, dan kematian dini dianggap sebagai hal yang wajar dan tidak dapat dihindari.

Pada akhir tahun 1960-an, penelitian mulai menunjukkan bahwa orang dewasa dari segala usia tidaklah sama. Pada saat yang sama, fokus perawatan kesehatan bergeser dari penyakit ke kesehatan. Kecacatan dan penyakit tidak lagi dianggap sebagai bagian yang tidak dapat dihindari dari penuaan. Meningkatnya pengetahuan medis, praktik kesehatan preventif yang lebih baik, dan kemajuan teknologi telah membantu lebih banyak orang untuk hidup lebih lama dan lebih sehat.

Lansia sekarang merupakan kelompok yang signifikan dalam masyarakat, dan minat terhadap studi penuaan semakin meningkat. Studi tentang penuaan akan menjadi perhatian utama di tahun-tahun mendatang. (Nair, 2018)

1.2 Geriatri, Gerontologi, Dan Gerontik

Istilah geriatri berasal dari bahasa Yunani, yaitu "geras" yang berarti usia lanjut, dan "iatro" yang berarti berhubungan dengan perawatan medis. Dengan demikian, geriatri adalah spesialisasi medis yang berhubungan dengan fisiologi penuaan dan dengan diagnosis serta pengobatan penyakit yang mempengaruhi orang dewasa yang lebih tua. Geriatri, menurut definisinya, berfokus pada kondisi abnormal dan perawatan medis untuk kondisi ini.

Istilah gerontologi berasal dari bahasa Yunani "gero", yang berarti berkaitan dengan usia lanjut, dan "ology", yang berarti studi tentang. Dengan demikian, gerontologi adalah studi tentang semua aspek dari proses penuaan, termasuk masalah klinis, psikologis,

ekonomi, dan sosiologis orang dewasa yang lebih tua dan konsekuensi dari masalah-masalah ini bagi orang dewasa yang lebih tua dan masyarakat. Gerontologi mempengaruhi keperawatan, perawatan kesehatan, dan semua bidang dalam masyarakat kita termasuk perumahan, pendidikan, bisnis, dan politik.

Istilah gerontik, atau keperawatan gerontik, diciptakan oleh Gunter dan Estes pada tahun 1979 untuk mendefinisikan asuhan keperawatan dan layanan yang diberikan kepada lansia. Keperawatan gerontik mencakup pandangan holistik tentang penuaan dengan tujuan meningkatkan kesehatan, memberikan kenyamanan, dan merawat kebutuhan orang dewasa yang lebih tua. Buku teks ini berfokus pada keperawatan gerontik. Buku ini membahas cara-cara untuk meningkatkan fungsi tingkat tinggi dan metode-metode untuk memberikan perawatan dan kenyamanan bagi lansia.

Kamus mendefinisikan tua sebagai "telah hidup atau ada untuk waktu yang lama." Makna tua sangat subyektif; sebagian besar tergantung pada usia kita sendiri. Hanya sedikit orang yang menganggap diri mereka tua. Sebuah penelitian baru-baru ini mengungkapkan bahwa orang yang berusia di bawah 30 tahun memandang mereka yang berusia di atas 63 tahun sebagai "semakin tua". Orang yang berusia 65 tahun ke atas tidak menganggap orang lain "semakin tua" sampai mereka berusia 75 tahun.

Penuaan adalah proses yang kompleks yang dapat digambarkan secara kronologis, fisiologis, dan fungsional. Usia kronologis, jumlah tahun yang telah dijalani seseorang, paling sering digunakan ketika kita berbicara tentang penuaan karena paling mudah untuk diidentifikasi dan diukur. Banyak orang yang telah hidup lama tetap muda secara fungsional dan fisiologis. Orang-orang ini tetap bugar secara fisik, tetap aktif secara mental, dan merupakan anggota masyarakat yang produktif. Ada pula yang berusia muda secara kronologis tetapi secara fisik atau fungsional sudah tua. Dengan demikian, usia kronologis bukanlah pengukuran penuaan yang paling berarti. Ketika kita menggunakan usia kronologis sebagai ukuran, pihak berwenang menggunakan berbagai sistem untuk mengkategorikan populasi yang menua (Tabel 1-1). Bagi banyak orang, 65 adalah angka ajaib dalam hal

penuaan. Penerimaan yang luas terhadap usia 65 sebagai penanda penuaan adalah hal yang menarik. Sejak tahun 1930-an, usia 65 tahun telah diterima sebagai usia pensiun, ketika seseorang diharapkan akan - mau tidak mau - berhenti dari pekerjaan berbayar. Namun, sebelum tahun 1930-an, kebanyakan orang bekerja hingga mereka memutuskan untuk berhenti bekerja, hingga mereka menjadi terlalu sakit untuk bekerja, atau hingga mereka meninggal. (Williams, 2012)

Tabel 1.1. Mengkategorikan Populasi yang Menua

USIA (TAHUN)	KATEGORI
55 sampai 64	Lebih tua
65 sampai 74	Lansia
75 sampai 84	Berusia
85 dan lebih tua	Sangat tua
Atau	
60 sampai 74	Muda-tua
75 sampai 84	Paruh baya
85 dan lebih tua	Tua-tua

1.3 Peran Keluarga

Warisan budaya dapat menjadi penghalang untuk mendapatkan bantuan bagi orang tua yang lebih tua. Banyak budaya yang menekankan pentingnya kewajiban antar generasi dan menyatakan bahwa peran keluarga adalah menyediakan kebutuhan finansial dan bantuan pribadi bagi para lansia. Hal ini dapat menyebabkan stres yang tinggi dan tuntutan yang berlebihan, terutama pada keluarga yang berpenghasilan rendah.

Perawat perlu mengenali dampak budaya terhadap harapan dan nilai serta bagaimana nilai-nilai budaya tersebut mempengaruhi kemauan untuk menerima bantuan dari luar. Perawat harus dapat mengidentifikasi cara kerja dinamika keluarga yang kompleks dan menentukan bagaimana pengambilan keputusan terjadi dalam konteks budaya yang unik.

Sebagian besar, masyarakat Amerika Serikat tidak menghargai orang yang lebih tua. Amerika Serikat cenderung menjadi masyarakat yang berorientasi pada kaum muda di mana

orang dinilai berdasarkan usia, penampilan, dan kekayaan. Orang yang muda, menarik, dan kaya dipandang secara positif; orang yang tua, tidak sempurna, dan miskin tidak. Sulit bagi kaum muda untuk membayangkan bahwa mereka akan menjadi tua. Meskipun ada beberapa perubahan budaya, menjadi tua tetap memiliki konotasi negatif. Banyak orang terus melakukan segala cara agar terlihat muda. Keriput, uban, dan perubahan fisik lainnya akibat penuaan secara aktif dihadapkan pada riasan wajah, pewarna rambut, dan bedah kosmetik. Sampai saat ini, iklan jarang menggambarkan orang yang berusia lebih dari 50 tahun kecuali untuk menjual kacamata, alat bantu dengar, pewarna rambut, obat pencahar, dan produk lain yang tidak menarik. Pesan yang ingin disampaikan adalah, "Muda itu baik, tua itu buruk; oleh karena itu, setiap orang harus berjuang untuk menjadi tua."

1.4 Gerontophobia

Ketakutan akan penuaan dan penolakan untuk menerima orang dewasa yang lebih tua ke dalam arus utama masyarakat dikenal sebagai gerontophobia. Lansia dan orang yang lebih muda dapat menjadi mangsa ketakutan yang tidak rasional tersebut (Kotak 1-1). Gerontofobia terkadang menghasilkan perilaku yang sangat aneh. Remaja membeli krim anti-kerut. Wanita berusia tiga puluh tahun mempertimbangkan untuk melakukan pengencangan wajah. Perempuan berusia empat puluh tahun melakukan transplantasi rambut. Pernikahan jangka panjang bubar agar salah satu pasangan dapat mengejar seseorang yang lebih muda. Seringkali perilaku ini muncul dari rasa takut menjadi tua.

1.5 Usiaisme

Bentuk ekstrem dari gerontofobia adalah ageism dan diskriminasi usia. Ageism adalah ketidaksukaan terhadap orang yang menua dan orang dewasa yang lebih tua berdasarkan keyakinan bahwa penuaan membuat orang menjadi tidak menarik, tidak cerdas, dan tidak produktif. Ini adalah prasangka atau diskriminasi emosional terhadap orang lain yang semata-mata didasarkan pada usia. Ageism memungkinkan kaum muda untuk memisahkan diri mereka secara fisik dan emosional dari yang tua

dan memandang orang dewasa yang lebih tua sebagai orang yang kurang memiliki nilai kemanusiaan. Seperti halnya seksisme atau rasisme, ageism adalah pola kepercayaan negatif yang dapat menghasilkan pemikiran irasional dan perilaku destruktif seperti konflik antargenerasi dan panggilan nama. Seperti bentuk prasangka lainnya, ageism terjadi karena adanya mitos dan stereotip tentang sekelompok orang yang berbeda dari kita. (Williams, 2012)

Penuaan: Mitos Versus Fakta

MITOS: ORANG DEWASA YANG LEBIH TUA...

1. Hampir semuanya sama.
2. Umumnya sendirian dan kesepian.
3. Cenderung sakit, lemah, dan bergantung pada orang lain.
4. Sering mengalami gangguan kognitif.
5. Menderita depresi.
6. Menjadi lebih sulit dan kaku seiring bertambahnya usia.
7. Hampir tidak dapat mengatasi penurunan yang tak terelakkan terkait dengan penuaan.

FAKTA ORANG DEWASA YANG LEBIH TUA

1. Merupakan kelompok usia yang sangat beragam.
2. Biasanya menjaga hubungan dekat dengan keluarga.
3. Biasanya hidup mandiri.
4. Mungkin mengalami penurunan kemampuan intelektual, tetapi biasanya tidak cukup parah untuk menyebabkan masalah dalam kehidupan sehari-hari.
5. Umumnya memiliki tingkat depresi yang dapat didiagnosis lebih rendah ketika mereka tinggal di lingkungan masyarakat, jika dibandingkan dibandingkan dengan orang dewasa yang lebih muda.
6. Cenderung mempertahankan kepribadian yang konsisten di seluruh sepanjang rentang hidup.
7. Biasanya dapat menyesuaikan diri dengan baik terhadap tantangan penuaan.

Dimodifikasi dari American Psychological Association. Dicitak ulang dengan izin. <http://www.apa.org/pi/aging/olderadults.pdf>.

1.6 Diskriminasi Usia

Diskriminasi usia tidak hanya menyangkut emosi, tetapi juga tindakan; orang dewasa yang lebih tua diperlakukan secara berbeda hanya karena usia mereka. Contoh diskriminasi usia termasuk menolak mempekerjakan orang yang lebih tua, tidak menyetujui mereka untuk mendapatkan pinjaman rumah, dan membatasi jenis atau jumlah perawatan kesehatan yang mereka terima. Diskriminasi berdasarkan usia adalah ilegal. Beberapa lansia menanggapi diskriminasi usia dengan penerimaan yang pasif, sementara yang lain bersatu untuk menyuarakan hak-hak mereka.

Kenyataan dari menjadi tua adalah tidak ada yang tahu seperti apa jadinya sampai hal itu terjadi. Namun, itulah sifat alamiah dari kehidupan-tumbuh menjadi tua hanyalah kelanjutan dari sebuah proses yang dimulai sejak lahir. Lansia pada dasarnya tidak berbeda dengan orang yang lebih muda. Kondisi fisik, keuangan, sosial, dan politik dapat berubah, tetapi pada dasarnya manusia tetap sama. Usia lanjut digambarkan sebagai tahap kehidupan yang "lebih dari itu" karena beberapa karakteristik kepribadian mungkin tampak menguat. Lansia bukanlah kelompok yang homogen. Mereka berbeda dengan kelompok usia lainnya. Mereka adalah individu yang unik dengan nilai-nilai, keyakinan, pengalaman, dan kisah hidup yang unik. Karena usia mereka yang sudah lama, cerita mereka lebih panjang dan seringkali jauh lebih menarik daripada cerita orang yang lebih muda.

Penuaan bisa menjadi pengalaman yang membebaskan. Penuaan tampaknya mengurangi kebutuhan untuk mempertahankan kepura-puraan, dan orang dewasa yang lebih tua mungkin akhirnya cukup nyaman untuk mengungkapkan orang yang sebenarnya yang telah ada di balik fasad. Jika seseorang pada dasarnya baik hati dan peduli sepanjang hidupnya, ia umumnya akan mengungkapkan lebih banyak karakteristik pribadi yang positif ini dari waktu ke waktu. Demikian juga, jika seseorang kikir atau tidak baik, dia akan sering mengungkapkan lebih banyak karakteristik kepribadian negatif ini seiring bertambahnya usia. Semakin sukses seseorang dalam memenuhi tugas-tugas perkembangan kehidupan, semakin besar kemungkinan ia akan berhasil menghadapi penuaan. (DR. David Lewis, 2008)

1.7 Dampak Dari Anggota Keluarga Yang Menua Dalam Keluarga

Keluarga sedang mengalami perubahan yang signifikan dalam masyarakat kita. Banyak faktor, termasuk meningkatnya angka perceraian, orang tua tunggal, dan populasi yang berpindah-pindah, menciptakan struktur keluarga yang kurang stabil dan kurang dapat diprediksi. Keluarga campuran, keluarga besar, dan keluarga terpisah, semuanya menghadirkan tantangan. Selain perubahan-perubahan sosial tersebut, perubahan demografis yang telah dibahas sebelumnya juga telah dan akan terus memberikan dampak yang baru dapat kita rasakan.

Perubahan Demografis yang Mempengaruhi Keluarga

1. Rentang hidup yang lebih panjang menyebabkan lebih banyak anggota keluarga yang berusia lanjut.
2. Semakin banyak orang yang hidup dengan kondisi kronis dan membutuhkan perawatan atau bantuan.
3. Jumlah orang di generasi muda menurun secara proporsional dengan jumlah anggota yang lebih tua.
4. Jumlah janda yang tidak siap untuk memenuhi kebutuhannya sendiri semakin banyak dan membutuhkan bantuan.
5. Peran perempuan sedang berubah. Karena semakin banyak perempuan yang harus bekerja di luar rumah, banyak dari mereka yang berusaha untuk memenuhi tuntutan orang tua, rumah, anak-anak, dan tempat kerja mereka.

Keluarga-keluarga saat ini menghadapi situasi yang belum pernah terjadi sebelumnya dalam sejarah. Karena perpanjangan masa hidup, tidak jarang ada empat atau lima generasi dalam satu keluarga yang hidup dalam satu waktu. Sampai saat ini, hal ini belum pernah terjadi. Dengan menggunakan 20 tahun sebagai generasi tipikal, sebuah keluarga mungkin menyerupai keluarga seperti yang dijelaskan pada Tabel 1-2. Jika waktu generasi kurang dari 20 tahun, lebih banyak generasi yang mungkin hidup pada waktu yang sama.

Tabel 1.2. Keluarga

Usia (TAHUN)	GENERASI
80+	Orang tua
60+	Anak
40+	Cucu
20+	Cicit
Kurang dari 20	Cicit- Cicit

Diperkirakan 80% lansia yang membutuhkan perawatan akan menerima bantuan dari keluarga mereka. Masalah yang dihadapi dalam situasi seperti itu bisa sangat berbeda, tergantung pada usia masing-masing anggota keluarga. Di beberapa keluarga, "anak-anak" yang berusaha memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang paling tua kemungkinan besar berusia lebih dari 65 tahun. Mereka mungkin memiliki masalah kesehatan sendiri yang membuat pengasuhan menjadi sulit atau tidak praktis.

Anggota keluarga paruh baya sering kali menjadi pengasuh. Generasi berusia 40-an dan awal 50-an kadang-kadang disebut generasi "sandwich" karena anggotanya terjebak di tengah-tengah-mencoba bekerja, membesarkan anak-anak mereka sendiri, dan mungkin memberikan bantuan kepada satu atau dua generasi anggota keluarga yang menua. Terkadang, mereka juga mencoba membantu membesarkan cucu dengan memberikan bantuan finansial atau fisik.

Meskipun tuntutan finansial, psikologis, dan fisik dalam membantu kerabat yang menua mempengaruhi semua anggota keluarga, perempuan cenderung menjadi yang paling terpengaruh. Diperkirakan 66% pengasuh di Amerika Serikat adalah perempuan (Kotak 1-5). Biasanya, anak laki-laki berkontribusi secara finansial, tetapi beban perawatan emosional dan fisik yang paling berat ditanggung oleh anak perempuan. Diperkirakan bahwa seiring dengan bertambahnya usia, perempuan akan menghabiskan lebih banyak waktu untuk merawat orang tua mereka dibandingkan dengan waktu yang mereka habiskan untuk merawat anak-anak mereka.

Pengasuh di Amerika Serikat

1. Usia rata-rata pengasuh adalah 48 tahun.
2. 72% pengasuh merawat orang tua, orang tua tiri ibu mertua, atau ayah mertua.- 66% pengasuh adalah perempuan; 34% merawat 2 orang atau lebih orang.
3. Hampir 17% pekerja Amerika berfungsi sebagaipengasuh.
4. 70% pengasuh yang bekerja melaporkan kesulitan yang berhubungan dengan pekerjaan kesulitan terkait pekerjaan, seperti harus mengatur ulang jadwal kerja, mengurangi jam kerja, atau mengambil cuti yang tidak dibayar.

Keluarga berusaha membantu anggota keluarga yang lanjut usia dengan berbagai cara. Jika lansia dapat hidup sendiri, keluarga dapat membantu dengan sering mengunjungi dan membantu transportasi ke tempat belanja dan janji temu dengan dokter. Ada pula yang menyiapkan makanan, membantu membersihkan rumah, dan melakukan perbaikan rumah. Menjalankan dua rumah tangga dan mencoba untuk mempertahankan keduanya dapat melelahkan secara mental dan fisik, tetapi banyak yang bersedia membantu orang yang mereka cintai dengan cara apa pun yang mereka bisa. Krisis keluarga dapat terjadi ketika orang yang sudah lanjut usia tidak lagi dapat hidup sendiri. Keputusan-keputusan penting harus diambil. Sebagian besar keluarga menemukan bahwa tidak ada solusi yang sempurna. Dua pilihan yang paling umum adalah membawa orang tua yang sudah lanjut usia ke rumah salah satu anak atau menempatkan orang tua tersebut di fasilitas perawatan jangka panjang. Ada masalah dan kekhawatiran dengan kedua pilihan ini. Sangatlah penting bagi keluarga yang mengambil keputusan sulit ini untuk mempertimbangkan banyak faktor. Jumlah perawatan yang dibutuhkan oleh orang tua; ketersediaan anggota keluarga yang bersedia dan mampu; jumlah ruang yang tersedia di rumah anak; beban keuangan dan emosional tambahan dari anggota rumah tangga tambahan; keinginan orang tua, anak, dan keluarga anak; dan dinamika antarpribadi di dalam keluarga harus dipertimbangkan sebelum keputusan dibuat. (Forster, 2003)

DAFTAR PUSTAKA

- Williams, P. (2012). *Basic Geriatric Nursing 6 Edition*. California: Elsevier.
- Forster, E. b. (2003). *Aged Care Nursing A Guide to Practice*. Melbourne: AUSMED PUBLICATIONS.
- Nair, B. K. (2018). *Geriatric Medicine A Problem-Based Approach*. Singapore : Springer.
- DR. David Lewis, E. (2008). *Organization Design for Geriatrics: An Evidence Based Approach*. RGP's Of Ontario.

BAB 2

TEORI PENUAAN DAN ISU TERKAIT KESEHATAN LANSIA

Oleh Sarma Eko Natalia Sinaga

2.1 Teori Penuaan

2.1.1 Teori Biologi

Teori biologi menjelaskan informasi tentang bagaimana penuaan terjadi pada tingkat molekuler dalam sel, jaringan, dan sistem tubuh; bagaimana hubungan pikiran-tubuh memengaruhi penuaan; proses biokimia apa yang memengaruhi penuaan; dan bagaimana kromosom seseorang memengaruhi keseluruhan proses penuaan (Mauk, 2016). Menurut para ahli teori biologi dapat dibagi menjadi beberapa bagian :

1. Teori Genetik

- a. **Teori Genetic Lock** : Tubuh memiliki jam biologis yang mengendalikan gen dan menentukan seberapa cepat seseorang menua. Biasanya, setiap inti sel spesies mengandung jam biologis dan genetik yang unik, dan masing-masing memiliki batas usia yang dirotasi berdasarkan duplikat tertentu (Nugroho, 2006). Hayflick dengan teori program penuaan, yang menyatakan bahwa salah satu teori pertama yang berkaitan dengan genetika. Menurut teori ini, rentang hidup manusia ditentukan oleh program genetika yang dikenal sebagai jam biologis, yang memberi manusia rentang hidup maksimal sekitar 110 tahun (Hayflick, 1965). DNA organisme memiliki kode penuaan yang diprogram secara genetik yang ada di setiap sel, atau mungkin di seluruh tubuh (Slagboom, Bastian, Beekman, Wendendorf, & Meulenbelt, 2000).
- b. **Teori Mutasi Somatik** : Menurut teori ini, penuaan terjadi akibat sel-sel mengakumulasi kesalahan dalam produksi protein RNA dan DNA, yang menyebabkan

kematian sel. Kesalahan dengan perubahan seluler yang terjadi dapat disebabkan oleh kejadian acak dan faktor lingkungan. Paparan radiasi sinar-X yang besar menyebabkan masalah kromosom. Penuaan tidak akan terjadi jika elemen-elemen berbahaya seperti radiasi dan "kesalahan" terkaitnya, seperti infeksi dan gangguan regulasi, tidak ada (Mauk, 2016).

2. Teori Nongenetik

- a. **Teori penurunan system imun tubuh (*auto-immune theory*)** : Sistem imun pada orang lansia mengalami penurunan. Kelenjar timus menyusut dan kehilangan kapasitas fungsionalnya. Pada usia 30 tahun, kadar hormon timus mulai menurun, dan pada usia 60 tahun, kadar tersebut hilang sama sekali. Kelenjar timus sering kali mulai mengalami involusi pada usia sekitar lima puluh tahun. Kanker dan infeksi lebih umum terjadi pada orang tua. Diferensiasi sel T hilang, menyebabkan tubuh salah melihat sel-sel tua yang tidak biasa sebagai sel asing dan melancarkan serangan terhadap sel-sel tersebut (Williams, 1995). Sistem imun manusia adalah jaringan sel yang kompleks dan organ yang berfungsi secara terpisah dan bersama-sama untuk melindungi tubuh dari zat asing, seperti bakteri. Sistem ini sangat bergantung pada pelepasan hormon. Dalam istilah yang paling sederhana, limfosit B (humoral) dan T (seluler) yang secara khusus melindungi tubuh dari infeksi invasif atau zat lain yang dianggap asing, seperti transplantasi jaringan atau organ. Penelitian pada hewan telah menunjukkan bahwa sel-sel sistem imun menjadi lebih beragam seiring bertambahnya usia dan dengan cara yang dapat diprediksi mengalami kehilangan sebagian kemampuannya untuk mengatur diri sendiri. Limfosit T menunjukkan lebih banyak tanda-tanda "penuaan" daripada limfosit B. Penurunan sel T dianggap bertanggung jawab atas percepatan perubahan terkait usia yang disebabkan oleh reaksi autoimun di mana tubuh menyerang dirinya sendiri; sel-sel yang sehat

disalahartikan sebagai zat asing dan diserang (Hansbrough, 2010).

- b. **Teori kerusakan akibat radikal bebas (*free radical theory*)** : Selain dihasilkan oleh metabolisme normal, reaksi radiasi, reaksi berantai dengan radikal bebas lainnya, dan oksidasi beberapa kontaminasi lingkungan seperti ozon, pestisida, dan polutan udara, radikal bebas adalah molekul yang sangat tidak stabil dan reaktif. Radikal bebas berinteraksi dan menghancurkan komponen biologis seperti lipid, protein, dan asam nukleat dengan cepat karena tingkat reaktivitasnya yang tinggi. Menurut teori radikal bebas, kerusakan tertentu tidak dapat dihindari dan memburuk seiring bertambahnya usia, meskipun sebagian besar organisme memiliki beberapa mekanisme pertahanan antioksidan (Miller, 2012).
- c. **Teori menua akibat metabolisme (*caloric restriction theory*)** : Teori pembatasan kalori didasarkan pada sejumlah penelitian pada hewan ditemukan bahwa mengurangi asupan kalori antara 30% dan 40% merupakan satu intervensi yang dapat meningkatkan harapan hidup, termasuk peningkatan kemampuan untuk melindungi sel, peningkatan ketahanan terhadap stres. Tetapi pengurangan asupan kalori dengan nilai gizi yang rendah juga dapat menghambat pertumbuhan (Barzilai & Bartke, 2009).
- d. **Teori rantai silang (*cross link theory*)** : Menurut teori ikatan silang, kesalahan terakumulasi karena ikatan silang, atau pengerasan, protein dalam sel, yang menyebabkan penuaan. Protein membentuk ikatan dengan glukosa, yang menyebabkannya menebal dan kaku (Marin-Garcia, 2008). Karena kolagen merupakan protein yang paling banyak terdapat di dalam tubuh, di sinilah ikatan silang paling mudah terlihat. Seiring bertambahnya usia, kulit kita yang dulunya lentur, kencang, halus, dan lembut menjadi lebih kering dan kurang elastis. Perubahan serupa dapat diamati pada

sendi yang kaku dan paru-paru, arteri, dan tendon, yang semuanya merupakan komponen utama kolagen (Hansbrough, 2010).

- e. **Teori Fisiologis (*wear and tear theory*)** : August Weismann berpendapat bahwa sel somatik normal memiliki kapasitas terbatas untuk bereplikasi dan berfungsi, dan bahwa jaringan yang memburuk pada akhirnya mengalami penghancuran diri. Teori ini menunjukkan bahwa tubuh dapat disamakan dengan mesin yang seharusnya bertahan lama dalam masa garansi tetapi pada akhirnya akan aus pada tingkat yang dapat diprediksi. Meskipun komponen dapat diganti atau diperbaiki, mesin pada akhirnya akan berhenti bekerja akibat keausan dan tekanan yang signifikan. Mirip dengan mesin, umur tubuh manusia dipengaruhi oleh faktor keturunan dan perawatan yang diterimanya. Di sisi lain, tubuh manusia dapat memperbaiki banyak komponennya sendiri hingga usia lanjut, tidak seperti mesin. Stresor yang merugikan termasuk merokok, pola makan yang buruk, penyalahgunaan alkohol, atau otot yang tegang dapat mempercepat proses penuaan (Weismann, 1890).

2.1.2 Teori Sosiologis

1. **Teori aktivitas atau kegiatan (*activity theory*)** : Teori aktivitas menyatakan bahwa mempertahankan gaya hidup yang sibuk dan aktif sepanjang usia lanjut sangat penting untuk masa pensiun yang memuaskan. Ketidakaktifan mempercepat penuaan dan berdampak buruk pada rasa percaya diri dan kepuasan hidup seseorang (Havighurst, Neugarten, & Tobin, 1964).
2. **Teori kesinambungan (*continuity theory*)** : Menurut teori kontinuitas, kepribadian seseorang sering kali berkembang dengan baik pada saat mereka mencapai usia tua dan cenderung tetap sama sepanjang hidup mereka. Teori kontinuitas mengakui bahwa perbedaan individu menghasilkan respons yang berbeda-beda terhadap

- penuaan. Pola penanganan dan ciri-ciri kepribadian memberikan petunjuk tentang bagaimana individu yang menua akan menyesuaikan diri dengan perubahan dalam kesehatan, lingkungan, atau kondisi sosial ekonomi, serta aktivitas apa yang akan mereka pilih untuk dilakukan (Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., & Tobin, S. S 1968).
3. **Teori Pembebasan/Penarikan diri (*disengagement*)** : Menurut teori pelepasan diri, penuaan adalah penarikan diri atau keterpisahan yang tak terelakkan dan saling terkait yang menyebabkan berkurangnya hubungan antara orang yang menua dan orang lain dalam sistem sosial tempat ia menjadi bagiannya. Teori pelepasan diri menyatakan bahwa untuk menjaga keseimbangan sosial, masyarakat dan orang tua berpartisipasi dalam proses penarikan diri yang saling menguntungkan. Proses ini tak terelakkan dan secara sistematis, dan dikendalikan oleh tuntutan masyarakat daripada keinginan pribadi. Selain itu, orang lanjut usia ingin menunjukkan diri mereka dengan caranya dan merasa senang saat melakukannya. Seiring berkurangnya jumlah, sifat, dan keragaman kontak sosial orang tua, pelepasan diri menjadi proses melingkar yang semakin membatasi peluang untuk berinteraksi (Cumming E, Henry W., 1961).
 4. **Teori Stratifikasi Usia (*age stratification theory*)** : Teori stratifikasi usia mengakui perubahan timbal balik yang ditimbulkan oleh penuaan dan masyarakat dalam hal perubahan individu, kelompok usia, dan masyarakat. Teori ini juga membahas tentang saling ketergantungan antara orang tua dan masyarakat. Teori ini menekankan konsep-konsep berikut: Kelompok-kelompok orang menjadi dewasa secara sosial, fisiologis, dan mental saat mereka menjalani kehidupan bermasyarakat. Kelompok baru terus-menerus lahir dan masing-masing mengalami sejarah yang unik. Masyarakat dapat dibagi menjadi berbagai strata menurut usia dan peran. Masyarakat itu sendiri terus berubah, seperti halnya orang dan peran mereka di setiap strata usia. Interaksi dinamis terjadi antara penuaan individu dan perubahan sosial. Akibatnya, orang-orang yang menua dan

masyarakat secara luas terus-menerus memengaruhi dan mengubah kelompok-kelompok sosial satu sama lain (Riley et al., 1972).

5. **Teori subkultur (*subculture theory*)** : Menurut teori subkultur, orang lanjut usia memiliki subkultur mereka sendiri karena mereka termasuk dalam suatu komunitas dengan norma, harapan, kepercayaan, dan ritual yang berbeda. Menurut gagasan tersebut, dibandingkan dengan orang-orang dari berbagai usia, orang lanjut usia lebih banyak berinteraksi dalam kelompok usia mereka sendiri dan kurang berintegrasi dengan baik dalam masyarakat pada umumnya (Rose, 1965).

6. **Teori penyesuaian individu dan lingkungan (*person-environment-fit theory*)** : Teori kecocokan orang-lingkungan mempertimbangkan hubungan timbal balik antara kompetensi pribadi dan lingkungan. Menurut teori ini, kompetensi pribadi melibatkan faktor-faktor berikut, yang secara kolektif berkontribusi pada kemampuan fungsional seseorang: kekuatan ego, keterampilan motorik, kesehatan biologis, kapasitas kognitif, dan kapasitas persepsi-sensorik. Lingkungan dipandang dari segi potensinya untuk memunculkan respons perilaku dari orang tersebut. Setiap tingkat kompetensi seseorang, ada tingkat tuntutan lingkungan, atau tekanan lingkungan, yang paling menguntungkan bagi fungsi orang tersebut. Individu dengan tingkat kompetensi yang relatif lebih rendah hanya dapat menahan stres di lingkungan yang ringan, sedangkan mereka yang memiliki tingkat kompetensi yang lebih tinggi dapat menahan tuntutan di lingkungan yang lebih besar. Kita dapat menyimpulkan bahwa dampak terhadap lingkungan meningkat seiring dengan tingkat gangguan yang dialami seseorang (Lawton, 1982). O'Connor dan Vallerand (1994) menggunakan teori Lawton untuk meneliti hubungan antara penyesuaian penghuni panti jompo, motivasi dan lingkungan mereka. Lansia dengan motivasi yang ditentukan sendiri lebih mampu

menyesuaikan diri ketika mereka tinggal di rumah yang menyediakan kesempatan untuk kebebasan dan pilihan, sedangkan penghuni dengan motivasi yang kurang ditentukan sendiri lebih mampu menyesuaikan diri ketika mereka tinggal di lingkungan yang sangat terbatas.

7. **Teori Gerotransendensi (*gerotranscendence theory*)** : Menurut teori ini, seiring bertambahnya usia, proses kognitif lanjut usia berubah dari materialistis dan rasional menjadi selaras dengan alam semesta. Karakteristik transformasi yang berhasil mencakup fokus yang lebih eksternal, menerima kematian yang akan datang tanpa rasa takut, penekanan pada hubungan substantif, rasa keterhubungan dengan generasi sebelumnya dan masa depan, dan kesatuan spiritual dengan alam semesta. Aktivitas dan partisipasi harus merupakan hasil dari pilihan seseorang yang berbeda dari satu orang ke orang lain. Memiliki kendali total atas kehidupan seseorang dalam keadaan apa pun sangat penting bagi penyesuaian usia seseorang secara keseluruhan (Tornstam, L. 1994).

2.1.3 Teori Psikologi

1. **Teori Kebutuhan Manusia (*human need theory*)** :

Menurut Maslow, lima kategori kebutuhan dasar manusia, diurutkan dari terendah hingga tertinggi, adalah kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan dan keamanan, cinta dan rasa memiliki, harga diri, dan aktualisasi diri. Pencapaian kebutuhan tingkat rendah lebih diutamakan daripada kebutuhan tingkat tinggi; aktualisasi diri hanya dapat terjadi jika kebutuhan tingkat rendah terpenuhi sampai tingkat tertentu. Manusia terus memenuhi kebutuhan di antara tingkat-tingkat tersebut tetapi selalu berusaha mencapai tingkat yang lebih tinggi. Teori ini khususnya berlaku untuk lansia karena Maslow menggambarkan orang yang telah mengaktualisasikan diri sebagai manusia yang sepenuhnya matang yang memiliki sifat-sifat yang diinginkan seperti otonomi, kreativitas, kemandirian, dan hubungan interpersonal yang positif (Maslow, 1970).

2. Teori Individual

Jung mendefinisikan kepribadian yang terdiri dari ego atau identitas diri dengan ketidaksadaran pribadi dan kolektif. Ketidaksadaran pribadi adalah perasaan dan persepsi pribadi yang mengelilingi orang-orang penting atau peristiwa kehidupan. Ketidaksadaran kolektif dimiliki oleh semua orang dan mengandung ingatan laten tentang asal usul manusia. Ketidaksadaran kolektif adalah fondasi kepribadian yang di atasnya ketidaksadaran pribadi dan ego dibangun. Kepribadian individu cenderung memandang kehidupan terutama melalui diri sendiri atau melalui orang lain; dengan demikian, kepribadian introver memandang pengalaman dari sudut pandang pribadi, sementara kepribadian ekstrover lebih tertarik pada dunia di sekitar mereka. Jung menyarankan para lansia untuk melakukan "pencarian batin" untuk memastikan pencapaian dan keyakinan mereka seiring bertambahnya usia. Seiring bertambahnya usia, Jung mengusulkan agar orang tua terlibat dalam "pencarian batin" untuk mengkritik keyakinan dan pencapaian mereka. Menurut Jung, penuaan yang sukses adalah menerima masa lalu dan memiliki kemampuan untuk menghadapi kemunduran diri sendiri dan kematian orang-orang penting (Jung, C. G. 1960).

2.2 Isu Terkait Kesehatan Lansia

Timbulnya berbagai macam penyakit dan gangguan multipatologis yang berkaitan dengan proses penuaan dapat mengakibatkan timbulnya *sindrom geriatric*. Sindroma geriatrik dikenal juga dengan istilah "14i" yaitu

1. **Imobilisasi (berkurangnya kemampuan gerak)** : Salah satu komponen terpenting dari fungsi fisiologis adalah mobilisasi, karena diperlukan untuk mempertahankan kemandirian, konsekuensi serius terjadi ketika kemandirian hilang. Bagi lansia, mobilisasi dipengaruhi oleh perubahan terkait usia sampai batas tertentu, tetapi faktor risiko memainkan peran yang jauh lebih besar. Sebagai akibat dari

- bahaya mobilisasi, jatuh dan patah tulang merupakan kejadian sering terjadi di antara lansia (Miller, 2012).
2. ***Instabilitas postural (jatuh dan patah tulang)*** : Para lansia sering mengalami jatuh hingga patah tulang akibat gangguan keseimbangan yang disebabkan oleh gangguan penglihatan, gangguan organ keseimbangan atau sensoris motorik. Hal ini dapat meningkatkan faktor risiko stres fisik dan psikologis pada lansia, termasuk kesedihan, kecemasan, keraguan diri, dan ketakutan terjatuh (Kemenkes RI, 2019).
 3. ***Inkontinesia urin (mengompol)*** : Keluarnya urine secara tidak sengaja yang cukup untuk menimbulkan masalah dikenal sebagai inkontinensia urine (Dowling-Castronovo, 2009). Inkontinensia urine merupakan kondisi lansia yang penting tetapi kurang diperhatikan. Inkontinensia urin dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat karena prevalensinya yang tinggi dan sifatnya yang kronis tetapi dapat dihindari (Lawthorne et al., 2008).
 4. ***Infektion (infeksi)*** : Penyebab utama kematian dan kesakitan pada lansia adalah penyakit infeksi. Lansia dirawat inap biasanya disebabkan oleh infeksi. Sejumlah penyakit kronis, perubahan sistem imun, perubahan fisik (seperti refleks batuk melemah, sirkulasi buruk, dan penyembuhan luka lambat), serta faktor-faktor lainnya dapat menyebabkan infeksi pada lansia. Infeksi paru-paru, saluran kemih, dan kulit merupakan infeksi yang paling umum terjadi pada populasi lansia. Gejala dan indikator infeksi pada lansia biasanya tidak jelas. Pneumonia merupakan kondisi infeksi yang paling umum dan mengakibatkan kematian. Prevalensi pneumonia cukup tinggi pada lansia. Jenis infeksi tertinggi lainnya di antara lansia adalah infeksi saluran kemih (Kemenkes R.I., 2015).
 5. ***Impairment of senses (gangguan fungsi panca indera)*** : Perubahan fungsi sensoris (penglihatan, pendengaran, perasa, penciuman, dan perasaan perifer) umum terjadi dalam proses penuaan. Kualitas hidup lansia dapat berkurang karena perubahan sensoris ini yang berdampak buruk pada kapasitas mereka untuk berinteraksi dengan

lingkungannya. Misalnya, gangguan penglihatan atau pendengaran dapat memengaruhi literasi/pemahaman kesehatan lansia dan membuat mereka lebih sulit minum obat dengan tepat (Pattillo, 2004).

6. **Inanition (gangguan gizi/malnutrisi)** : Malnutrisi didefinisikan sebagai kondisi di mana kekurangan, kelebihan atau ketidakseimbangan energi, protein, dan zat gizi lainnya menyebabkan efek buruk pada bentuk tubuh, fungsi, dan hasil klinis (Ahmed & Haboubi, 2010). Malnutrisi pada orang lanjut usia merupakan masalah serius bagi petugas kesehatan di mana-mana. Infeksi, dekubitus, anemia, hipotensi, penurunan fungsi kognitif, patah tulang pinggul, dan peningkatan mortalitas dan morbiditas hanyalah beberapa dari efek serius malnutrisi. Orang dewasa yang kekurangan gizi pulih dari penyakit 40% lebih lambat, memiliki masalah dua hingga tiga kali lebih banyak, dan menghabiskan 90% lebih banyak waktu di rumah sakit (Haber, 2010).
7. **Iatrogenic (masalah akibat tindakan medis)** : Istilah "farmakodinamika" menggambarkan bagaimana obat berinteraksi dengan tubuh. Reaksi tubuh terhadap obat berubah atau menjadi tidak konsisten seiring bertambahnya usia. Meskipun tidak selalu dapat dijelaskan perubahan respons, beberapa mekanismenya diketahui. Misalnya, proses penuaan menyebabkan penurunan respons terhadap stimulator dan penghambat reseptor beta-adrenergik; penurunan sensitivitas baroreseptor; dan peningkatan sensitivitas terhadap sejumlah obat, terutama antikolinergik, obat antidepresan, analgesik narkotik, antikoagulan dan obat jantung (Briggs, 2005).
8. **Insomnia (gangguan tidur)** : Insomnia didefinisikan sebagai gangguan keluhan tidur dimana memiliki kesempatan dan keadaan yang mencukupi untuk tidur (Bloom et al., 2009). Lansia lebih mungkin mengalami insomnia, dan ada banyak penyebab perilaku dan fisiologis untuk kondisi ini. Obat, baik yang diresepkan ataupun yang dijual bebas, dapat mengganggu tidur. 10% hingga 15%

kejadian insomnia diperkirakan terkait dengan penggunaan obat-obatan dan alkohol (Ham et al., 2007).

9. ***Intellectual impairment (gangguan fungsi kognitif)*** : Fungsi kognitif meliputi persepsi, memori, dan berpikir, proses yang digunakan seseorang untuk mempersepsi, mengenali, mencatat, menyimpan, dan menggunakan informasi (Foreman & Vermeersch, 2004). Penurunan fungsi kognitif merupakan ciri khas penuaan namun, sebagian besar penurunan ini tidak bersifat patologis. Contoh perubahan nonpatologis meliputi berkurangnya kemampuan untuk mempelajari informasi yang kompleks, waktu respons yang tertunda, dan sedikit kehilangan memori terkini; penurunan terlihat ketika mengerjakan tugas-tugas yang kompleks atau tugas yang segera harus diselesaikan (McEvoy, 2001).
10. ***Isolation (menarik diri)*** : Pada lansia, kesepian sering kali menimbulkan masalah besar. Kesepian pada lansia dapat dikurangi atau dihilangkan sepenuhnya melalui keterlibatan sosial dengan orang lain melalui berbagi pengalaman dan kegiatan kelompok. Pendekatan kultural sangat penting karena dapat membantu menciptakan solusi yang sejalan dengan nilai-nilai individu (Kementrian Kesehatan RI, 2021).
11. ***Impecunity (berkurangnya kemampuan keuangan)*** : Secara umum, pensiun dikaitkan dengan usia lanjut di masyarakat; artinya, usia lanjut dikaitkan dengan kemampuan untuk berhenti bekerja dan menikmati masa tua. Kenyataannya, pensiun bukanlah hal yang pasti bagi lansia. Lansia harus tetap bekerja karena berbagai alasan, termasuk kewajiban kontrak, kewajiban finansial, atau sekadar aktualisasi diri. Sebagian besar lansia tidak memiliki sumber penghasilan tetap, dan mereka yang memilikinya cenderung bekerja di sektor informal dengan gaji yang pas-pasan (Eka Afrina Djamhari, 2020).
12. ***Impaction of feces (konstipasi)*** : Fungsi usus pada lansia, mengalami sedikit perubahan fisiologis dengan bertambahnya usia, dapat menjadi sumber kekhawatiran

dan masalah yang berpotensi serius, terutama bagi lansia yang mengalami gangguan fungsi usus. Konstipasi merupakan gambaran dari kebiasaan buruk, tertundanya pengeluaran tinja, dan banyak penyakit kronis, baik fisik maupun psikologis, serta efek samping umum dari pengobatan (Hansbrough, 2010).

13. *Immune deficiency* (gangguan sistem imun) : Penurunan sistem imun seiring bertambahnya usia membuat lansia lebih rentan terhadap penyakit. Ada hubungan antara penurunan fungsi imun dan peningkatan respons autoimun tubuh. Ketika autoimunitas terjadi, tubuh bereaksi terhadap dirinya sendiri dan menghasilkan antibodi sebagai respons terhadap komponennya sendiri, yang meningkatkan kerentanan orang lanjut usia terhadap penyakit autoimun (Effros, R. B. 2009).

14. *Impotensi* (gangguan fungsi seksual) : Disfungsi ereksi, yang didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk mencapai atau mempertahankan ereksi yang cukup untuk fungsi seksual yang memuaskan, adalah istilah yang telah digunakan untuk menggantikan istilah impotensi. Meskipun disfungsi ereksi bukan satu-satunya jenis disfungsi seksual pria, disfungsi ereksi adalah jenis yang paling banyak dipelajari dan paling banyak ditemukan, hal itu dapat terlihat dari tersedianya obat-obatan, seperti Viagra, dan liputan media tentang obat-obatan ini yang terus berlanjut hingga saat ini. Jenis disfungsi seksual pria lainnya termasuk masalah ejakulasi dan hasrat yang menurun. Meskipun masalah ini lebih terkait erat karena faktor risiko daripada dengan penuaan normal, tetapi prevalensinya meningkat seiring bertambahnya usia (Miller, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed, T., & Haboubi, N. 2010. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 207–216. <https://doi.org/10.2147/cia.s9664>
- Briggs GC. 2005. Geriatric issues. In Younkin E, Sawin KJ, Kissinger J, et al, editors: *Pharmacotherapeutics: a primary care guide*, Upper Saddle River, NJ, , Prentice-Hall.
- Barzilai, N., & Bartke, A. 2009. Biological approaches to mechanistically understand the healthy life span extension achieved by calorie restriction and modulation of hormones. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(2), 187–191. <https://doi.org/10.1093/gerona/gln061>
- Bloom, H. G., Ahmed, I., Alessi, C. A., Ph, D., Buysse, D. J., Kryger, M. H., Phillips, B. A., Thorpy, M. J., Vitiello, M. V, Ph, D., Zee, P. C., & Ph, D. 2009. *NIH Public Access*. 57(5), 761–789.
- Cumming, E., & Henry, W. 1961. *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Dowling-Castronovo, A. 2009. Urinary incontinence assessment in older adults: Part II - Established urinary incontinence. *Annals of Long-Term Care*, 17(3), 40–41. <https://doi.org/10.1007/s00345-009-0485-y>.Lemack
- Eka Afrina Djamhari, D. 2020. *Laporan Riset 2020*.
- Effros, R. B. 2009. The immunological theory of aging. In V. L. Bengtson, M. Silverstein, N. M. Putney, & D. Gans (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2nd ed., pp. 163–177). New York: Springer Publishing Co.
- Foreman, M. D., & Vermeersch, P. E. H. 2004. Measuring cognitive status. In M. Frank-Stromborg & S. J. Olsen (Eds.), *Instruments for clinical health care research* (3rd ed., pp. 100–127). Sudbury, MA: Jones and Bartlett. Evidence Level I.

- Havighurst, R.J., Neugarten, B.L. and Tobin, S.S., 1964. *Disengagement, personality and life satisfaction in the later years*. University of Chicago.
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., & Tobin, S. S. 1968. Disengagement and patterns of aging. In B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*(pp. 67–71). Chicago: University Press.
- Hayflick, L. 1965. The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research*, 37(3), 614–636. [https://doi.org/10.1016/0014-4827\(65\)90211-9](https://doi.org/10.1016/0014-4827(65)90211-9)
- Ham R, Sloane P, Warshaw G, et al 2007. *Primary care geriatrics: a casebased approach*, ed 4, St. Louis, , Mosby/Elsevier
- Haber D. 2010. *Health promotion and aging*, ed 5, New York, Springer
- Hansbrough, B. 2010. Ebersole And Hess' Gerontological Nursing and Healthy Aging. In *AORN Journal* (Vol. 92, Issue 4). <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.07.003>
- Jung, C. G. 1960. The structure and dynamics of the psyche. Collected works. (Vol. VIII). Oxford, England:Pantheon.
- Kemenkes R.I. 2015. Permenkes No. 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Pusat Kesehatan Masyarakat. *Kementerian Kesehatan Indonesia*, 16, 89.
- Kemenkes RI. 2019. *SINDROM-GERIATRI.pdf*.
- Kementrian Kesehatan RI. 2021. Ind p. *Kepmenkes RI*, 70.
- Lawton, M. P. 1982. Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In M. P. Lawton, P. G. Windley, & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 33–59). New York: Springer.
- Lawhorne L, Ouslander J, Parmelee P, et al. 2008. Urinary incontinence: a neglected geriatric syndrome in nursing facilities, *J Am Med Dir Assoc* 9(1):9–35.
- Maslow, A. H. 1970. Motivation amd Personality. *Harper & Row*, 369.
- McEvoy, C. L. 2001. Cognitive changes in aging. In M .D. Mezey (Ed.), *The encyclopedia of elder care* (pp. 139–141), New York, NY: Springer Publishing. Evidence Level VI.

- Marin-Garcia J. 2008. *Aging and the heart: a post genomic view*, ed 1, New York, Springer.
- Mauk, K. L. 2016. *Gerontological Nursing COMP ETENCIAS FOR CARE* (Vol. 4, Issue 1).
- Miller, C. A. 2012. *Nursing for Wellness in Older Adults* (sixth). Lippincott Williams & Wilkins.
- Nugroho, Wahyudi. 2006. *Keperawatan Gerontik & Geriatri*. Jakarta : EGC
- O'Connor, B. P., & Vallerand, R. J. 1994. Motivation, self-determination, and person-environment fit as predictors of psychological adjustment among nursing home residents. *Psychology and Aging*, 9(2), 189–194
- Pattillo, M. M. 2004. Geriatric Nursing Protocols for Best Practice, 2nd Ed. In *The Journal of Continuing Education in Nursing* (Vol. 35, Issue 6). <https://doi.org/10.3928/0022-0124-20041101-12>.
- Rose, A. M. 1965. The subculture of the aging: A framework for research in social gerontology. In A. M. Rose & W. Peterson (Eds.), *Older people and their social worlds*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Riley, M. W., Johnson, M., & Foner, A. 1972. Elements in a model of age stratification. In *Aging and Society: A Sociology of Age Stratification* (pp. 3–26). <https://books.google.com.sg/books?id=-g6GAwAAQBAJ>
- Slagboom, P., Bastian, T., Beekman, M., Wendendorf, R., & Meulenbelt, I. 2000. Genetics of human aging. *Annals of the New York Academy of Science*, 908, 50–61.
- Tornstam, L. 1994. Gerotranscendence: A theoretical and empirical exploration. In L. E. Thomas & S. A. Eisenhandler (Eds.), *Aging and the religious dimension* (pp. 203–226). Westport, CT: Greenwood.
- Weismann, A. 1890. ©1890 Nature Publishing Group.
- Williams, M. 1995. *The American Geriatric Society's complete guide to aging and health*. New York: Harmony Books.

BAB 3

MASALAH KESEHATAN LANSIA

Oleh Risdiana Melinda Naibaho

3.1 Pendahuluan

Proses penuaan penduduk (*ageing population*) adalah perubahan yang tidak dapat dihindari. Dampak dari keberhasilan Pembangunan khususnya bidang Kesehatan telah berkontribusi terhadap peningkatan usia angka harapan hidup (AHH) di Indonesia termasuk dengan bertambahnya jumlah penduduk lanjut usia (lansia).

Peningkatan angka harapan hidup saat lahir berkontribusi terhadap peningkatan jumlah penduduk lanjut usia. Secara global, setiap negara di dunia telah mengalami peningkatan angka harapan hidup yang signifikan sejak tahun 1950. Pada tahun 2015, jumlah penduduk berusia 60 tahun ke atas mencapai 12,3 persen dari populasi global dan pada tahun 2050 jumlah tersebut diproyeksikan melonjak hampir 22 persen. Menariknya, sebagian besar proyeksi pertumbuhan penduduk lanjut usia diperkirakan terjadi di negara-negara berkembang (UNFPA 2016)

Proses penuaan penduduk (*proces ageing population*) Sejak tahun 2021, Indonesia telah memasuki struktur penduduk tua (*ageing population*), di mana sekitar 1 dari 10 penduduk adalah lansia. Fenomena *ageing population* bisa menjadi bonus demografi kedua, yaitu ketika proporsi lansia semakin banyak tetapi masih produktif dan dapat memberikan sumbangan bagi perekonomian negara (Heryanah, 2015). Akan tetapi, lansia dapat menjadi tantangan pembangunan ketika tidak produktif dan menjadi bagian dari penduduk rentan.

Data Susenas Maret 2023 memperlihatkan sebanyak 11,75 persen penduduk adalah lansia dan dari hasil proyeksi penduduk didapatkan rasio ketergantungan lansia sebesar 17,08. Artinya, setiap 100 orang penduduk usia produktif (umur 15-59 tahun) menanggung sekitar 17 orang lansia. Lansia perempuan lebih

banyak daripada laki-laki (52,82 persen berbanding 47,72 persen) dan lansia di perkotaan lebih banyak daripada perdesaan (55,35 persen berbanding 44,65 persen). Sebanyak 63,59 persen lansia tergolong lansia muda (60-69 tahun), 27,76 persen lansia madya (70-79 tahun), dan 8,65 persen lansia tua (80 tahun ke atas). Yogyakarta adalah provinsi dengan proporsi lansia terbesar (16,69 persen), disusul Jawa Timur dan Jawa Tengah. (BPS, 2023).

Dari sisi kesehatan, sekitar dua dari lima (41,49 persen) lansia mengalami keluhan kesehatan selama sebulan terakhir dengan angka morbiditas lansia sebesar 19,72 persen. Keluhan kesehatan yang dicatat pada Susenas Maret 2023 mencakup gangguan yang sering dialami seperti panas, batuk, pilek, diare, sakit kepala, maupun keluhan yang disebabkan oleh penyakit menahun, disabilitas, kecelakaan, atau keluhan kesehatan lainnya. Adapun angka morbiditas atau angka kesakitan lansia dihitung berdasarkan lansia yang mengalami keluhan kesehatan dan terganggu aktivitasnya sehari-hari. Kondisi kesehatan lansia merupakan cerminan dari gaya hidupnya, misalnya kebiasaan merokok. Hampir seperempat (23,92 persen) lansia masih merokok dalam sebulan terakhir dan sebagian besar di antaranya masih merokok setiap hari.

Usia lansia merupakan kelompok yang rentan dimana fase ini dengan semakin bertambahnya usia kemungkinan seseorang cenderung mengalami kemunduran fisik, mental bahkan dapat mempengaruhi hubungan social di Masyarakat. akan mengalami berbagai permasalahan kesehatan akibat proses kemunduran fungsi tubuh yang terjadi secara bertahap yang berujung pada kerusakan jaringan atau organ.

3.2 Masalah Kesehatan Lansia

Seiring dengan bertambahnya usia pada lansia proses kemunduran fisik dan psikologis akan cenderung beberapa penyakit degeneratif akan bermunculan, beberapa lansia sering menghadapi berbagai masalah kesehatan yang dapat memengaruhi kualitas hidup mereka. Beberapa masalah kesehatan umum pada lansia meliputi:

1. Penyakit Kronis: Seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung.
2. Masalah Kognitif: Demensia dan Alzheimer, yang memengaruhi memori dan fungsi otak.
3. Masalah Mobilitas: Osteoporosis dan artritis yang dapat menyebabkan nyeri dan kesulitan bergerak
4. Gangguan Mental: Depresi dan kecemasan, yang sering kali terabaikan.
5. Nutrisi: Masalah pencernaan dan kurangnya asupan gizi yang cukup.
6. Sensori: Penurunan penglihatan dan pendengaran yang dapat mengganggu kualitas hidup.

3.2.1 Hipertensi

1. Defenisi

Tekanan darah tinggi, atau hipertensi (HTN), yaitu Hipertensi terjadi jika tekanan darah secara konsisten mencapai 140/90 mmHg atau lebih. tekanan darah di atas 140/90 dianggap hipertensi. Angka teratas, tekanan sistolik, adalah tekanan tertinggi di arteri saat jantung berdetak dan mengisi arteri. Angka yang lebih rendah, tekanan diastolik, adalah tekanan terendah di arteri saat jantung berelaksasi di antara detak jantung. (Kaplan, 2015).

2. Klasifikasi Hipertensi

Hipertensi dapat ditegakkan bila tekanan darah >140/90 mmHg. Tingkatan hipertensi ditentukan berdasarkan ukuran tekanan darah sistolik dan diastolik. Berdasarkan *The Joint National Committee (JNC VII) on "Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure"*, tekanan darah dikategorikan menjadi:

Tabel 3.1. Klasifikasi Hipertensi

NO	Klasifikasi	Tekanan Darah	
		Sistolik	Diastolik
1	Normal	< 120	<80
2	Pre hipertensi	120-139	80-89
3	Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
4	Hipertensi derajat 2	≥160	≥100
5	Hipertensi emergensi	>180	>120 dengan kerusakan target organ

Sumber: The Joint National Committee (JNC VII)

3. Tanda dan Gejala Hipertensi

Menurut Aspiani tahun 2021, secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut:

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
- d. Berdebar atau detak jantung terasa cepat
- e. Telinga berdenging

Sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa:

- a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.

e. Faktor yang Mempengaruhi terjadinya Resiko Hipertensi pada Lansia antara Lain :

1) Usia

Frekuensi hipertensi yang meningkat seiring bertambahnya usia merupakan bagian dari proses penuaan alami, dipengaruhi oleh berbagai faktor eksternal. Hal ini berkaitan dengan perubahan dalam struktur dan fungsi jantung serta pembuluh darah. Seiring bertambahnya usia, dinding ventrikel kiri dan corpus callosum mengalami penebalan, sementara elastisitas pembuluh darah menurun. Aterosklerosis juga meningkat, terutama pada individu dengan gaya hidup tidak sehat, yang menyebabkan peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik. Lansia sangat rentan terhadap hipertensi, dan semakin tua usia seseorang, semakin buruk pula kemampuan kerja dan fungsi jantungnya. Dengan bertambahnya usia, tekanan darah cenderung meningkat, dinding arteri menebal akibat akumulasi kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah secara perlahan menyempit dan menjadi kaku. Proses penuaan juga menyebabkan perubahan fisiologis, seperti meningkatnya resistensi perifer dan aktivitas sistem saraf simpatis. (Riyada, 2024).

Usia merupakan faktor yang tidak dapat diubah. Secara umum, resiko terkena hipertensi meningkat dengan seiring bertambahnya usia, ini dapat disebabkan karena struktur pembuluh darah berubah, seperti penyempitan lumen dan terjadinya kekakuan di dinding pembuluh darah, yang menyebabkan tekanan darah meningkat, Sari, 2017.

2) Faktor Keturunan

Hipertensi sering dijumpai pada individu yang memiliki riwayat keluarga dengan kondisi serupa, dengan prevalensi antara 15 hingga 35 persen. Hukum Mendel menjelaskan bahwa mutasi gen dapat berkontribusi pada terjadinya hipertensi. Namun, penyakit ini biasanya tidak memberikan wawasan yang signifikan mengenai mekanisme pengaturan tekanan darah dan potensi dasar genetik dari hipertensi esensial, menurut Pikir et al., 2015. Terdapat hubungan antara faktor genetik dan kejadian hipertensi, terutama hipertensi esensial. Faktor genetik juga berinteraksi dengan faktor lingkungan lainnya yang menyebabkan peningkatan tekanan darah, termasuk metabolisme garam dan regulasi renin. Beberapa gen yang berperan dalam homeostasis natrium di ginjal, seperti WNK-1 (gen kinase yang kekurangan lisin), SNN1B (saluran natrium yang sensitif terhadap amilorid), dan SCNN1G (gen subunit beta dan gamma yang mengkode dua subunit saluran ENaC), mempengaruhi fungsi pompa Na-K di tubulus ginjal. Hal ini meningkatkan retensi natrium dan air di ginjal, yang menyebabkan peningkatan volume plasma dan cairan ekstraseluler, sehingga meningkatkan aliran balik vena ke jantung. Peningkatan curah jantung ini berujung pada peningkatan tekanan arteri, yang dapat menyebabkan hipertensi. Selain itu, gen-gen tersebut juga meningkatkan produksi aldosteron, yang lebih lanjut meningkatkan retensi natrium di ginjal, berkontribusi pada peningkatan curah jantung dan tekanan arteri, sehingga menyebabkan hipertensi. (Riyada, 2024).

3) Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor risiko yang tidak dapat diubah untuk hipertensi. Dalam hal ini, laki-laki lebih cenderung mengalami hipertensi dibandingkan perempuan, karena laki-laki biasanya memiliki kebiasaan gaya hidup yang lebih teratur. Namun, setelah menopause, wanita mengalami perubahan hormonal yang dapat meningkatkan risiko hipertensi. (Sari, 2017).

Secara umum, pria memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami hipertensi dibandingkan wanita. Namun, wanita di atas usia 45 tahun mengalami peningkatan risiko saat memasuki menopause. Hal ini disebabkan oleh penurunan produksi estrogen, yang berdampak pada sistem kardiovaskular dengan mengurangi elastisitas pembuluh darah. (Purwono, 2020).

4) Kegemukan (Obesitas)

Penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara obesitas dan hipertensi esensial masih belum sepenuhnya dipahami. Namun, ada bukti bahwa saat jantung memompa sirkulasi darah, individu dengan obesitas cenderung memiliki tingkat hipertensi esensial yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang memiliki berat badan normal (Triyanto, 2017). Untuk menentukan status obesitas, responden perlu mengukur tinggi dan berat badan mereka. Indeks Massa Tubuh (IMT) dikategorikan sebagai berikut: kurang dari 18,5 untuk status kurang berat badan, antara 18,5 dan 22,9 untuk normal, antara 23 dan 29,9 untuk kelebihan berat badan, dan lebih dari 30 untuk obesitas. Obesitas dapat memicu hipertensi karena akumulasi lemak mempersempit pembuluh

darah, sehingga aliran darah menjadi tidak memadai dan jantung harus bekerja lebih keras untuk mencukupi kebutuhan aliran darah, yang menyebabkan hipertensi. Mekanisme yang terlibat dalam proses dari obesitas ke hipertensi mencakup aktivasi sistem saraf simpatis, renin-angiotensin-aldosteron, serta disfungsi endotel dan gangguan fungsi ginjal, yang semuanya berkontribusi pada perkembangan hipertensi. Selain itu, pada obesitas, terjadi penurunan resistensi perifer sementara aktivitas saraf simpatis meningkat.

5) Asupan makanan asin/garam

Konsumsi garam yang berlebihan dapat menyebabkan hipertensi, karena garam mengandung natrium yang memiliki kemampuan menarik cairan dari luar sel, sehingga mengakibatkan penumpukan cairan dalam tubuh. Hal ini dapat meningkatkan tekanan darah (Sari, 2017). WHO merekomendasikan agar konsumsi garam dibatasi hingga 5 gram per hari atau 2000 mg, karena asupan yang tinggi dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah.

Hipertensi terjadi akibat konsentrasi natrium yang berlebihan. Pengaturan keseimbangan natrium dalam darah dilakukan oleh ginjal. Kadar natrium yang tinggi dapat mempengaruhi fungsi ginjal. Natrium harus dikeluarkan dari tubuh oleh ginjal, namun karena natrium cenderung mengikat air, peningkatan kadar natrium akan meningkatkan volume darah. Dengan meningkatnya volume darah dan lebar pembuluh darah yang tetap, aliran darah menjadi lebih deras, sehingga tekanan darah meningkat. Oleh karena itu, asupan natrium yang tinggi dapat meningkatkan risiko

hipertensi. Makanan tinggi natrium yang umum dikonsumsi oleh lansia meliputi ikan asin, susu, nasi goreng, gorengan, kecap, terasi, garam meja, dan bumbu masak seperti monosodium glutamat (MSG). (Riyada, 2024).

6) Merokok

Seseorang dianggap memiliki kebiasaan merokok jika mengonsumsi satu batang atau lebih setiap hari selama setidaknya satu tahun. Studi terbaru menunjukkan bahwa merokok adalah faktor risiko yang dapat memicu hipertensi. Di Indonesia, merokok merupakan faktor risiko yang dapat dihindari, terutama untuk mencegah peningkatan hipertensi dan penyakit jantung. Tekanan darah dapat meningkat akibat merokok karena nikotin melepaskan norepinefrin dari ujung saraf adrenergik (Kurniadi & Nurrahmani, 2014).

7) Stres

Hipertensi juga dapat dipicu oleh stres. Individu yang sering mengalami stres emosional, seperti perasaan tertekan, murung, marah, atau takut, memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami hipertensi. Hal ini terjadi karena stres menyebabkan pelepasan adrenalin, yang meningkatkan tekanan darah dan membuat jantung bekerja lebih cepat dari biasanya (Sari, 2017). Stres dapat muncul sebagai ketakutan dan kecemasan; ketika ada ancaman, kelenjar pituitari di otak mengeluarkan hormon yang memengaruhi kelenjar endokrin. Hormon ini mengaktifkan produksi adrenalin dan hidrokortison, yang membantu tubuh menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi. Aktivasi adrenalin membuat jantung berfungsi lebih kuat dan lebih cepat, meningkatkan aliran darah ke organ-organ lain.

Jika stres berlangsung lama, dapat terjadi hipertrofi kardiovaskular, dan hormon-hormon ini juga berkontribusi pada peningkatan tekanan darah yang berujung pada hipertensi.

8) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik yang kurang menjadi salah satu resiko terjadinya hipertensi, disebabkan oleh kelenturan pembuluh darah dan fungsi otot jantung. Aktivitas fisik merupakan kegiatan yang dilakukan individu untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya seperti mandi, makan, mencuci dan sebagainya. Selain itu, olahraga juga penting dilakukan. Dengan berjalan kaki selama 30 menit perhari merupakan bentuk olahraga ringan yang dapat dilakukan. Orang yang jarang berolahraga memiliki risiko 4,7 kali lipat terkena tekanan darah tinggi dibandingkan orang yang sering berolahraga.

9) Alkohol

Alkohol dapat merangsang pelepasan epinefrin dan adrenalin, yang berpotensi menyempitkan arteri dan menyebabkan akumulasi cairan serta natrium. Pada individu dengan hipertensi, peningkatan konsumsi alkohol dapat berdampak jangka panjang dengan meningkatkan kadar kortisol dalam darah, sehingga meningkatkan aktivitas Sistem Renin Angiotensin Aldosteron (RAAS) yang berperan dalam pengaturan tekanan darah dan keseimbangan cairan. Selain itu, konsumsi alkohol juga dapat meningkatkan jumlah sel darah merah, yang menyebabkan peningkatan kekentalan darah (Rahmadhani 2022).

10) Konsumsi kopi

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa 48,9% lansia yang terlibat sebagai responden sering

mengonsumsi kopi. Menurut Harvard Women's Health, konsumsi beberapa cangkir kopi setiap hari dapat menurunkan risiko diabetes tipe 2, pembentukan batu ginjal, kanker usus besar, penyakit Parkinson, penyakit jantung, serta memperlambat penurunan fungsi kognitif otak. Namun, kopi juga memiliki efek negatif. Kafein, yang merupakan komponen utama kopi, bersifat stimulan dan dapat menyebabkan kecanduan. Kafein dapat memengaruhi sistem kardiovaskular, termasuk detak jantung dan tekanan darah, terutama jika dikonsumsi dalam jumlah berlebihan (Rizkiyanti 2021).

Tanda Dan Gejala Hipertensi

Menurut Aspiani tahun 2021, secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut:

- 1) Sakit kepala
- 2) Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- 3) Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
- 4) Berdebar atau detak jantung terasa cepat
- 5) Telinga berdenging

Sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa:

- 1) Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial.
- 2) Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.
- 3) Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- 4) Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.

Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar

darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain.

4. Kendalikan Hipertensi Dengan Patuh



Sumber: <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic/kendalikan-hipertensi>.

Pencegahan Hipertensi

Hipertensi adalah penyakit yang sering diabaikan oleh banyak orang sehingga berakibat komplikasi bahkan kematian maka penting untuk mencegahnya sejak dini agar tidak menimbulkan masalah dan berakibat hal yang tidak diharapkan. Dengan demikian, Oleh karena penting mencegah atau menghindari berbagai faktor yang dapat memicu hipertensi, seperti yang akan dijelaskan berikut ini:

a. Mengurangi Stres

Tak dapat dipungkiri bahwa kondisi emosional atau stres dapat memengaruhi tekanan darah dan menyebabkan hipertensi. Penderita hipertensi perlu menerapkan teknik pengendalian stres untuk menenangkan diri, karena stres dapat berasal dari berbagai sumber dan muncul kapan saja. Terdapat beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengurangi stres.:

- 1) Karena sistem saraf pusat mengeluarkan hormon endorfin saat berolahraga, banyak orang meyakini

bahwa rutin berolahraga dapat meningkatkan suasana hati mereka.

- 2) Setelah beraktivitas, tubuh memerlukan istirahat yang cukup agar dapat pulih dan merasa segar kembali. Hal ini dapat dicapai dengan tidur antara enam hingga delapan jam setiap hari.
- 3) Menjaga keseimbangan antara kepentingan pribadi, kehidupan sehari-hari, dan pekerjaan sangat penting. Beberapa orang mungkin merasa jenuh dan stres akibat rutinitas harian mereka (Sari, 2017).

b. Pola makanan sehat

Bagi penderita hipertensi, makanan yang mengandung kalori tinggi dan rendah nutrisi sering dianggap sebagai pilihan yang tidak sehat.

- 1) Kurangi asupan garam atau makanan asin dalam diet harian Anda. Jika Anda menderita hipertensi, sebaiknya hindari makanan yang mengandung garam.
- 2) Hindari konsumsi alkohol yang berlebihan jika Anda memiliki tekanan darah tinggi. Sebaiknya tingkatkan asupan sayuran dan buah-buahan yang kaya serat, seperti jeruk, wortel, tomat, pisang, dan sayuran hijau (Susilo & Wulandari, 2018).

3.2.2 Diabetes

1. Defenisi

Diabetes melitus adalah kelompok penyakit metabolik yang ditandai oleh tingginya kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat gangguan dalam produksi insulin, fungsi insulin, atau keduanya. Terdapat beberapa jenis diabetes melitus, termasuk diabetes tipe 1, tipe 2, dan diabetes gestasional. Diabetes tipe 1 biasanya disebabkan oleh kerusakan sel beta pankreas yang memproduksi insulin, sementara diabetes tipe 2 lebih umum terjadi akibat resistensi insulin dan sering kali berhubungan dengan faktor gaya hidup, seperti obesitas. Diabetes melitus merupakan kondisi kronis yang

memerlukan pengelolaan yang berkelanjutan serta perhatian terhadap komplikasi, yang dapat berdampak besar pada kualitas hidup pasien (Prof. Dr. Dr. H. Ali Ghufron Mukti, M.Kes. dalam bukunya Diabetes Melitus: Diagnosis dan Penatalaksanaan 2021).

2. Gejala

Manifestasi klinis diabetes melitus termasuk gejala klasik seperti poliuria, polidipsia, dan polifagia, serta komplikasi jangka panjang yang dapat memengaruhi kualitas hidup pasien (Dr. R. Fadhlani dalam bukunya Diabetes Melitus: Pemahaman dan Penanganan, 2023).

- a. **Poliuria:** Frekuensi buang air kecil yang meningkat terjadi akibat tingginya kadar glukosa dalam darah, yang mendorong peningkatan volume urine yang dikeluarkan. Ketika kadar glukosa tinggi, ginjal berusaha mengeluarkan kelebihan glukosa melalui urine, sehingga menyebabkan frekuensi buang air kecil meningkat.
- b. **Polidipsia:** Rasa haus yang berlebihan terjadi sebagai respons terhadap kehilangan cairan akibat peningkatan frekuensi buang air kecil.
- c. **Polifagia:** Rasa lapar yang berlebihan dapat muncul meskipun asupan makanan mungkin cukup atau bahkan melebihi jumlah yang biasanya dikonsumsi.
- d. **Penurunan Berat Badan:** Pada diabetes tipe 1, penurunan berat badan bisa terjadi meskipun nafsu makan meningkat, disebabkan oleh tubuh yang menggunakan lemak dan otot sebagai sumber energi.
- e. **Kelelahan:** Penderita sering merasa lelah dan lemah karena tubuh tidak mampu memanfaatkan glukosa secara efektif sebagai sumber energi.
- f. **Penglihatan Kabur:** Perubahan kadar glukosa dapat memengaruhi lensa mata, yang mengakibatkan penglihatan menjadi kabur.
- g. **Luka yang Sulit Sembuh:** Penderita diabetes dapat menghadapi kesulitan dalam penyembuhan luka akibat kerusakan pada sistem peredaran darah dan saraf.

3. Pencegahan

Langkah-langkah pencegahan yang efektif, seperti perubahan gaya hidup, pola makan sehat, dan aktivitas fisik yang teratur, sangat penting untuk mengurangi risiko diabetes melitus, terutama pada individu yang memiliki faktor risiko tinggi (Dr. Maria Santoso dalam bukunya Pencegahan Diabetes Melitus, 2023).

- a. **Pola Makan Sehat:** Mengadopsi pola makan seimbang yang kaya akan buah, sayuran, biji-bijian, dan protein tanpa lemak dapat membantu menjaga berat badan serta mengontrol kadar gula darah. Selain itu, mengurangi konsumsi makanan yang tinggi gula dan karbohidrat sederhana juga sangat penting.
- b. **Aktivitas Fisik:** Melakukan aktivitas fisik secara teratur, seperti berolahraga minimal 150 menit per minggu, dapat meningkatkan sensitivitas insulin dan membantu mencegah obesitas, yang merupakan salah satu faktor risiko utama untuk diabetes tipe 2.
- c. **Menjaga Berat Badan yang Sehat:** Mengelola berat badan melalui pola makan yang sehat dan olahraga secara teratur sangat penting untuk mencegah diabetes. Penurunan berat badan, meskipun hanya beberapa kilogram, dapat membantu mengurangi risiko terkena diabetes.
- d. **Penghindaran Alkohol dan Rokok:** Mengurangi konsumsi alkohol dan menghentikan kebiasaan merokok dapat membantu menurunkan risiko perkembangan diabetes serta komplikasi lainnya.
- e. **Pemantauan Kesehatan Rutin:** Melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin untuk mendeteksi faktor risiko diabetes, seperti kadar glukosa darah dan tekanan darah, dapat membantu dalam deteksi dini dan langkah-langkah intervensi.

3.2.3 Penyakit Sendi Pada Lansia

1. Kondisi penyakit sendi pada lansia

Penyakit sendi pada lansia umumnya meliputi beberapa kondisi, di antaranya:

- a. *Osteoarthritis* (OA): Ini adalah bentuk artritis yang paling umum, di mana tulang rawan sendi mengalami kerusakan, menyebabkan rasa sakit, kekakuan, dan pembengkakan.
- b. *Rheumatoid Arthritis* (RA): Penyakit autoimun yang dapat menyerang sendi secara simetris, menyebabkan peradangan, nyeri, dan kerusakan sendi yang lebih serius.
- c. Gout: Terjadi akibat penumpukan asam urat dalam tubuh, yang menyebabkan nyeri hebat dan pembengkakan, biasanya di sendi jari kaki.
- d. Penyakit Sendi Degeneratif: Selain OA, ada juga jenis-jenis degeneratif lainnya yang dapat mempengaruhi sendi seiring bertambahnya usia.
- e. Bursitis: Peradangan pada bursa (kantong berisi cairan yang melindungi sendi) yang dapat menyebabkan rasa sakit dan pembengkakan.
- f. Penyakit Sendi Psoriatik: Ini adalah kondisi inflamasi yang berhubungan dengan psoriasis, yang dapat mempengaruhi sendi dan kulit.

2. Penyebab Penyakit Sendi

Penyebab penyakit sendi pada lansia dapat beragam dan seringkali merupakan kombinasi dari faktor-faktor berikut:

- a. Penuaan: Proses alami penuaan menyebabkan penurunan kualitas dan ketahanan tulang rawan.
- b. Genetika: Riwayat keluarga dengan penyakit sendi dapat meningkatkan risiko seseorang mengalaminya.
- c. Cedera sebelumnya: Cedera pada sendi, seperti fraktur atau sprain, dapat meningkatkan risiko penyakit sendi di kemudian hari.
- d. Obesitas: Kelebihan berat badan memberi tekanan tambahan pada sendi, terutama di lutut dan pinggul, yang dapat mempercepat kerusakan.

- e. Aktivitas fisik: Aktivitas berlebihan atau kurangnya aktivitas juga dapat berkontribusi terhadap masalah sendi.
 - f. Kondisi medis lain: Penyakit autoimun dan kondisi lain, seperti diabetes atau penyakit jantung, dapat mempengaruhi kesehatan sendi.
 - g. Diet dan nutrisi: Kekurangan nutrisi tertentu, seperti vitamin D dan kalsium, dapat mempengaruhi kesehatan tulang dan sendi.
3. Pencegahan Penyakit Sendi

Pencegahan penyakit sendi pada lansia dapat dilakukan dengan beberapa langkah, antara lain:

- a. Aktivitas Fisik Teratur: Melakukan olahraga yang ringan dan teratur, seperti berjalan, berenang, atau yoga, dapat membantu menjaga fleksibilitas dan kekuatan otot.
- b. Menjaga Berat Badan Ideal: Menghindari obesitas dapat mengurangi beban pada sendi, terutama di lutut dan pinggul.
- c. Nutrisi Seimbang: Konsumsi makanan yang kaya akan vitamin D, kalsium, omega-3, dan antioksidan dapat mendukung kesehatan sendi. Makanan seperti ikan, sayuran hijau, dan buah-buahan sangat dianjurkan.
- d. Hidrasi yang Cukup: Memastikan tubuh terhidrasi dengan baik penting untuk menjaga elastisitas sendi.
- e. Menghindari Cedera: Berhati-hati saat melakukan aktivitas fisik dan menggunakan alat pelindung jika perlu dapat membantu mencegah cedera sendi.
- f. Pengelolaan Stres: Mengelola stres dengan teknik relaksasi seperti meditasi atau tai chi dapat membantu mengurangi peradangan.
- g. Pemeriksaan Rutin: Melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi masalah sendi sejak dini.
- h. Konsultasi Medis: Berkonsultasi dengan dokter tentang suplemen atau obat pencegahan, terutama jika ada riwayat keluarga penyakit sendi.

3.3 Sroke

1. Defenisi

Stroke hemoragik atau disebut juga stroke berdarah terjadi Ketika pembuluh darah yang lemah pecah dan berdarah ke dalam otak. Stroke Hemoragik adalah pembuluh darah di otak yang pecah sehingga mencegah aliran darah normal masuk ke dalam dan merusak bagian otak. (Hartati,2020).

2. Gejala

Gejala yang sering timbul pada stroke hemoragik menurut (Fabiana Meijon Fadul, 2019) yaitu:

- a. Kejang tanpa riwayat kejang sebelumnya
- b. Mual atau muntah
- c. Gangguan penglihatan
- d. Kelumpuhan pada wajah atau sebagian anggota tubuh (hemiparise)
- e. Kesulitan bicara
- f. Bicara cadel atau pelo
- g. Kesulitan menelan. Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan saraf kranial IX.
- h. Penurunan kesadaran
- i. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala terjadi karena meningkatannya tekanan intrakranial, edema serebri.

3. Penatalaksanaan

Menurut Unnithan & Mehta (2021), penatalaksanaan stroke hemoragik diantaranya adalah :

- a. Manajemen Tekanan Darah
Tekanan darah harus di turunkan secara bertahap hingga 150/90mmHg, menggunakan beta - blocker (labetalol, esmolol), ACE inhibitor (enalapril), antagonis kalsium (nicardipine) atau hydralazine.
- b. Manajemen Peningkatan Intrakranial (TIK)
Penatalaksanaan awal yang di lakukan untuk memajemen peningkatan tekanan intrakranial adalah meninggikan kepala tempat tidur hingga 30 derajat dan agen osmotik (manitol, salin hipertonik). Manitol 20% diberikan dengan dosis 1,0 hingga 1,5 g/kg.

- c. **Terapi Hemostatik**
Terapi hemostatik diberikan untuk mengurangi perkembangan hematoma. Ini sangat penting untuk mengembalikan gangguan atau pembekuan darah pada pasien yang menggunakan antikoagulan.
- d. **Terapi Antiepilepsi**
Sekitar 3 sampai 17% penderita stroke hemoragik akan mengalami kejang dalam dua minggu pertama, dan 30% pasien akan menunjukkan aktivitas kejang listrik pada pemantauan electroencephalogram (EEG). Mereka yang mengalami kejang klinis atau kejang elektrografik harus diobati dengan obat antiepilepsi.
- e. **Pembedahan**
Berbagai jenis penatalaksanaan bedah pada stroke hemoragik adalah kraniotomi, kraniektomi dekompresi, aspirasi stereotaktik, aspirasi endoskopik dan aspirasi kateterisasi.
- f. **Penatalaksanaan umum**
Penatalaksanaan medis yang baik, asuhan keperawatan, dan rehabilitasi juga sangat penting dalam manajemen stroke hemoragik untuk mengurangi kecacatan pada penderita stroke hemoragik.

4. Pencegahan

Pencegahan stroke dapat dilakukan melalui beberapa langkah, termasuk:

- a. **Mengontrol Tekanan Darah:** Menjaga tekanan darah dalam batas normal.
- b. **Mengelola Kolesterol:** Memilih makanan sehat dan memperhatikan kadar kolesterol.
- c. **Berhenti Merokok:** Menghentikan kebiasaan merokok dapat mengurangi risiko.
- d. **Aktivitas Fisik:** Melakukan olahraga secara teratur.
- e. **Diet Sehat:** Mengonsumsi banyak buah, sayuran, dan biji-bijian.
- f. **Mengontrol Diabetes:** Memantau kadar gula darah dengan baik. (Dr. H. Supriyadi, 2019)

3.4 Demensia

1. Defenisi

Demensia pada lansia adalah kondisi yang ditandai oleh penurunan kemampuan kognitif yang mempengaruhi fungsi sehari-hari, termasuk memori, berpikir, dan perilaku. Ini bukan penyakit tunggal, tetapi sekelompok gejala yang dapat disebabkan oleh berbagai kondisi.

Demensia adalah sindroma klinis yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan memori yang sedemikian berat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari. Demensia merupakan keadaan Ketika seseorang mengalami penurunan daya ingat dan daya pikir lain yang secara nyata mengganggu aktivitas kehidupan sehari hari.

Demensia adalah penurunan menyeluruh dari fungsi mental luhur yang bersifat progresif dan ireversibel dengan kesadaran yang baik. (Katona, 2012)

2. Manifestasi Klinis

Demensia lebih merupakan suatu sindrom, bukan diagnosis, dengan tanda gejala yang muncul adalah :

- a. Menurunnya gangguan memori jangka pendek jangka panjang.
- b. Menurunnya bahasa (afasia nominal).
- c. Menurunnya pemikiran, penilaian.
- d. Hilangnya kemampuan hidup sehari-hari (misalnya, mencuci, memakai pakaian, mengatur keuangan).
- e. Perilaku yang abnormal (misalnya, menyerang, berjalan-jalan tanpa tujuan, disinhibisi seksual) juga dapat muncul.
- f. Apatis, depresi dan ansietas.
- g. Pola tidur terganggu.
- h. Mengantuk di siang hari.
- i. Bingung membedakan siang dan malam.
- j. Kegelisahan di malam hari.
- k. Fenomena psikotik, terutama waham kejar (diperburuk dengan sifat pelupa).
- l. Auditorik.

m. Halusinasi visual.

3. Kalsifikasi

- 1) Demensia kortikal; gejala khas melibatkan memori, bahasa, penyelesaian masalah, dan pemikiran dan gejalanya muncul pada :
 - a. Penyakit Alzheimer (Alzheimer's disease, AD), pada pemeriksaan makroskopik melalui CT dan MRI didapatkan penyusutan otak, dengan peningkatan pelebaran sulkus dan pembesaran ventrikel. Sedangkan pemeriksaan mikroskopik, gambaran utama berupa hilangnya neuron dan adanya (terutama pada korteks dan hipokampus) plak amyloid dan kekusutan serat-serat saraf. Dan pemeriksaan secara neurokimia, terdapat penurunan beberapa neurotransmitter, terutama asetikolin, noradrenalin, serotonin dan somatostatin dengan kehilangan badan sel neuron terkait yang mensekresikan transmitter ini.
 - b. Demensia Vaskuler (Vascular dementia, VaD).
 - c. Demensia badan Lewy (dementia with Lewy bodies, DLB).
 - d. Demensia frontotemporal.
- 2) Demensia Subkortikal; gejala khas meliputi perlambatan psikomotor dan disfungsi eksekutif terkait dengan gangguan terhadap jalur frontal, sedangkan gejala kognitif fokal seperti afasia atau agnosia jarang ada, dan gejalanya muncul pada :
 - a. Penyakit Parkinson.
 - b. Penyakit Hungtinton.
 - c. Kelumpuhan supranuklear progresif.

5. Pencegahan

Hal yang dapat kita lakukan untuk menurunkan resiko terjadinya demensia diantaranya adalah:

- a. **Aktivitas Fisik:** Melakukan olahraga secara teratur, seperti berjalan, berlari, atau senam, dapat meningkatkan aliran darah ke otak dan mendukung kesehatan kognitif.
- b. **Mencegah masuknya zat-zat** yang dapat merusak sel-sel otak seperti alkohol dan zat adiktif yang berlebihan
- c. Membaca buku yang merangsang otak untuk berpikir hendaknya dilakukan setiap hari.
- d. **Diet Sehat:** Mengonsumsi makanan bergizi, seperti diet Mediterania yang kaya akan buah-buahan, sayuran, biji-bijian, ikan, dan lemak sehat, dapat mendukung kesehatan otak.
- e. **Stimulasi Mental:** Melibatkan diri dalam aktivitas yang menantang otak, seperti membaca, bermain puzzle, atau belajar keterampilan baru, dapat membantu menjaga kesehatan kognitif.
- f. **Sosialisasi:** Menjaga hubungan sosial yang kuat dengan keluarga dan teman dapat membantu mengurangi risiko demensia. Kegiatan sosial yang aktif juga bermanfaat. Tetap berinteraksi dengan lingkungan, berkumpul dengan teman yang memiliki persamaan minat atau hobi.
- g. **Manajemen Stres:** Mengelola stres dengan teknik relaksasi, seperti meditasi atau yoga, dapat membantu menjaga kesehatan mental dan kognitif. Mengurangi stress dalam pekerjaan dan berusaha untuk tetap relaks dalam kehidupan sehari-hari dapat membuat otak tetap sehat.
- h. **Kegiatan rohani** dan memperdalam ilmu agama.
- i. **Tidur yang Cukup:** Memastikan kualitas tidur yang baik sangat penting untuk kesehatan otak. Gangguan tidur dapat berkontribusi terhadap masalah kognitif.
- j. **Menghindari Kebiasaan Buruk:** Mengurangi atau menghindari konsumsi alkohol dan berhenti merokok dapat membantu menurunkan risiko demensia.
- k. **Pengelolaan Penyakit Kronis:** Mengontrol kondisi kesehatan yang dapat berkontribusi pada demensia, seperti hipertensi, diabetes, dan kolesterol tinggi, sangat penting.

1. **Pemeriksaan Kesehatan Rutin:** Melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur untuk memantau kondisi fisik dan mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth. 2015. Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12. Jakarta : ECG.
- Carlson, Wade. 2016. Mengatasi hipertensi. Bandung : Nuansa Cendakia.
- Chobanian, et al, (2003-12). "Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure". *Hypertension (dalam bahasa Inggris)*. 42 (6): 1206–1252. doi:10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2. ISSN0194-911X.*
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14656957/>
- Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, Williams B, Ford GA. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens*. 2006;24:215-33.
- Dwi, N. P. K. (2020). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Suparyanto Dan Rosad (2015, 5(3), 248–253.
- Fabiana Meijon Fadul. (2019). konsep penyakit stroke hemoragik. *Konsep Stroke Hemoragik*, 8–47.
- Hartati, J. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat Di Ruang Neurologi Rsud Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020. Dm, 1–126.
- http://103.44.149.34/elib/assets/buku/Terjemahan_Guyton_and_Hall_Textbook.pdf
- Hypertensive Crisis: When You Should Call 911 for High Blood Pressure". *www.heart.org (dalam bahasa Inggris)*. <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/understanding-blood-pressure-readings/hypertensive-crisis-when-you-should-call-911-for-high-blood-pressure>. Diakses tanggal 2023-04-16

- HUTAGALUNG, J. I. (2020). Literature Review : Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Stroke Hemoragik Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Dalam Penerapan Terapi Range Of Motion Di Rumah Sakit Umum Dr. Ferdinand Lumban Tobing Kota Sibolga Tahun 2020. *Literature Review*,8(75), 32–34.
- Kholifah, S. N. (2016). *keperawatan Gerontik*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia.
- Kemenkes RI,Riset Kesehatan Dasar.(2018), Badan Penelitian dan Pengembangan KesehatanKementerian Kesehatan RI; Jakarta.
- Kaplan, N. M., & Victor, R. G. (2015). Kaplan's clinical hypertension: Eleventh edition. In Kaplan's Clinical Hypertension: Eleventh Edition.
- Lestari, Siregar., 2022. Cara Jitu Atasi Kejenuhan Kerja Dengan Relaksasi Otot Progresif. Malang. CV.Literasi Nusantara Abadi.
- Loekman, Jodi Sidharta (2016)Patogenesis dan Manajemen Hipertensi Emergensis. In: UNSPECIFIED
- Mustaqin ,Arif. (2014). Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistemkardiovaskular dan hematologi. Jakarta:EGC
- Purwono J, Sari R, Ratnasari A, Budianto A. Pola Konsumsi Garam Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia. *J Wacana Kesehat*. 2020;5(1):531.
- Potter&Perry. 2010. Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Jakarta : EGC.
- Rahmadhani M. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Hipertensi Pada Masyarakat Di Kampung Bedagai Kota Pinang. *J Kedokt STM (Sains dan Teknol Med* .2021;4(1):52–62.
- Riyada, F., Fauziah, S. A., Liana, N., & Hasni, D. (2024). Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Resiko Hipertensi pada Lansia. *Scientific Journal*, 3(1), 27-47.
- Rizkiyanti D, Trisnawati Y. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi pada Lansia. *J Bina Cipta Husada*. 2021;XVII(1):151–60.

- Sari, Y. N. I., 2017. Berdamai dengan hipertensi. Jakarta: Bumi Medika.
- Smeltzer S. C, Bare B, G. 2018. Keperawatan medikal-bedah , vol 8, Alih Bahasa Agung W. Ed . Jakarta: ECG
- Suharto S, Jundapri K, Pratama MY. Faktor Risiko Hipertensi pada Lansia di Desa Limau Manis Kecamatan Tanjung Morawa. *J Kesehat Glob.* 2020;3(1):41.
- Suprayitna Marthilda HZ. Faktor Resiko Terjadinya Perubahan Pada Lansia. *J Ilm Panmed.* 2022;17(1):82-8.
- Susilo, Y., & Wulandari, A., 2018. Cara jitu mengatasi darah tinggi (Hipertensi). Yogyakarta: Penerbit Andi
- Triyanto, E., 2017. Pelayanan keperawatan bagi penderita hipertensi secara terpadu.
- Yuli Hilda Sari, Usman, Makhrajani Majid. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Maiwa Kab.Enrekang. *J Ilm Mns Dan Kesehat.* 2019;2(1):68-79.

BAB 4

ASPEK PSIKOSOSIAL TERKAIT DENGAN LANSIA

Oleh Yanti Mustarin

4.1 Pendahuluan

Pendekatan psikososial menjadi kunci untuk memastikan kesejahteraan lansia secara holistik, karena lansia membutuhkan lebih dari sekadar perawatan medis, mereka juga membutuhkan dukungan emosional dan sosial. Psikososial yang baik dapat mencegah atau mengurangi depresi, kecemasan, dan isolasi sosial. Pendekatan ini mencakup pemahaman menyeluruh terhadap kebutuhan mental, emosional, dan sosial lansia dalam konteks budaya dan keluarga mereka.

Pendekatan psikososial memainkan peran penting dalam memastikan kesejahteraan lansia secara menyeluruh. Beberapa alasan pentingnya pendekatan ini meliputi:

1. **Meningkatkan Kesejahteraan Mental:** Lansia yang mendapatkan dukungan psikososial cenderung memiliki kesehatan mental yang lebih baik, dengan tingkat depresi dan kecemasan yang lebih rendah.
2. **Meningkatkan Kualitas Hidup:** Dukungan sosial yang memadai dapat membuat lansia merasa dihargai, terhubung, dan lebih bermakna dalam kehidupan sehari-hari.
3. **Mendorong Partisipasi Sosial:** Pendekatan psikososial membantu lansia tetap aktif dalam komunitas mereka, yang pada akhirnya dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kemandirian mereka.

Pendekatan psikososial juga mendukung terciptanya hubungan yang positif antara lansia, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat, yang sangat penting dalam penyediaan asuhan keperawatan holistik.

4.2 Konsep Psikososial

Psikososial adalah konsep yang mengacu pada interaksi antara aspek psikologis (mental dan emosional) dengan aspek sosial (hubungan interpersonal, peran dalam masyarakat). Dalam konteks lansia, psikososial mencakup kesejahteraan mental dan sosial, termasuk kemampuan menghadapi perubahan hidup seperti pensiun atau kehilangan pasangan, serta hubungan sosial yang sehat.

4.2.1 Teori Psikososial Pada Lansia

Teori Erik Erikson

Menurut Erik Erikson, lansia berada pada tahap perkembangan psikososial "Integritas vs. Keputusasaan":

1. Integritas: Lansia merasa puas dengan kehidupannya, menerima kekurangan, dan merasa hidupnya bermakna.
2. Keputusasaan: Lansia merasa penyesalan mendalam, tidak puas dengan kehidupannya, dan takut menghadapi kematian.

Teori Aktivitas

Teori ini menyatakan bahwa lansia yang tetap aktif secara fisik, mental, dan sosial memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Aktivitas sosial seperti mengikuti kegiatan komunitas atau menjadi relawan dapat meningkatkan kesejahteraan.

Teori Disengagement

Teori ini menyebutkan bahwa lansia secara alami menarik diri dari peran sosial tertentu. Namun, teori ini mendapat kritik karena tidak semua lansia merasa lebih baik dengan mundur dari kehidupan sosial.

4.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Psikososial Lansia

Faktor Individu

1. Kesehatan fisik.
2. Kemandirian.
3. Kepribadian dan kemampuan adaptasi.

Faktor Sosial

1. Dukungan keluarga.
2. Hubungan dengan teman dan komunitas.
3. Keterlibatan dalam aktivitas sosial.

Faktor Lingkungan

1. Tempat tinggal (rumah pribadi, panti jompo, atau komunitas lansia).
2. Akses terhadap fasilitas kesehatan dan layanan masyarakat.
3. Keamanan lingkungan.

Faktor Ekonomi

1. Pendapatan dan pensiun.
2. Kemampuan memenuhi kebutuhan dasar.
3. Akses terhadap sumber daya ekonomi.

4.3 Strategi Psikososial Dalam Keperawatan Lansia

Pendekatan psikososial dalam keperawatan lansia bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup mereka melalui beberapa strategi berikut:

1. Pendekatan holistik yang memahami kebutuhan fisik, mental, dan sosial lansia.
2. Dukungan emosional dengan mendengarkan, memberikan empati, dan memvalidasi perasaan lansia.
3. Peningkatan aktivitas sosial melalui kegiatan kelompok atau komunitas yang inklusif.
4. Pendidikan keluarga untuk memberikan informasi mengenai cara mendukung lansia secara efektif.

4.4 Dampak Pendekatan Psikososial Pada Lansia

Pendekatan psikososial yang efektif dapat memberikan berbagai dampak positif pada lansia, seperti:

1. Meningkatkan rasa percaya diri dan harga diri.
2. Mengurangi risiko depresi, kecemasan, dan isolasi sosial.
3. Memperpanjang harapan hidup melalui interaksi sosial yang bermakna.

4.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesejahteraan Psikososial Lansia

4.5.1 Faktor Individu

Faktor individu meliputi berbagai aspek yang berasal dari dalam diri lansia, yang memengaruhi kesejahteraan psikososial mereka:

1. Kesehatan Fisik : Penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, atau osteoarthritis dapat membatasi mobilitas dan aktivitas lansia, yang pada akhirnya memengaruhi kualitas hidup mereka.
2. Kemandirian: Lansia yang mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari secara mandiri cenderung merasa lebih percaya diri dan puas.
3. Kepribadian: Lansia dengan sifat optimis, terbuka, dan fleksibel lebih mampu beradaptasi dengan perubahan dibandingkan lansia dengan kecenderungan pesimis.

4.5.2 Faktor Sosial

Interaksi sosial dan dukungan dari orang-orang di sekitar lansia sangat memengaruhi kesejahteraan psikososial mereka:

1. Dukungan Keluarga: Hubungan yang penuh kasih dan perhatian dari keluarga memberikan rasa aman, dicintai, dan dihargai bagi lansia.
2. Kehidupan Sosial: Partisipasi dalam kegiatan sosial atau interaksi dengan teman-teman sebaya dapat mengurangi risiko isolasi sosial.
3. Perubahan Peran Sosial: Perubahan seperti pensiun atau kehilangan pasangan dapat berdampak signifikan pada peran dan identitas sosial lansia.

4.5.3 Faktor Ekonomi

Keadaan ekonomi memainkan peran penting dalam kesejahteraan psikososial lansia:

1. Pendapatan: Pendapatan tetap, baik dari pensiun atau bantuan sosial, memberikan rasa aman dan stabilitas bagi lansia.

2. Akses ke Sumber Daya: Lansia yang memiliki akses terbatas terhadap kebutuhan dasar atau layanan kesehatan sering mengalami tekanan ekonomi yang memengaruhi kondisi psikologis mereka.

4.5.4 Faktor Lingkungan

Lingkungan tempat tinggal yang mendukung sangat penting untuk kesejahteraan lansia:

1. Kondisi Tempat Tinggal: Lingkungan yang aman, nyaman, dan mudah diakses memberikan rasa tenang bagi lansia.
2. Akses Fasilitas Kesehatan: Lansia yang dapat dengan mudah mengakses perawatan medis dan fasilitas pendukung memiliki kesejahteraan yang lebih baik.

4.5.5 Faktor Psikologis

Aspek psikologis juga berperan penting dalam menentukan kesejahteraan lansia:

1. Kemampuan Mengelola Stres: Lansia yang mampu menghadapi stres dengan baik cenderung merasa lebih puas dengan kehidupannya.
2. Resiliensi: Kemampuan bertahan menghadapi tantangan hidup membantu lansia menghadapi situasi sulit dengan lebih baik.
3. Pengalaman Masa Lalu: Pengalaman positif di masa lalu memberikan rasa bermakna dan kepuasan hidup pada lansia.

4.6 Hubungan Antar Faktor

Faktor-faktor individu, sosial, ekonomi, lingkungan, dan psikologis saling memengaruhi satu sama lain. Misalnya, dukungan keluarga yang kuat dapat meningkatkan kondisi psikologis lansia, yang pada gilirannya dapat membantu mereka tetap mandiri. Hubungan yang dinamis di antara faktor-faktor ini menentukan kesejahteraan psikososial lansia secara keseluruhan.

4.7 Tantangan Dalam Memenuhi Kesejahteraan Psikososial Lansia

Dalam mendukung kesejahteraan psikososial lansia, terdapat beberapa tantangan yang sering dihadapi, antara lain:

1. Kurangnya Dukungan Sosial: Lansia yang tinggal sendiri atau jauh dari keluarga sering mengalami isolasi sosial.
2. Stigma Sosial: Beberapa lansia merasa diabaikan atau dipandang sebelah mata oleh masyarakat.
3. Akses Terbatas ke Layanan: Keterbatasan akses ke fasilitas kesehatan dan aktivitas sosial menjadi kendala utama bagi kesejahteraan lansia.

4.8 Strategi Pendekatan Psikososial Pada Lansia

4.8.1 Pendekatan Individual

Pendekatan individual berfokus pada kebutuhan unik setiap lansia untuk meningkatkan kesejahteraan psikososial mereka:

1. Konseling Psikologis: Memberikan ruang bagi lansia untuk berbagi perasaan dan masalah, sehingga membantu mereka menghadapi tantangan emosional.
2. Stimulasi Kognitif: Kegiatan seperti permainan otak, membaca, atau belajar keterampilan baru dapat membantu menjaga fungsi kognitif lansia.
3. Pemberdayaan Diri: Memberikan kesempatan kepada lansia untuk mengambil keputusan terkait kehidupan mereka, meningkatkan rasa kontrol dan harga diri.

4.8.2 Pendekatan Keluarga

Keluarga memiliki peran penting dalam mendukung kesejahteraan psikososial lansia:

1. Dukungan Emosional: Mengedukasi keluarga agar dapat menjadi pendengar yang baik dan memberikan rasa aman kepada lansia.
2. Peningkatan Keterlibatan: Melibatkan lansia dalam kegiatan keluarga seperti diskusi atau perayaan bersama.
3. Edukasi Keluarga: Memberikan pemahaman kepada keluarga tentang kebutuhan fisik, emosional, dan sosial lansia.

4.8.3 Pendekatan Komunitas

Komunitas dapat menjadi tempat lansia untuk menemukan dukungan dan rasa memiliki:

1. **Kelompok Dukungan Lansia:** Membentuk komunitas lansia untuk berbagi pengalaman, membangun dukungan emosional, dan berbagi solusi.
2. **Kegiatan Sosial:** Mengadakan acara seperti senam bersama, arisan, atau seminar kesehatan untuk meningkatkan interaksi sosial.
3. **Fasilitasi Akses Layanan:** Membantu lansia mendapatkan akses ke layanan kesehatan, transportasi, dan aktivitas sosial.

4.8.4 Pendekatan Lingkungan

1. **Lingkungan yang mendukung** dapat meningkatkan rasa nyaman dan aman bagi lansia:
2. **Desain Lingkungan Ramah Lansia:** Mengadaptasi rumah dan fasilitas umum agar aman, nyaman, dan mudah diakses lansia.
3. **Penyediaan Ruang Terbuka:** Menyediakan tempat bagi lansia untuk melakukan aktivitas fisik ringan atau bersosialisasi.
4. **Penghapusan Hambatan Sosial:** Mendorong masyarakat untuk menghormati dan menghargai keberadaan serta kontribusi lansia.

4.8.5 Pendekatan Holistik

Pendekatan holistik mencakup berbagai aspek yang saling terintegrasi untuk meningkatkan kesejahteraan psikososial lansia:

1. **Pendekatan Spiritual:** Memberikan dukungan melalui kegiatan keagamaan atau spiritual yang sesuai dengan keyakinan lansia.
2. **Pengelolaan Stres:** Mengajarkan teknik relaksasi seperti meditasi, yoga, atau latihan pernapasan untuk mengurangi stres.

3. Terapi Seni dan Musik: Menggunakan seni dan musik untuk menstimulasi emosi positif dan meningkatkan ekspresi diri lansia.

4.8.6 Tantangan Dalam Implementasi Pendekatan Psikososial

Dalam penerapan pendekatan psikososial, terdapat berbagai tantangan yang perlu diatasi:

1. Kurangnya Kesadaran Masyarakat: Banyak masyarakat yang kurang memahami pentingnya pendekatan psikososial bagi lansia.
2. Keterbatasan Sumber Daya: Tidak semua wilayah memiliki fasilitas atau tenaga profesional yang memadai untuk mendukung kebutuhan lansia.
3. Resistensi Lansia: Beberapa lansia mungkin merasa enggan atau tidak percaya diri untuk mengikuti program yang ditawarkan.

4.8.7 Strategi Inovatif Dalam Pendekatan Psikososial

Untuk menghadapi tantangan yang ada, diperlukan strategi inovatif yang dapat meningkatkan efektivitas pendekatan psikososial:

1. Pemanfaatan Teknologi: Menggunakan teknologi seperti telemedicine untuk memberikan dukungan psikologis kepada lansia yang sulit dijangkau.
2. Program Intergenerasional: Melibatkan generasi muda dalam kegiatan bersama lansia untuk membangun hubungan yang saling menguntungkan.
3. Terapi Berbasis Alam: Mengadakan kegiatan di alam terbuka seperti berkebun atau jalan-jalan santai untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental.

4.8.8 Studi Kasus: Implementasi Pendekatan Psikososial

Studi kasus ini menggambarkan implementasi pendekatan psikososial pada lansia:

1. Deskripsi Kasus: Seorang lansia yang mengalami isolasi sosial setelah pensiun dan kehilangan pasangan.

2. Strategi yang Dilakukan: Intervensi melibatkan pendekatan keluarga, komunitas, dan terapi seni untuk mengurangi isolasi dan meningkatkan kesejahteraan.
3. Hasil Implementasi: Lansia menunjukkan peningkatan kepercayaan diri, keterlibatan sosial, dan kesejahteraan emosional.

4.9 Intervensi Psikososial Dalam Keperawatan Lansia

4.9.1 Peran Perawat Dalam Mendukung Psikososial Lansia

Peran perawat sangat penting dalam mendukung kesejahteraan psikososial lansia, meliputi beberapa aspek berikut:

1. Sebagai Edukator: Memberikan edukasi kepada lansia dan keluarganya tentang pentingnya menjaga kesehatan mental, mengelola stres, dan membangun hubungan sosial yang positif.
2. Sebagai Pendukung Emosional: Menjadi pendengar aktif bagi lansia untuk membantu mereka menghadapi perubahan besar dalam hidup, seperti pensiun, kehilangan pasangan, atau isolasi sosial.
- ****Sebagai Koordinator Layanan****: Menghubungkan lansia dengan layanan kesehatan, kelompok dukungan, atau program komunitas untuk memenuhi kebutuhan mereka secara holistik.

4.9.2 Asuhan Keperawatan Berbasis Keluarga Dan Komunitas

Pendekatan berbasis keluarga dan komunitas menjadi salah satu strategi utama dalam intervensi psikososial:

1. Pendekatan Keluarga:
 - a. Melibatkan keluarga dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan lansia.
 - b. Memberikan edukasi kepada anggota keluarga agar mereka mampu mendukung kesejahteraan emosional lansia.
2. Pendekatan Komunitas:
 - a. Membentuk kelompok dukungan lansia untuk meningkatkan interaksi sosial.

- b. Menyelenggarakan kegiatan sosial seperti senam, ceramah kesehatan, dan terapi seni.

4.9.3 Studi Kasus Intervensi Psikososial

Berikut adalah contoh studi kasus yang menggambarkan intervensi psikososial pada lansia:

Deskripsi Kasus: Seorang lansia yang mengalami isolasi sosial setelah kehilangan pasangan hidupnya.

1. Intervensi yang Dilakukan**:
 - a. ****Pendekatan Individual****: Lansia menerima konseling psikologis untuk mengatasi rasa kesepian.
 - b. ****Pendekatan Keluarga****: Melibatkan keluarga dalam memberikan dukungan emosional dan meningkatkan keterlibatan lansia dalam kegiatan keluarga.
 - c. ****Pendekatan Komunitas****: Menghubungkan lansia dengan kelompok dukungan komunitas dan mendorong partisipasi dalam kegiatan sosial.
2. Hasil Implementasi: Lansia menunjukkan peningkatan keterlibatan sosial, penurunan stres, dan peningkatan kesejahteraan emosional.

4.9.4 Teknik Intervensi Psikososial

Beberapa teknik intervensi psikososial yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kesejahteraan lansia:

1. Terapi Reminiscence: Membantu lansia mengingat kembali pengalaman hidup yang positif untuk meningkatkan harga diri dan kebahagiaan.
2. Terapi Kelompok: Mendorong lansia untuk berbagi pengalaman dan mendapatkan dukungan dari sesama anggota kelompok.
3. Terapi Seni dan Musik: Menggunakan seni dan musik untuk menstimulasi emosi positif dan meningkatkan ekspresi diri.
4. Terapi Berbasis Aktivitas Fisik: Mendorong partisipasi dalam olahraga ringan seperti yoga atau tai chi untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental.

4.9.5 Kolaborasi Antarprofesional

1. Kerja sama dengan berbagai profesional menjadi kunci keberhasilan dalam intervensi psikososial:
2. Psikolog: Membantu lansia mengatasi masalah emosional dan kesehatan mental.
3. Pekerja Sosial: Mendukung akses lansia ke layanan sosial dan komunitas.
4. Dokter dan Tenaga Kesehatan Lain: Menyediakan pendekatan holistik untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikososial lansia.

4.9.6 Penggunaan Teknologi Dalam Intervensi

Teknologi modern dapat digunakan untuk mendukung intervensi psikososial, terutama bagi lansia di daerah terpencil:

1. Telekonseling: Memberikan layanan konseling jarak jauh melalui telepon atau video call.
2. Aplikasi Digital: Membantu lansia mengakses informasi kesehatan atau bergabung dengan komunitas online.
3. Platform Sosial: Mendorong interaksi sosial melalui grup atau forum daring yang aman dan mendukung.

4.10 Tantangan Dan Solusi

4.10.1 Stigma terhadap Lansia

1. **Definisi Stigma terhadap Lansia:** Persepsi negatif terhadap lansia yang dianggap tidak produktif, lemah, atau tidak relevan secara sosial.
2. **Dampak Stigma:**
 - a. Isolasi sosial.
 - b. Penurunan harga diri dan kesejahteraan psikologis.
 - c. Berkurangnya partisipasi dalam kegiatan masyarakat.
3. **Strategi Mengurangi Stigma:**
 - a. Edukasi masyarakat tentang kontribusi positif lansia.
 - b. Program antar-generasi untuk memperkuat hubungan antara kelompok usia.

4.10.2 Kurangnya Akses terhadap Layanan Psikososial

1. Hambatan dalam Akses Layanan:

- a. **Geografis:** Jarak jauh dari fasilitas layanan kesehatan.
- b. **Ekonomi:** Ketidakmampuan membayar layanan psikososial.
- c. **Sosial:** Kurangnya dukungan dari keluarga atau komunitas.

2. Solusi untuk Mengatasi Hambatan:

- a. Penyediaan layanan berbasis komunitas yang mudah dijangkau.
- b. Dukungan pemerintah berupa subsidi untuk lansia.
- c. Pelatihan kepada tenaga kesehatan untuk mendekatkan layanan ke area terpencil.

4.10.3 Pengembangan Program Dukungan Psikososial

1. Komponen Program yang Efektif:

- a. Fokus pada kebutuhan unik lansia, seperti dukungan emosional, sosial, dan fisik.
- b. Keterlibatan aktif komunitas dan keluarga dalam program.
- c. Pemantauan dan evaluasi berkala terhadap dampak program.

2. Contoh Program Berhasil:

- a. Kelompok dukungan lansia berbasis komunitas.
- b. Program terapi seni untuk meningkatkan kesehatan mental.
- c. Layanan telekonseling bagi lansia di daerah terpencil.

4.10.4 Rekomendasi untuk Layanan Keperawatan Lansia

Beberapa rekomendasi yang dapat diberikan untuk layanan keperawatan lansia, dengan fokus pada kesejahteraan psikososial, adalah sebagai berikut:

1. Pendidikan dan Pelatihan bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan, termasuk perawat, perlu dilatih dalam aspek psikososial dalam merawat lansia. Ini mencakup pemahaman tentang masalah emosional, sosial, dan mental yang mungkin dihadapi lansia, serta keterampilan dalam memberikan dukungan yang sesuai.

2. Penyediaan Layanan Psikososial Berbasis Komunitas

Membuat layanan psikososial lebih mudah diakses dengan mengembangkan program berbasis komunitas yang memungkinkan lansia untuk berinteraksi dan mendapatkan dukungan. Ini bisa berupa kelompok dukungan, layanan konseling kelompok, atau kegiatan seni dan kreativitas yang melibatkan lansia.

3. Meningkatkan Keterlibatan Keluarga dalam Perawatan

Keluarga merupakan bagian penting dari perawatan lansia, dan oleh karena itu, mereka harus dilibatkan dalam setiap aspek perawatan psikososial. Pelatihan bagi keluarga tentang cara mendukung lansia dalam menghadapi tantangan emosional dan sosial juga sangat penting.

4. Pemberdayaan Lansia Melalui Teknologi

Lansia dapat diberdayakan melalui penggunaan teknologi untuk mendukung kesehatan mental dan sosial mereka. Misalnya, layanan telekonseling atau aplikasi kesehatan yang memungkinkan lansia untuk tetap terhubung dengan tenaga medis atau komunitas mereka.

5. Kebijakan Pemerintah yang Mendukung

Pemerintah perlu menciptakan kebijakan yang mendukung kesejahteraan psikososial lansia. Ini mencakup subsidi untuk layanan kesehatan, penyediaan fasilitas yang ramah lansia, dan program-program yang meningkatkan kualitas hidup lansia, baik di rumah maupun di komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Pedoman Pelayanan Lansia di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta: Kemenkes RI.
- Hurlock, E. B. (2018). Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan. Jakarta: Erlangga.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2020). Human Development. New York: McGraw-Hill.
- Smet, B. (2019). Psikologi Kesehatan. Jakarta: PT Gramedia.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2022). Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community. St. Louis: Elsevier.
- Wahyuni, T. (2019). Pendekatan Holistik dalam Keperawatan Lansia. Bandung: Alfabeta.
- World Health Organization. (2021). Ageing and health. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Effendi, F., & Makhfudli. (2019). Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Sugiyono. (2019). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Nugroho, W. (2012). Keperawatan Gerontik dan Geriatrik. Jakarta: EGC.

BAB 5

KONSEP KEPERAWATAN GERONTIK

Oleh Siska Sibua

5.1 Pendahuluan

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia pasal 1 poin 2 mendefinisikan penduduk lanjut usia (lansia) sebagai mereka yang telah mencapai usia 60 ke atas. Seiring meningkatnya derajat kesehatan dan kesejahteraan penduduk, akan berpengaruh pada peningkatan umur harapan hidup di Indonesia. Hal ini mengakibatkan lansia semakin meningkat, baik jumlah maupun proporsinya (Andhie Poltak L. Girsang *et al.*, 2022).

Pada tahun 2030, diperkirakan setidaknya 1 dari 6 penduduk dunia adalah lansia (World Health Organization, 2020). Jumlah penduduk dunia yang berusia 60 tahun ke atas diperkirakan akan meningkat dari 1,4 miliar pada tahun 2020 menjadi 2,1 miliar pada tahun 2050. Sejak tahun 2021, Indonesia telah memasuki struktur penduduk tua (*ageing population*), di mana sekitar 1 dari 10 penduduk adalah lansia. Fenomena *ageing population* bisa menjadi bonus demografi kedua, yaitu ketika proporsi lansia semakin banyak tetapi masih produktif dan dapat memberikan sumbangan bagi perekonomian negara. Akan tetapi, lansia dapat menjadi tantangan pembangunan ketika tidak produktif dan menjadi bagian dari penduduk rentan (Andhie Poltak L. Girsang *et al.*, 2022).

Data Susenas Maret 2022 memperlihatkan sebanyak 10,48 persen penduduk adalah lansia, dengan nilai rasio ketergantungan lansia sebesar 16,09. Artinya, setiap satu orang lansia didukung oleh sekitar 6 orang penduduk usia produktif (umur 15-59 tahun). Lansia perempuan lebih banyak daripada laki-laki (51,81 persen berbanding 48,19 persen) dan lansia di perkotaan lebih banyak daripada perdesaan (56,05 persen

berbanding 43,95 persen). Sebanyak 65,56 persen lansia tergolong lansia muda (60-69 tahun) 26,76 persen lansia madya (70-79 tahun), dan 7,69 persen lansia tua (80 tahun ke atas). Yogyakarta adalah provinsi dengan proporsi lansia tertinggi (16,69 persen), sedangkan provinsi dengan proporsi lansia terendah adalah Papua (5,02 persen). Pada tahun 2022, terdapat delapan provinsi yang termasuk *ageing population* yaitu Sumatera Barat, Lampung, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Selatan (Andhie Poltak L. Girsang et al., 2022).

Sekitar tiga dari sepuluh (30,79 persen) rumah tangga terdapat lansia, di mana separuh lansia di antaranya (56,73 persen) adalah kepala rumah tangga. Sebanyak 64,59 persen lansia berstatus kawin dan 32,38 persen berstatus cerai mati. Proporsi lansia perempuan yang cerai mati jauh lebih besar daripada lansia laki-laki, yaitu 49,71 persen berbanding 13,76 persen. Sebanyak 7,25 persen lansia tinggal sendirian, 20,85 persen tinggal bersama pasangan, dan sisanya tinggal bersama keluarga inti, tiga generasi, serta anggota rumah tangga lainnya (Muhith and Siyoto, 2016).

5.2 Definisi Keperawatan Gerontik

Gerontologi berasal dari bahasa geros yang memiliki arti lanjut usia dan logos adalah ilmu. Gerontologi adalah cabang ilmu yang membahas permasalahan tentang penuaan dan masalah yang timbul pada orang yang berusia lanjut. Keperawatan Gerontik adalah suatu pelayanan profesional yang berdasarkan ilmu dan kiat dan teknik keperawatan yang berbentuk bio-psikososial- spiritual dan kultural yang holistik yang di tujukan pada klien lanjut usia baik sehat maupun sakit pada tingkat individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Manurung, Ritonga and Damanik, 2020).

Lanjut Usia disingkat dengan Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun ke atas. Setiap makhluk hidup akan mengalami semua proses yang dinamakan menjadi tua atau menua. Proses menua tersebut bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur

mengakibatkan perubahan pada organ dan sistem tubuh. Lanjut usia atau lansia merupakan tahap akhir dari siklus hidup manusia, yaitu bagian dari proses kehidupan yang tak dapat dihindarkan dan akan dialami oleh setiap individu. Pada tahap ini individu mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya (Muhith and Siyoto, 2016).

Batasan-Batasan Lansia Depkes RI membagi lansia sebagai berikut :

1. Menjelang Usia lanjut (45-54 tahun) sebagai masa vibrilitas
2. Usia Lanjut (55-64 tahun) sebagai presenium
3. Usia Lanjut (65 tahun <) sebagai masa senium

Sedangkan WHO Lansia dibagi menjadi 3 kategori yaitu :

1. Usia Lanjut: 60-70 tahun
2. Usia Tua: 75-89 tahun
3. Usia sangat lanjut > 90 tahun

5.3 Tujuan Keperawatan Gerontik

Tujuan keperawatan gerontik adalah untuk memberikan perawatan yang holistik, komprehensif dan terpadu bagi individu lansia. Tujuan ini mencakup aspek kesehatan fisik, mental, sosial dan spiritual dengan tujuan utama menjaga dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Tujuan khusus dari keperawatan Gerontik yaitu (Rauf, 2023):

1. Mempertahankan kesehatan fisik
Tujuan ini mencakup upaya untuk mencegah payakit, mengelola kondisi kronis dan mempromosikan kesehatan fisik secara umum.
2. Meningkatkan Kesejahteraan Psikologis
Perawat gerontik berupaya mendukung kesejahteraan mental lansia dengan memberikan dukungan emosional, mengatasi perasaan kesepian serta membantu lansia dalam mengatasi stres dan perubahan emosional yang mungkin terjadi.

3. Memfasilitasi Kemandirian
Tujuan ini memberikan dukungan dan bantuan sesuai kebutuhan tanpa menghilangkan kemampuan lansia untuk melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri
4. Meningkatkan Kualitas Hidup
Keperawatan gerontik berjuan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dengan memberikan perawatan yang memenuhi kebutuhan fisik, sosial dan psikologis lansia dengan memberikan perawatan yang nyaman, aman dan sesuai dengan kebutuhan lansia
5. Mengoptimalisasi Dukungan Sosial
Perawat gerontik membantu lansia dalam menjaga dan memperluas jaringan dukungan sosial, dengan berinterkasi dengan orang lain lansia dapat merasa lebih terhubung dan terhindar dari isolasi sosial
6. Edukasi dan Pemberdayaan
Tujuan ini melibatkan memberikan edukasi kepada lansia dan keluarga tentang kondisi kesehatan, pengelolaan obat dan cara menjalani gaya hidup sehat.
7. Paliatif dan Perawatan Akhir Hidup
Tujuan ini memberikan perawatan akhir hidup yang nyaman dan bermartabat dengan memberikan dukungan psikologis dan membantu lansia dan keluarga dalam menghadapi akhir hidup dengan damai
8. Promosi Dukunagn Spiritual
Keperawatan gerontik mengakui aspek spiritual dalam hidup lansia, tujuan ini memberikan dukungan untuk kebutuhan spiritual dan religius sesuai dengan kepercayaan dan nilai-nilai individu
9. Kolaborasi dengan Tim Kesehatan
Perawat gerontik bekerja sama dengan profesional kesehatan lainnya untuk memberikan perawatan yang terintegrasi dan holistik
10. Menghormati Hak dan Kehendak Lansia
Tujuan ini mencakup menghormati hak lansia dalam mengambil keputusan mengenai perawatan mereka

sendiri dan menghargai keinginan mereka terhadap kualitas hidup dan akhir hidup.

5.4 Fungsi Keperawatan Gerontik

Fungsi keperawatan Gerontik agar menjamin tercapainya tujuan keperawatan gerontik yaitu (Rauf, 2023) :

1. Pemberi Asuhan Keperawatan

Peran Perawat sangat penting dalam melakukan perawatan terhadap lansia dengan memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan dan kualitas hidup lansia, Tahapan dalam proses keperawatan yaitu menilai dan mengkaji status kesehatan, perencanaan perawatan, pelaksanaan perawatan dan monitor dan evaluasi

2. Edukator

Perawat gerontik memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang kondisi kesehatan, perawatan yang diberikan serta tindakan pencegahan yang harus dilakukan. Perawat gerontik sebagai edukator juga mendidik pasien untuk menjaga kesejahteraan umum mereka termasuk aspek psikososial dan mental.

3. Advokat Pasien

Sebagai advokat pasien, perawat gerontik memiliki tanggung jawab untuk melindungi hak, kepentingan dan kesejahteraan pada lansia. Perawat memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang terbaik dan dihormati dalam setiap aspek perawatan kesehatan.

4. Manager

Sebagai seorang perawat gerontik fungsi sebagai manager mencakup pengelolaan sumber daya, koordinasi tim, perencanaan strategis dan pemantauan keseluruhan dari berbagai aspek yang terkait dengan perawatan lansia.

5. Peneliti

Fungsi perawat gerontik sebagai peneliti melibatkan pengembangan pengetahuan dan pemahaman yang lebih dalam tentang aspek perawatan dan kesejahteraan khusus pada populasi lansia. Perawat gerontik memiliki peran penting dalam mengembangkan ilmu keperawatan gerontik

menginformasikan praktik perawatan yang lebih baik dan memastikan bahwa perawatan kepada populasi lansia didasarkan pada bukti dan pengetahuan ilmiah yang akurat.

5.5 Tren dan Issue Keperawatan Gerontik

Kelompok penduduk usia lanjut merupakan kelompok yang terus berkembang jumlahnya seiring dengan meningkatnya usia harapan hidup. Untuk sebagian usia lanjut, umur panjang merupakan kebahagiaan yang panjang, akan tetapi bagi sebagian yang tidak beruntung, umur panjang sering disertai dengan masalah yang berkepanjangan sehingga perlu perhatian dan bantuan dari semua pihak (Agustina, 2022).

Issue-issue yang menyerta usia lanjut adalah (Agustina, 2022) :

1. Keamanan dan jaminan keuangan

Masalah jaminan keuangan pada usia lanjut sering terjadi dan dapat merupakan sumber masalah bagi masalah lainnya selama hidup usia lanjut. Masalah ekonomi berkaitan dengan keterbatasan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari termasuk biaya untuk memelihara kesehatan. Sehingga banyak usia lanjut yang menderita penyakit kronis tapi tidak mampu berobat. Keterbatasan penghasilan sering disertai dengan keterbatasan untuk mencari pekerjaan, yang diakibatkan banyaknya persaingan dengan kelompok usia yang lebih muda.

2. Perlindungan terhadap aset dan kekayaan

Usia lanjut, memiliki kekayaan yang mereka kumpulkan selama hidup. Tujuan menabung dan menyimpan harta pada masa muda adalah selain untuk kesejahteraan keturunannya, juga aset dapat digunakan untuk membiayai kehidupannya di usia lanjut, dimana tidak mampu lagi untuk mencari uang dan penghasilan. Akan tetapi, sering usia lanjut mengalami masalah dengan aset dan kekayaan. Banyak usia lanjut, yang karena ketidak berdayaannya harus kehilangan kekayaannya yang diambil atau digunakan untuk kepentingan anak-cucunya atau keluarga lainnya secara berlebihan dan tidak bertanggung jawab, menyebabkan usia lanjutlah yang seolah-olah

menumpang pada anaknya atau keluarganya. Perlindungan kekayaan dan aset lansia harus menjadi perhatian pemerintah dan petugas kesehatan termasuk perawat untuk menjadi pembela atau advokat akan hak-hak usila terhadap asetnya.

3. Promosi kesehatan

Promosi kesehatan pada usila menjadi suatu hal yang sulit berkaitan dengan kurangnya kemampuan fisik dan mahalannya biaya promosi kesehatan. Perawat gerontik yang ada di masyarakat harus bekerja keras bersama-sama dengan usia lanjut dan seluruh komponen masyarakat untuk membangun situasi yang kondusif untuk promosi kesehatan sedini mungkin, sehingga pada saatnya berusia lanjut tidak akan terlalu mendapatkan masalah kesehatan yang kompleks.

4. Perawatan usila selama sakit

Usila yang mengalami sakit, seperti penyakit-penyakit kronis sering menjadi beban bagi anak, pasangan atau keluarga yang lainnya, sehingga kadang-kadang usia lanjut yang sakit tersebut terbengkalai kebutuhannya secara utuh. Apalagi di jaman seperti sekarang, dimana para wanita banyak yang keluar rumah untuk bekerja, sering usila yang tinggal dengan anak-anaknya, justru malah menjadi orang yang dibebani untuk mengurus segala urusan keluarga termasuk mengasuh cucu, dengan demikian apabila usila tersebut sakit akan terjadi permasalahan ganda dan menyebabkan usila dalam posisi yang beresiko untuk kebaikan oleh keluarga.

5.6 Legal Etik Keperawatan Gerontik

Etik Keperawatan adalah Aspek aturan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawab pada berbagai tatanan pelayanan termasuk hak dan kewajibannya yang di atur dalam undang-undang keperawatan. Tidak melakukan apa yang seharusnya dilakukan atau melalaikan kewajibannya, melanggar peraturan perundang-undangan (Mujiadi and Rachmah, 2022).

Standar praktik keperawatan gerontik adalah semua pelayanan gerontik harus direncanakan, diatur dan diarahkan perawat untuk berpartisipasi dalam pembuatan dan pengujian teori sebagai dasar untuk keputusan klinis. Status kesehatan lansia dikaji secara komprehensif, akurat dan sistematis (Mujiadi and Rachmah, 2022).

5.6.1 Tantangan Etis dalam Merawat Orang Tua

Tantangan yang terdapat pada lanjut usia, bila ditinjau dari aspek hukum dan etika sebagai berikut (Agus et al., 2023) :

1. Keterbatasan prasarana : Prasarana pelayanan terhadap lanjut usia yang terbatas di tingkat masyarakat, pelayanan tingkat dasar, pelayanan rujukan tingkat I dan tingkat II sering menimbulkan permasalahan bagi para lanjut usia. Demikian pula, lembaga sosial masyarakat dan organisasi sosial dan kemasyarakatan lainnya yang menaruh minat pada permasalahan ini terbatas jumlahnya. Hal ini mengakibatkan para lanjut usia tak dapat diberi pelayanan sedini mungkin sehingga persoalannya menjadi berat pada saat diberikan pelayanan.
2. Keterbatasan sumber daya manusia : Terbatasnya kuantitas dan kualitas tenaga yang dapat memberi pelayanan serta perawatan kepada lanjut usia secara bermutu dan berkelanjutan mengakibatkan keterlambatan dalam mengetahui tanda-tanda dini adanya suatu permasalahan hukum dan etika yang sedang terjadi. Oleh karena itu, upaya mengatasi secara benar oleh tenaga yang berkompeten sering dilakukan terlambat dan permasalahan sudah berlarut.

5.6.2 Aspek Hukum dan Etika

Hukum tentang Lanjut Usia dan penerapannya disuatu negara merupakan gambaran sampai berapa jauh perhatian negara terhadap para Lanjut Usianya. Baru sejak tahun 1965 di Indonesia diletakkan landasan hukum, yaitu Undang- Undang nomor 4 tahun 1965 tentang Bantuan bagi Orang Jompo. Bila dibandingkan dengan keadaan di negara maju, di negara

berkembang perhatian terhadap Lanjut Usia belum begitu besar (Mujiadi and Rachmah, 2022).

Berbagai produk hukum dan perundang-undangan yang langsung mengenai Lanjut Usia atau yang tidak langsung terkait dengan kesejahteraan Lanjut Usia telah diterbitkan sejak 1965. Beberapa di antaranya adalah (Mujiadi and Rachmah, 2022):

1. Undang-undang nomor 4 tahun 1965 tentang Pemberian bantuan bagi Orang Jompo (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 1965 nomor 32 dan tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 2747).
2. Undang-undang Nomor 14 tahun 1969 tentang Ketentuan Pokok Mengenai Tenaga Kerja.
3. Undang-undang Nomor 6 tahun 1974 tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial.
4. Undang-undang Nomor 7 tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Wanita.
5. Undang-undang Nomor 2 tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan nasional.
6. Undang-undang Nomor 2 tahun 1982 tentang Usaha Perasuransian.
7. Undang-undang Nomor 3 tahun 1982 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja.
8. Undang-undang Nomor 4 tahun 1992 tentang Perumahan dan Pemukiman
9. Undang-undang Nomor 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan keluarga Sejahtera.]
10. Undang-undang Nomor 11 tahun 1992 tentang Dana Pensiun.
11. Undang-undang Nomor 23 tentang Kesehatan.
12. Peraturan Pemerintah Nomor 21 tahun 1994 tentang Penyelenggaraan Pembangunan Keluarga Sejahtera.
13. Peraturan Pemerintah Nomor 27 tahun 1994 tentang Pengelolaan Perkembangan Kependudukan.
14. Undang-undang Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia (Tambahan lembaran Negara

nomor 3796), sebagai pengganti undang-Undang nomor 4 tahun 1965 tentang Pemberian bantuan bagi lansia.

Undang-undang Nomor 13 tahun 1998 ini berisikan antara lain :

1. Hak, kewajiban, tugas dan tanggung jawab pemerintah, masyarakat dan kelembagaan.
2. Upaya pemberdayaan
3. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia potensial dan tidak potensial.
4. Pelayanan terhadap Lanjut Usia.
5. Perlindungan sosial.
6. Bantuan sosial.
7. Koordinasi.
8. Ketentuan pidana dan sanksi administrasi.
9. Ketentuan peralihan

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, A.I. *et al.* (2023) *Keperawatan Gerontik*. Edited by H. Amir, R. Hidayat, and Sunarti. Makassar.
- Agustina, L. (2022) *Buku Pedoman Kerja Mahasiswa Keperawatan Gerontik*. Stikes Medistra Indonesia, Program Profesi Ners Indonesia.
- Andhie Poltak L. Girsang *et al.* (2022) *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2022*. Edited by A.S. Mustari *et al.* Jakarta: 04200.2225.
- Manurung, S.S., Ritonga, Dr. dr. I.L. and Damanik, H. (2020) *Keperawatan Gerontik*. Deepublish (CV. Budi Utama).
- Muhith, A. and Siyoto, S. (2016) *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Edited by P. Christian. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Mujiadi and Rachmah, S. (2022) *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Edited by E.D. Kartiningrum. Mojokerto: Stikes Majapahit Mojokerto.
- Rauf, S. (2023) *Konsep Keperawatan Gerontik*, <http://saidahrauf.com/berita/detail/konsep-keperawatan-gerontik>.
- World Health Organization (2020) *Ageing*, <https://www.who.int/health-topics/agein>.

BAB 6

PENCEGAHAN JATUH

Oleh Hendri Tamara Yuda

6.1 Pendahuluan

Risiko jatuh merupakan keadaan dimana seseorang berpotensi mengalami peningkatan kemungkinan untuk jatuh yang dapat menyebabkan cedera fisik dan terjadi karena adanya gangguan keseimbangan pada tubuh. Gangguan keseimbangan 50% dialami orang dewasa berusia di atas 65 tahun. Buruknya keseimbangan pada tubuh juga merupakan sebab dari rawannya risiko jatuh hingga 3 kali lipat (Noll, 2013). Masalah ini menjadi sangat penting karena mengakibatkan kematian tertinggi di dunia pada orang berusia lebih dari 60 tahun adalah jatuh. Sedikitnya, 30% lansia di atas 65 tahun mengalami jatuh satu kali per tahun. Angka tersebut mengalami peningkatan menjadi 50% pada lansia di atas usia 80 tahun (Lytras *et al.*, 2022).

Jatuh merupakan salah satu masalah utama kesehatan pada lansia dan menjadi penyebab signifikan morbiditas, mortalitas, serta beban ekonomi di berbagai negara. Data menunjukkan bahwa sekitar 30-40% lansia yang berusia 65 tahun ke atas mengalami setidaknya satu kali jatuh dalam setahun, dan sekitar setengah dari mereka akan jatuh kembali di tahun berikutnya (World Health Organization, 2021). Di Amerika Serikat, misalnya, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) melaporkan bahwa jatuh menyebabkan sekitar 3 juta kunjungan unit gawat darurat setiap tahunnya bagi lansia dan menyumbang hampir 28.000 kematian per tahun (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Di Indonesia, data (Kemenkes RI, 2018) menunjukkan bahwa prevalensi jatuh pada lansia cukup tinggi dan berkorelasi dengan meningkatnya angka ketergantungan dan penurunan kualitas hidup.

Jatuh pada lansia tidak hanya meningkatkan risiko cedera fisik, seperti fraktur atau trauma kepala, tetapi juga berdampak

signifikan pada kesejahteraan psikologis dan sosial lansia. Lansia yang pernah jatuh sering mengalami kecemasan atau ketakutan akan jatuh lagi (*fear of falling*), yang menyebabkan penurunan mobilitas dan aktivitas sosial. Hal ini berkontribusi pada isolasi sosial, depresi, dan penurunan kualitas hidup (Boyd and Steven, 2009). Selain itu, jatuh juga mengakibatkan beban finansial yang besar baik bagi individu maupun sistem kesehatan, mengingat tingginya biaya perawatan pasca-jatuh, rehabilitasi, dan kebutuhan akan asuhan jangka panjang (Bohl AA *et al.*, 2010)

Jatuh memiliki implikasi serius terhadap kualitas hidup lansia, baik dari sisi kesehatan fisik, psikologis, maupun sosial. Cedera fisik yang diakibatkan oleh jatuh, seperti patah tulang panggul atau tulang belakang, dapat mengakibatkan kecacatan yang permanen dan menurunkan kemampuan fungsional lansia untuk mandiri. Akibatnya, lansia yang pernah jatuh lebih mungkin mengalami penurunan kualitas hidup karena berkurangnya kemampuan untuk melakukan aktivitas harian dan meningkatnya ketergantungan pada orang lain (Berry and Miller, 2008).

Dari aspek psikologis, jatuh sering menyebabkan trauma emosional yang membuat lansia menjadi takut atau enggan untuk bergerak aktif. Ketakutan akan jatuh kembali, atau *post-fall syndrome*, dapat menimbulkan kecemasan berlebih dan berkontribusi pada sindrom imobilisasi, di mana lansia lebih cenderung membatasi aktivitas fisiknya untuk menghindari risiko jatuh, yang justru memperburuk kondisi fisiknya (Gillespie *et al.*, 2012). Penurunan aktivitas fisik ini dapat mempercepat hilangnya kekuatan dan keseimbangan, serta meningkatkan risiko penyakit degeneratif yang lebih lanjut.

Secara keseluruhan, jatuh memiliki dampak multidimensional pada lansia dan memerlukan perhatian yang serius dari tenaga kesehatan untuk mengembangkan intervensi pencegahan jatuh yang komprehensif. Pencegahan jatuh yang efektif tidak hanya dapat meningkatkan kesehatan fisik lansia, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup mereka melalui peningkatan kemandirian, kepercayaan diri, dan keterlibatan sosial.

6.2 Anatomi Dan Fisiologi Penuaan Terkait Resiko Jatuh

Penuaan pada individu lanjut usia mengakibatkan transformasi yang signifikan dalam struktur dan fungsi tubuh, yang berperan dalam meningkatnya risiko terjatuh. Proses penuaan berdampak pada berbagai sistem tubuh, terutama sistem muskuloskeletal, fungsi sensorik, keseimbangan, serta reaksi motorik dan mobilitas. Transformasi ini memerlukan perhatian yang mendalam dalam upaya pencegahan jatuh pada individu lansia.

Penuaan adalah proses alami yang terjadi pada manusia seiring bertambahnya usia. Proses penuaan memengaruhi perubahan pada seluruh sistem dalam tubuh, termasuk sistem muskuloskeletal. Sistem muskuloskeletal terdiri dari sistem otot dan sistem tulang. Perubahan yang terjadi pada sistem muskuloskeletal lansia meliputi perubahan anatomi dan fisiologis. Perubahan tersebut mengakibatkan penurunan fungsi tubuh yang berlanjut pada penurunan keseluruhan fungsi tubuh, sehingga aktivitas sehari-hari dapat terhambat.

Seiring bertambahnya usia, sistem muskuloskeletal mengalami penurunan kekuatan dan massa otot, yang disebut sarcopenia. Penurunan ini mempengaruhi postur, mobilitas, dan kemampuan untuk menjaga keseimbangan. Selain itu, massa tulang menurun secara bertahap, mengakibatkan osteoporosis yang meningkatkan risiko patah tulang pada lansia akibat jatuh (Cruz-Jentoft *et al.*, 2019; Kirk, Al Saedi and Duque, 2019). Perubahan ini mempengaruhi stabilitas fisik, mengurangi kapasitas tubuh untuk menopang berat badan secara optimal, dan meningkatkan kecenderungan jatuh.

6.2.1 Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia

Sistem muskuloskeletal adalah sistem yang terdiri dari tulang, sendi, dan otot. Sistem tersebut memiliki hubungan yang paling kuat dengan mobilitas fisik individu. Seiring bertambahnya usia, terjadi berbagai perubahan pada sistem musculoskeletal yang meliputi tulang, otot, sendi, dan saraf.

6.2.2 Perubahan Fisiologis Tulang

Sistem skeleton manusia terdiri dari 206 tulang, termasuk sendi yang menghubungkan tulang-tulang tersebut. Kerangka yang terbentuk dari susunan tulang tersebut sangat kokoh namun relatif ringan. Fungsi utama sistem skeleton adalah memberikan bentuk dan dukungan pada tubuh manusia. Selain itu, sistem ini berfungsi untuk melindungi tubuh, seperti tulang tengkorak yang melindungi otak dan mata, tulang rusuk yang melindungi jantung, serta tulang belakang yang melindungi sumsum tulang belakang. Kerangka ini juga mengandung tendon otot yang mendukung pergerakan (Mauk, 2006). Tulang mencapai kematangan sepanjang masa dewasa awal tetapi terus mengalami renovasi sepanjang hidup. (Colón *et al.*, 2018) menyatakan bahwa secara umum, perubahan fisiologis pada tulang lansia meliputi kehilangan kandungan mineral tulang. Keadaan tersebut berdampak pada peningkatan risiko fraktur dan insiden jatuh. Selain itu, terjadi penurunan massa tulang yang dikenal sebagai osteopenia. Jika tidak ditangani segera, osteopenia dapat berkembang menjadi osteoporosis, yang ditandai oleh penurunan kepadatan tulang dan peningkatan laju kehilangan tulang.

Perubahan lain yang terjadi menurut (Miller, 2012) meliputi: Peningkatan resorpsi tulang (misalnya, fraktur tulang diperlukan untuk remodelasi), absorpsi kalsium berkurang, peningkatan hormon serum paratiroid, gangguan regulasi aktivitas osteoblas, gangguan formasi tulang sekunder yang mengurangi produksi osteoblastik matriks tulang, penurunan estrogen pada wanita dan testosteron pada pria.

6.2.3 Perubahan Fisiologis Otot

Selain tulang, otot yang dikontrol oleh neuron motorik memiliki dampak langsung pada kehidupan sehari-hari kita. Tabel berikut menunjukkan perubahan fisiologis pada otot yang terjadi pada lansia (Colón *et al.*, 2018)

Perubahan	Efek Fungsional
Peningkatan variabilitas dalam ukuran serat otot	Peningkatan heterogenitas jarak kapiler, karena kapiler dapat hanya terletak di tepi serat → berdampak negatif terhadap oksigenasi jaringan
Kehilangan massa otot	Penurunan kekuatan dan tenaga
Serabut otot (fiber) tipe II menurun	Terjatuh
Infiltrasi lemak	Kerapuhan atau otot melemah

Secara keseluruhan, akibat dari perubahan kondisi otot yang terkait dengan penuaan disebut sarkopenia. Sarkopenia merupakan penurunan massa, kekuatan, dan daya tahan otot (Miller, 2012). Berikut adalah penampang mikroskopis tulang dan otot dalam keadaan normal serta dalam kondisi patologis.

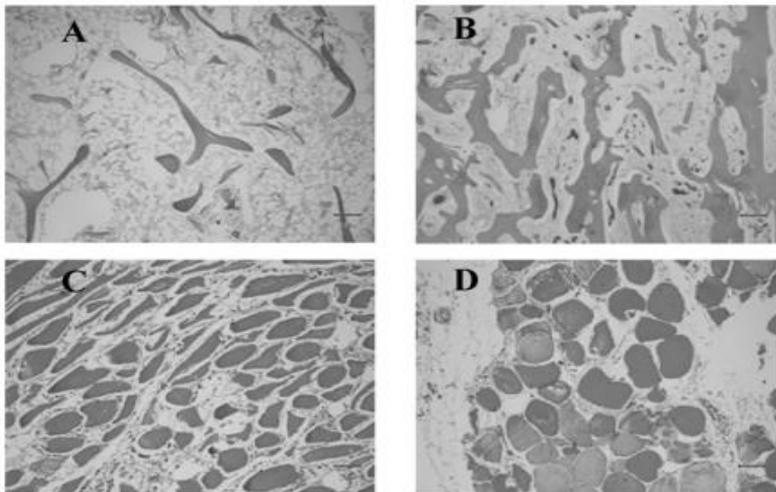


Figure 1. Histologic images of normal and anomalous bone and muscle. **A)** Femoral head showing delicate bone trabeculae suggestive of osteoporosis. **B)** Femoral head showing relatively normal bone trabeculae. **C)** Atrophied muscle. **D)** Normal muscle.

Gambar 6.1. Penampang mikroskopis tulang dan otot (Colón *et al.*, 2018)

6.2.4 Perubahan Pada Sendi dan Jaringan Ikat

Proses degeneratif memengaruhi tendon, ligamen, dan cairan sinovial. Perubahan yang terjadi pada sendi mencakup : menurunnya viskositas cairan synovial, erosi tulang, mengecilnya kartilago, degenerasi gen dan sel elastin, ligamen memendek, fragmentasi struktur fibrosa di jaringan ikat, pembentukan jaringan parut di kapsul sendi dan jaringan ikat. Penurunan kapasitas gerakan, seperti: penurunan rentang gerak pada lengan atas, fleksi punggung bawah, rotasi eksternal pinggul, fleksi lutut, dan dorsofleksi kaki (Miller, 2012).

Komponen kapsul sendi pecah, dan kolagen di jaringan ikat semakin meningkat (Stanley & Beare, 2007) Perubahan pada sendi ini mengakibatkan gangguan fleksi dan ekstensi, penurunan fleksibilitas struktur berserat, berkurangnya perlindungan terhadap kekuatan gerakan, erosi tulang, penurunan kemampuan jaringan ikat (Miller, 2012), inflamasi, nyeri, penurunan mobilitas sendi, dan deformitas (Stanley & Beare, 2007)

6.2.5 Perubahan Pada Syaraf

Proses degeneratif memengaruhi refleks, sensasi, dan posisi sendi. Perubahan yang terjadi pada sistem saraf mencakup: penurunan gerakan refleks, gangguan proprioception terutama pada wanita, berkurangnya rasa sensasi getaran dan posisi sendi pada ekstremitas bagian bawah (Miller, 2012)

6.2.6 Penurunan fungsi sensorik dan keseimbangan

Fungsi sensorik, khususnya penglihatan, pendengaran, dan proprioepsi (kesadaran akan posisi tubuh), mengalami penurunan seiring bertambahnya usia. Gangguan penglihatan, seperti degenerasi makula atau katarak, mengurangi kemampuan lansia untuk mendeteksi rintangan atau perubahan di jalan raya. Gangguan pendengaran juga dapat memengaruhi kemampuan untuk merespons lingkungan dengan cepat (Arshad and Seemungal, 2016). Fungsi sistem vestibular yang mengatur keseimbangan mengalami penurunan, mengakibatkan kemampuan lansia untuk mempertahankan keseimbangan berkurang secara signifikan (Horak, 2006).

Penurunan fungsi sensorik memperburuk respons tubuh terhadap ketidakseimbangan, membuat lansia rentan terhadap hilangnya keseimbangan. Interaksi antara disfungsi sistem vestibular dan propriosepsi mengurangi kemampuan tubuh untuk memperkirakan posisi sendi dan orientasi, yang krusial untuk mencegah jatuh (Day, 2003). Oleh karena itu, lansia mengalami kesulitan yang lebih signifikan dalam beradaptasi dengan lingkungan yang memerlukan respons keseimbangan yang cepat.

6.2.7 Penurunan Fungsi Muskuloskeletal

Penurunan fungsi muskuloskeletal disebabkan oleh tiga faktor (Fillit, Rockwood and Young, 2017) yaitu:

Dampak penuaan pada komponen system muskuloskeletal, seperti tulang rawan artikular, kerangka, dan jaringan lunak, berkontribusi terhadap perkembangan osteoporosis dan osteoarthritis, serta penurunan mobilitas sendi, kekakuan, dan kesulitan dalam memulai gerakan.

Gangguan muskuloskeletal terkait dengan penuaan yang dimulai pada masa dewasa muda mengakibatkan peningkatan nyeri dan disabilitas tanpa mengurangi harapan hidup, contohnya seronegatif spondyloarthritis dan trauma muskuloskeletal.

Tingginya prevalensi gangguan muskuloskeletal tertentu pada lansia, seperti polymyalgia rheumatica, penyakit Paget tulang, dan arthropati terkait kristal.

6.3 Identifikasi Dan Penilaian Resiko Jatuh

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan yang Menurut (Miller, 2012), pemeriksaan sistem muskuloskeletal berkonsentrasi pada identifikasi risiko jatuh, patah tulang, dan osteoporosis.

Evaluasi sistem muskuloskeletal pada lansia dapat dimulai dengan mengidentifikasi risiko jatuh. Kondisi seperti osteoporosis dapat memperbesar risiko terjatuh pada individu lanjut usia. Insiden jatuh dapat mengakibatkan cedera, termasuk penurunan fungsi, fraktur, bahkan fatalitas (Cary and Lider, 2011). Dalam melakukan evaluasi risiko jatuh, pengkajian harus bersifat multidimensional dan sebaiknya dimulai dengan mengamati lansia

di lingkungan tempat tinggalnya serta objek-objek di sekitarnya (Miller, 2012).

Dalam melakukan evaluasi risiko jatuh, pengkajian harus bersifat multidimensional dan sebaiknya dimulai dengan mengamati lansia di lingkungan tempat tinggalnya serta objek-objek di sekitarnya. Tempat tinggal adalah lokasi paling umum bagi lansia yang mengalami insiden jatuh, yang disebabkan oleh interaksi beragam yang berkembang seiring waktu dan objek di lingkungan mereka. Pertanyaan yang dapat diajukan oleh perawat mengenai risiko jatuh, seperti “Apakah Anda pernah mengalami jatuh dalam beberapa tahun terakhir?” dan “Apakah Anda memiliki ketakutan terhadap jatuh?” (Miller, 2012).

Alat dan metode penilaian risiko jatuh

Berbagai alat penilaian jatuh telah dirancang dan tersedia dalam berbagai konteks. Tujuan dari alat ini adalah untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh, memungkinkan penerapan langkah-langkah pencegahan (Miller, 2012).

1. *Time Up and Go Test* (TUG)

Perawat dapat mengevaluasi gaya berjalan dan keseimbangan using Time Up and Go Test (TUG) (Miller, 2012; CDC, 2017). Perawat dapat meminta pasien untuk duduk di kursi dengan sandaran tangan, berdiri dari kursi, berjalan beberapa langkah, kemudian berbalik dan kembali ke kursi (Miller, 2012). Individu lanjut usia yang memerlukan waktu lebih dari 12 detik untuk menyelesaikan TUG berisiko mengalami jatuh (CDC, 2017).

Perawat juga dapat mengamati pola berjalan yang khas dari lansia tersebut, dengan memberikan perhatian khusus pada gaya berjalan atau keseimbangan. Setelah observasi, perawat dapat mengajukan pertanyaan kepada lansia mengenai kemampuan mereka dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari (Activity Daily Life). Ketika teridentifikasi bahwa lansia mengalami kelemahan atau keterbatasan dalam melakukan aktivitas, lakukan identifikasi ulang mengenai penggunaan alat bantu untuk

mobilitas, keseimbangan, keselamatan, dan kemandirian (Miller, 2012).

ASSESSMENT

Timed Up & Go (TUG)

Purpose: To assess mobility
Equipment: A stopwatch
Directions: Patients wear their regular footwear and can use a walking aid, if needed. Begin by having the patient sit back in a standard arm chair and identify a line 3 meters, or 10 feet away, on the floor.

① **Instruct the patient:**

When I say "Go," I want you to:

- Stand up from the chair.
- Walk to the line on the floor at your normal pace.
- Turn.
- Walk back to the chair at your normal pace.
- Sit down again.

② On the word "Go," begin timing.
 ③ Stop timing after patient sits back down.
 ④ Record time.

Time in Seconds: _____

An older adult who takes ≥12 seconds to complete the TUG is at risk for falling.

CDC's STEADI tools and resources can help you screen, assess, and intervene to reduce your patient's fall risk. For more information, visit www.cdc.gov/steadi

Patient _____

Date _____

Time _____ AM PM

OBSERVATIONS

Observe the patient's postural stability, gait, stride length, and sway.

Check all that apply:

- Slow tentative pace
- Loss of balance
- Short strides
- Little or no arm swing
- Steadying self on walls
- Shuffling
- En bloc turning
- Not using assistive device properly

These changes may signify neurological problems that require further evaluation.



Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Injury Prevention and Control



Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries

2017

Gambar 6.2. Pengkajian TUG Test (CDC, 2017)

2. Model Risiko Jatuh Hendrich II

Model Risiko Jatuh Hendrich II merupakan instrumen yang umum digunakan untuk mengevaluasi risiko jatuh pada individu lanjut usia, khususnya dalam konteks perawatan kesehatan seperti rumah sakit dan panti jompo. Model ini dikembangkan untuk membantu perawat dan profesional kesehatan lainnya dalam mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi jatuh dan merancang intervensi yang tepat untuk mencegah kejadian tersebut. Model ini juga memfasilitasi evaluasi cepat termasuk faktor risiko utama

yang lazim pada populasi lansia (Hendrich, Bender and Nyhuis, 2003).

Model Risiko Jatuh Hendrich II mencakup faktor risiko dan TUG. Faktor risiko yang tercantum dalam formulir meliputi Kebingungan/Disorientasi/ Impulsivitas, Depresi simptomatik, Eliminasi yang terganggu, serta penggunaan obat antiepilepsi dan benzodiazepin. Untuk penilaian TUG, nilai yang sama dengan atau melebihi 5 dianggap berisiko tinggi (Miller, 2012).

HENDRICH II FALL RISK MODEL®		
RISK FACTOR	RISK POINTS	SCORE
Confusion/Disorientation/Impulsivity	4	
Symptomatic Depression	2	
Altered Elimination	1	
Dizziness/Vertigo	1	
Gender (Born male and/or self-identify as male.)	1	
Any Administered Antiepileptics (Anticonvulsants) ¹	2	
Any Administered Benzodiazepines ²	1	
Get-Up-and-Go Test: "Rising From a Chair"		
<i>NOTE: If unable to assess, monitor for change in activity level, assess other risk factors, document both on patient chart with date and time.</i>		
Ability to rise in a single movement - no loss of balance with steps	0	
Pushes up, successful in one attempt	1	
Multiple attempts, but successful	3	
Unable to rise without assistance during test	4	
A TOTAL SCORE OF 5 OR GREATER = HIGH RISK		TOTAL SCORE: <input type="text"/>

Gambar 6.3. Model Resiko Jatuh Hendrich II (Hendrich, 2023)

3. Berg Balance Scale (BBS)

Berg Balance Scale (BBS) adalah alat penilaian standar yang digunakan untuk mengukur keseimbangan fungsional pada populasi lansia, terutama dalam konteks risiko jatuh. Instrumen ini dikembangkan oleh Katherine Berg pada tahun 1989 dan telah diakui secara luas dalam bidang

rehabilitasi dan perawatan geriatrik karena validitas dan reliabilitasnya yang tinggi dalam mengidentifikasi gangguan keseimbangan pada lansia (Berg *et al.*, 1992). BBS banyak digunakan di klinik, rumah sakit, serta pusat perawatan jangka panjang untuk membantu profesional kesehatan dalam menentukan strategi intervensi yang tepat guna mengurangi risiko jatuh.

BBS memiliki empat belas aktivitas keseimbangan yang menggambarkan tugas-tugas sehari-hari yang menantang kemampuan motorik dan keseimbangan lansia. Setiap aktivitas BBS dinilai berdasarkan skala 0–4, dengan skor tertinggi 56 poin. Instrumen ini mengevaluasi kinerja dalam lima tingkat, dari 0 (tidak mampu melakukan kinerja) hingga 4 (kinerja normal), melalui 14 aktivitas yang berbeda. Pengkajian membutuhkan waktu selama 15-20 menit untuk menyelesaikan kegiatan. Skor 0 sampai 20 menunjukkan risiko jatuh tinggi, 21 sampai 40 menunjukkan risiko jatuh sedang, dan 41 sampai 56 menunjukkan risiko jatuh rendah (Berg, Wood, Williams, & Maki, 1992). Berikut ini mencakup penilaian dalam BBS, yaitu (1) duduk untuk berdiri; (2) berdiri tidak didukung; (3) duduk tidak didukung; (4) berdiri untuk duduk (5) transfer; (6) berdiri dengan mata tertutup; (7) berdiri dengan kedua kaki; (8) maju dengan tangan terulur; (9) mengambil objek di lantai; (10) beralih untuk melihat ke belakang; (11) berputar 360 derajat; (12) menempatkan salah satu kaki di bangku; (13) berdiri dengan satu kaki di depan; (14) berdiri dengan satu kaki (Berg *et al.*, 1992)

Berg Balance Scale

Name: _____ Date: _____

Rater's Name: _____ Location: _____

General Instructions					
<p>Please document each task and/or give instructions as written. When scoring, please record the lowest response category that applies for each item. In most items, the subject is asked to maintain a given position for a specific time. Progressively more points are deducted if:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The time or distance requirements are not met • The subject's performance warrants supervision • The subject touches external support or receives assistance from the examiner <p>The subject should understand that they must maintain their balance while attempting the tasks. The choices of which leg to stand on or how far to reach are left to the subject. Poor judgment will adversely influence the performance and the scoring. Equipment required for testing is a stopwatch or watch with a second hand, and a ruler or other indicator of 2, 5, and 10 inches. Chairs used during testing should be a reasonable height. Either a step or a stool of average step height may be used for item # 12.</p>					
Item Description	Score				
1. Sitting to standing	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2. Standing unsupported	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3. Sitting unsupported	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4. Standing to sitting	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5. Transfers	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6. Standing with eyes closed	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7. Standing with feet together	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8. Reaching forward with outstretched arm	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9. Retrieving object from floor	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10. Turning to look behind	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11. Turning 360 degrees	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12. Placing alternate foot on stool	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13. Standing with one foot in front	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14. Standing on one foot	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Total Score:					

<https://www.carepatron.com/>

Powered by carepatron

Gambar 6.4. Berg Balance Scale
(<https://www.carepatron.com/>)

4. Morse Fall Scale (MFS)

Morse Fall Scale (MFS) adalah alat penilaian risiko jatuh yang umum digunakan di beberapa pengaturan klinis, termasuk rumah sakit, fasilitas perawatan jangka panjang, dan lingkungan masyarakat. Dikembangkan oleh Janice Morse pada tahun 1985, MFS dirancang untuk secara cepat mengevaluasi risiko jatuh pada populasi dewasa, termasuk

individu lanjut usia. Alat ini mengevaluasi berbagai faktor risiko yang sudah terbukti terkait dengan insiden jatuh, sehingga membantu dalam mengidentifikasi pasien yang memerlukan perhatian dan intervensi khusus untuk mencegah jatuh (Morse, Morse and Tylko, 1989). MFS terdiri dari enam komponen atau kriteria utama, yang masing-masing diberikan nilai tertentu berdasarkan tingkat risiko. Total skor yang didapatkan kemudian digunakan untuk menentukan kategori risiko jatuh. Enam komponen dalam MFS meliputi:

- a. **Riwayat Jatuh Sebelumnya** (25 poin): Pasien dengan riwayat jatuh sebelumnya cenderung memiliki risiko lebih tinggi untuk jatuh kembali.
- b. **Diagnosis Sekunder** (15 poin): Lansia dengan lebih dari satu diagnosis medis sering kali memiliki kondisi fisik yang kompleks, yang dapat meningkatkan risiko jatuh.
- c. **Alat Bantu** (15-30 poin): Penggunaan alat bantu seperti tongkat, walker, atau kursi roda mengindikasikan keterbatasan mobilitas yang dapat meningkatkan risiko jatuh.
- d. **Terpasangnya Infus atau Kateter Intravenous** (20 poin): Alat ini membatasi gerakan dan dapat meningkatkan risiko jatuh, terutama di lingkungan rumah sakit.
- e. **Cara Berjalan** (10-20 poin): Dinilai berdasarkan stabilitas berjalan; lansia dengan gangguan gaya berjalan atau berjalan dengan bantuan membutuhkan lebih banyak perhatian.
- f. **Status Mental** (15 poin): Lansia dengan gangguan orientasi atau kesadaran akan kebutuhan diri lebih rentan jatuh karena ketidakmampuan mereka untuk mengenali bahaya.

Skor dari tiap kriteria dijumlahkan untuk menghasilkan total skor MFS. Berdasarkan total ini, pasien dapat dikategorikan ke dalam tingkat risiko sebagai berikut:

Risiko Rendah: 0-24 poin, **Risiko Sedang:** 25-44 poin, **Risiko Tinggi:** ≥ 45 poin.

Name: _____ Unit: _____

Complete and return to your Nurse Manager.

Use the MFS to determine level of risk for this patient.

Morse Fall Scale		
Item	Select Areas of Risk	Score
1. History of Falling	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	0 25
2. Secondary Diagnosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	0 15
3. Ambulatory Aid <ul style="list-style-type: none">• None/bed rest/nurse assist• Crutches/cane/walker• furniture	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 15 30
4. IV Therapy/HepLock	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	0 20
5. Gait <ul style="list-style-type: none">• Normal/bed rest/wheelchair• Weak• Impaired	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 10 20
6. Mental Status <ul style="list-style-type: none">• Oriented to own ability• Overestimates/forgets limitations	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 15

Total Morse Fall Scale risk score = _____.

Patient is (select 1) Low Medium High Risk for falls.

Gambar 8.5 Morse Fall Scale
(<https://www.brighamandwomens.org/assets/BWH/medical-professionals>)

6.4 Strategi Pencegahan Jatuh

Upaya pencegahan jatuh pada lansia memerlukan pendekatan multifaktorial yang mempertimbangkan aspek lingkungan, nutrisi, aktivitas fisik, serta teknologi dan alat bantu. Para lansia mengalami perubahan fisiologis yang memengaruhi keseimbangan, kekuatan otot, dan respons motorik, sehingga meningkatkan kerentanan mereka terhadap jatuh. Strategi komprehensif dapat meningkatkan keamanan dan kualitas hidup lansia serta mengurangi risiko cedera akibat jatuh (Ambrose, Paul and Hausdorff, 2013).

6.4.1 Modifikasi lingkungan untuk mencegah jatuh di rumah dan fasilitas perawatan

Modifikasi lingkungan merupakan strategi krusial dalam meminimalkan risiko jatuh pada individu lanjut usia. Lingkungan rumah dan fasilitas perawatan harus disesuaikan untuk mengurangi

risiko. Penyesuaian sederhana dapat meliputi pemasangan pegangan di area kamar mandi, penghilangan permukaan licin, pemeliharaan pencahayaan yang memadai, dan pengaturan kabel atau objek lain yang berpotensi menyebabkan tersandung. Studi menunjukkan bahwa lingkungan yang aman dan tanpa hambatan dapat mengurangi insiden jatuh hingga 50% (Gillespie *et al.*, 2012). Di fasilitas perawatan, penting untuk memiliki lantai bertekstur antislip dan merancang tata letak yang mendukung mobilitas lanjut usia.

Di fasilitas perawatan, desain lingkungan harus lebih kompleks dan komprehensif, mencakup aspek ergonomis dan aksesibilitas untuk semua penghuni. Instalasi lantai dengan tekstur antislip menjadi prioritas, terutama di area lembap seperti kamar mandi dan dapur. Selain itu, penerapan warna kontras pada lantai dan dinding dapat memfasilitasi lansia dengan gangguan penglihatan dalam membedakan area, sehingga mereka dapat bergerak dengan lebih aman (Chaudhury *et al.*, 2018). Faktor lain yang berkontribusi terhadap pencegahan jatuh adalah kebisingan. Lingkungan yang tenang dapat meningkatkan konsentrasi lansia saat berjalan, mengurangi kebingungan, dan menciptakan suasana yang nyaman.

Intervensi lingkungan yang efisien dapat dipadukan dengan teknologi yang memantau aktivitas dan memberikan peringatan awal terhadap potensi risiko jatuh. Sensor gerak dan alarm deteksi jatuh dapat digunakan untuk memantau aktivitas lansia, terutama pada malam hari, untuk mengurangi risiko kecelakaan yang mungkin terjadi saat bangun tidur atau berjalan menuju kamar mandi ((Rantz *et al.*, 2015)

6.4.2 Peran nutrisi dan hidrasi dalam mencegah kelemahan otot

Pemenuhan nutrisi yang tepat berperan krusial dalam mempertahankan kekuatan dan fungsi otot pada individu lanjut usia. Defisiensi protein, vitamin D, dan mineral lainnya dapat mengakibatkan kelemahan otot, osteoporosis, dan gangguan keseimbangan, yang semuanya berkontribusi terhadap peningkatan risiko jatuh.

Selain pentingnya protein dan vitamin D, konsumsi kalsium dan antioksidan juga merupakan elemen krusial dalam mendukung kesehatan otot dan tulang pada lanjut usia. Kalsium, yang berfungsi sinergis dengan vitamin D, sangat penting untuk kepadatan tulang yang optimum dan pencegahan osteoporosis, suatu kondisi yang rentan dialami oleh lanjut usia dan meningkatkan risiko fraktur akibat jatuh (Bolland *et al.*, 2011). Selain itu, antioksidan seperti vitamin C dan E berfungsi dalam mengatasi stres oksidatif yang terkait dengan penuaan otot, yang jika tidak ditangani dengan baik, dapat menyebabkan kelemahan otot dan gangguan mobilitas.

Asam lemak sehat, seperti omega-3 yang melimpah dalam ikan dan minyak biji-bijian, diketahui memiliki manfaat dalam mengurangi peradangan dan meningkatkan kekuatan otot. Sebuah studi oleh (Smith *et al.*, 2011) menunjukkan bahwa suplementasi omega-3 dapat meningkatkan sintesis protein otot dan membantu mengurangi penurunan kekuatan otot terkait usia.

Dehidrasi juga harus diwaspadai, karena sering kali tidak teridentifikasi pada lansia akibat perubahan respons tubuh terhadap rasa haus. Dehidrasi dapat menyebabkan hipotensi ortostatik.

Oleh karena itu, pendekatan gizi untuk pencegahan jatuh pada lansia harus mencakup asupan protein, vitamin D, kalsium, omega-3, dan hidrasi yang memadai. Pendekatan ini harus diintegrasikan ke dalam pola makan sehari-hari dan dilengkapi dengan pemantauan kesehatan secara berkala untuk memastikan kecukupan gizi dan mengoptimalkan kondisi fisik lansia.

6.4.3 Program latihan fisik dan keseimbangan untuk lansia

Latihan fisik terstruktur merupakan pendekatan yang efektif dalam pencegahan jatuh. Program latihan untuk individu lanjut usia sering kali mencakup elemen kekuatan, fleksibilitas, dan keseimbangan. Latihan keseimbangan, seperti Tai Chi atau yoga, terbukti efektif dalam meningkatkan stabilitas tubuh dan mengurangi risiko jatuh pada lansia. Latihan kekuatan dapat memperkuat otot-otot tungkai dan panggul, yang krusial untuk mendukung beban tubuh dan meningkatkan mobilitas. Meta-

analisis menunjukkan bahwa program latihan yang berfokus pada kekuatan dan keseimbangan dapat mengurangi risiko jatuh hingga 34% pada populasi lansia (Sherrington *et al.*, 2017). Pendekatan latihan holistik, seperti Tai Chi, telah mendapatkan perhatian khusus dalam pencegahan jatuh. Tai Chi mengombinasikan elemen keseimbangan, koordinasi, fleksibilitas, dan fokus pernapasan yang mendukung ketenangan pikiran. Penelitian (Chen *et al.*, 2023) menunjukkan bahwa Tai Chi dapat membantu lansia, apakah mereka sehat atau berisiko tinggi jatuh, untuk menjaga keseimbangan dan menghindari jatuh. Tai Chi bekerja lebih baik dengan waktu dan sering dilakukan.

Selain latihan kekuatan dan keseimbangan, latihan aerobik juga memberikan manfaat substansial dalam mengurangi risiko jatuh pada individu lanjut usia. Latihan aerobik, seperti jalan cepat atau bersepeda, meningkatkan kapasitas kardiovaskular dan memperkuat otot-otot tubuh bagian bawah yang penting untuk mobilitas dan stabilitas. Menurut penelitian oleh (Cadore *et al.*, 2013), program aerobik yang dipadukan dengan latihan kekuatan menghasilkan peningkatan signifikan dalam kekuatan otot dan koordinasi motorik pada lansia, yang secara langsung berkontribusi pada penurunan risiko jatuh.

Selain itu, integrasi latihan fungsional, seperti latihan yang mensimulasikan aktivitas sehari-hari (misalnya, bangun dari kursi, naik-turun tangga), dapat meningkatkan kemampuan lansia dalam beradaptasi dengan situasi nyata yang berpotensi berisiko. Latihan fungsional ini memperlengkapi lansia dengan keterampilan yang lebih baik untuk menghadapi tantangan sehari-hari, sehingga meningkatkan kepercayaan diri mereka dalam bergerak dan mengurangi kecemasan terhadap risiko jatuh.

Program latihan yang terorganisir harus dilakukan secara teratur, minimal dua atau tiga kali seminggu, dan dipantau oleh instruktur yang berpengalaman untuk memastikan bahwa latihan aman dan efektif. Latihan kekuatan, keseimbangan, aerobik, dan fungsional adalah yang paling efektif untuk mengurangi risiko jatuh pada lansia.

6.4.5 Penggunaan alat bantu dan teknologi untuk mencegah jatuh

Untuk orang tua yang mengalami kelemahan otot atau ketidakstabilan berjalan, alat bantu mobilitas seperti walker atau tongkat dapat membantu mereka menjaga keseimbangan dan mengurangi tekanan pada sendi mereka. Sebaliknya, teknologi kontemporer menawarkan produk yang semakin canggih, seperti gelang pemantau, sensor deteksi jatuh, dan alarm otomatis yang dapat mendeteksi ketika lansia jatuh. Teknologi ini memungkinkan intervensi cepat dan mencegah akibat jatuh yang lebih serius (Rantz *et al.*, 2015).

Teknologi mobile, sensor pintar, dan sistem peringatan dini meningkatkan keamanan orang tua di rumah dan fasilitas perawatan. Menurut studi yang dilakukan oleh (Hsieh, Chen and Sosnoff, 2023) menggunakan teknologi mobile untuk mencegah jatuh pada orang tua dapat membantu mengidentifikasi risiko jatuh dengan memantau pola pergerakan dan keseimbangan mereka. Teknologi ini biasanya menggunakan sensor yang terhubung ke aplikasi mobile dan terpasang pada perangkat pakaian seperti jam tangan atau gelang. Jika ada tanda-tanda ketidakstabilan atau risiko jatuh, sistem ini dapat menganalisis data pergerakan secara real-time. Selain itu, pendekatan berbasis teknologi ini memungkinkan penyimpanan data yang bermanfaat untuk evaluasi dan pengambilan keputusan jangka panjang terkait perawatan lansia (Hsieh, Chen and Sosnoff, 2023).

(Sugianto and Handiyani, 2020) menyatakan bahwa algoritma pembelajaran mesin dapat digunakan dalam sistem prediksi dan pencegahan jatuh. Algoritma ini akan memungkinkan perangkat untuk mengidentifikasi pola-pola gerakan yang mendahului jatuh.

Teknologi ini tidak hanya mendeteksi dini, tetapi juga memungkinkan pencegahan dengan mengingatkan orang tua untuk beristirahat atau memperlambat aktivitas ketika diperlukan. Ini adalah tindakan pencegahan yang sangat penting bagi lansia, terutama mereka yang mengalami masalah keseimbangan atau baru saja sembuh dari cedera. Perangkat ini juga sering dilengkapi dengan sistem alarm yang otomatis

mengirimkan notifikasi ke keluarga atau tenaga medis untuk memudahkan intervensi cepat dalam kasus kecelakaan.

Studi tambahan yang dilakukan oleh (El-Bendary et al., 2013) menemukan bahwa sistem yang menggunakan sensor pintar untuk mendeteksi dan mencegah jatuh telah menjadi lebih canggih. Beberapa perangkat menggunakan kombinasi sensor gerak, akselerometer, dan giroskop untuk mengidentifikasi perubahan postur tubuh dan bahkan dapat membedakan gerakan jatuh dari gerakan yang berasal dari aktivitas lain. Teknologi ini juga dapat digunakan dalam rumah pintar, di mana sensor ditempatkan di area rumah yang rawan jatuh, seperti tangga dan kamar mandi. Tren ini menunjukkan kemajuan teknologi yang semakin mendukung upaya untuk membuat lingkungan yang aman bagi orang tua, yang juga membantu mereka memiliki otonomi dan kualitas hidup yang lebih baik.

Teknologi ini memungkinkan pencegahan proaktif dan deteksi jatuh cepat. Dengan menggabungkan pemantauan kesehatan real-time dan respons otomatis, teknologi seperti ini diharapkan dapat memainkan peran penting dalam strategi pencegahan jatuh pada lansia. Ini akan membuat lansia dan keluarga mereka merasa aman saat menjalani aktivitas sehari-hari.

6.5 Manajemen Pasca Jatuh

6.5.1 Penanganan awal setelah kejadian jatuh

Penanganan awal yang tepat setelah jatuh sangat penting untuk mengurangi efek cedera pada lansia. Luka fisik, seperti fraktur, hematoma, atau bahkan trauma kepala, seringkali diikuti oleh kejatuhan pada orang tua, meningkatkan ketakutan jatuh kembali. Saat ini, penilaian cepat dan menyeluruh sangat penting untuk menentukan apakah orang tua membutuhkan intervensi medis darurat. Sebuah rekomendasi dari American Geriatrics Society adalah bahwa perawat atau caregiver harus melakukan pemeriksaan singkat jika seorang lansia ditemukan jatuh untuk mengetahui apakah ada nyeri, luka, atau perubahan perilaku yang signifikan (Panel on Prevention of Falls in Older

Persons, 2011). Setelah penilaian awal, jika tidak ada luka yang signifikan, orang tua dibantu untuk bangun dengan hati-hati dan diberikan waktu untuk beradaptasi kembali ke posisi berdiri atau duduk. Ini dilakukan untuk mencegah jatuh atau hipotensi ortostatik.

6.5.2 Rehabilitasi fisik dan pemulihan pasca-jatuh

Pemulihan fisik setelah jatuh sangat penting untuk mengembalikan fungsi dan mobilitas lansia serta memulihkan kepercayaan diri mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Untuk memperbaiki kemampuan motorik, mengurangi ketakutan jatuh, dan meningkatkan kualitas hidup, program rehabilitasi fisik pasca-jatuh biasanya mencakup latihan kekuatan dan keseimbangan. Sebuah studi telah menunjukkan bahwa peningkatan keseimbangan dan pengurangan risiko jatuh lanjutan dapat dicapai melalui aktivitas fisik yang direncanakan, yang mencakup latihan kekuatan otot dan terapi mobilitas (Sherrington et al., 2017). Selain itu, untuk meningkatkan fleksibilitas dan stabilitas tubuh, terapi fisik ini mencakup latihan berjalan dan peregangan. Selain itu, orang tua mungkin memerlukan perawatan tambahan seperti operasi dan terapi rehabilitasi intensif untuk mempercepat pemulihan mereka jika mereka mengalami cedera yang serius, seperti fraktur pinggul.

6.5.3 Mencegah jatuh berulang dan perawatan lanjutan

Untuk mencegah jatuh berulang pada orang tua, perlu ada pendekatan multidisipliner yang melibatkan perawatan lanjutan dan perubahan perilaku dan lingkungan. Salah satu pendekatan yang efektif adalah mengubah lingkungan. Ini termasuk memberikan penerangan yang memadai, pegangan di kamar mandi, dan mengatur rumah agar tidak terhalang oleh hal-hal yang dapat menyebabkan tersandung. Tenaga kesehatan juga berperan penting dalam mengajar keluarga dan orang tua tentang cara mencegah jatuh berulang. Untuk mengurangi kemungkinan jatuh di masa mendatang, penting untuk melakukan penilaian risiko secara teratur dan memantau faktor fisik seperti tekanan darah dan penglihatan (WHO, 2007). Untuk meningkatkan keamanan dan

kualitas hidup lansia, intervensi ini mencakup pengobatan fisik dan pencegahan jangka panjang.

“Dan Tuhanmu telah memerintahkan agar kamu jangan menyembah selain Dia dan hendaklah kamu berbuat baik kepada ibu bapakmu dengan sebaik-baiknya. Jika salah seorang di antara keduanya atau kedua-duanya sampai berumur lanjut dalam pemeliharaanmu, maka sekali-kali janganlah kamu mengatakan kepada keduanya perkataan “ah” dan janganlah kamu membentak mereka, dan ucapkanlah kepada mereka perkataan yang mulia.”

(QS. Al-Isra' : 23)

DAFTAR PUSTAKA

- Ambrose, A.F., Paul, G. and Hausdorff, J.M. (2013) 'Risk factors for falls among older adults: a review of the literature', *Maturitas*, pp. 51–61. Available at: <https://doi.org/doi:10.1016/j.maturitas.2013.02.009>.
- Arshad, Q. and Seemungal, B.M. (2016) 'Age-related vestibular loss: Current understanding and future research directions', *Frontiers in Neurology*. Frontiers Research Foundation. Available at: <https://doi.org/10.3389/fneur.2016.00231>.
- Berg, K. *et al.* (1992) 'Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument.', *Can. J. Pub. Health* [Preprint].
- Berry, S.D. and Miller, R. (2008) 'Falls: Epidemiology, Pathophysiology, and Relationship to Fracture Introduction and Epidemiology', *Curr Osteoporos Rep*, pp. 149–154.
- Bohl AA *et al.* (2010) 'A longitudinal analysis of total 3-year healthcare costs for older adults who experience a fall requiring medical care. J Am Geriatr Soc. 2010 May;58(5):853-60. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02816.x. Epub 2010 Apr 6. PMID: 20406310.', *J Am Geriatr Soc*, 58(5).
- Bolland, M.J. *et al.* (2011) 'Calcium and vitamin D supplements and health outcomes: A reanalysis of the Women's Health Initiative (WHI) limited-access data set', *American Journal of Clinical Nutrition*, 94(4), pp. 1144–1149. Available at: <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.015032>.
- Boyd, R. and Steven, J.A. (2009) 'Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. Age Ageing.', *Age Ageing*, 38(4).
- Cadore, E.L. *et al.* (2013) 'Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: A systematic review', *Rejuvenation Research*, pp. 105–114. Available at: <https://doi.org/10.1089/rej.2012.1397>.
- Cary, M. and Lider, C.H. (2011) *Geriatric assessment: Essential skills for nurses*, <https://www.myamericannurse.com/geriatric-assessment-essential-skills-for-nurses/>.
- CDC (2017) 'Assessment Timed Up & Go (TUG)'.

- Centers for Disease Control and Prevention (2024) *Older Adult Falls Data*, https://www.cdc.gov/falls/data-research/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/falls/data/.
- Chaudhury, H. *et al.* (2018) 'The Influence of the Physical Environment on Residents With Dementia in Long-Term Care Settings: A Review of the Empirical Literature', *Gerontologist* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/DOI:10.1093/geront/gnw259>.
- Chen, W. *et al.* (2023) 'Tai Chi for fall prevention and balance improvement in older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials', *Frontiers in Public Health*. Frontiers Media SA. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1236050>.
- Colón, C.J.P. *et al.* (2018) 'Muscle and Bone Mass Loss in the Elderly Population: Advances in diagnosis and treatment', *Journal of Biomedicine*, 3, pp. 40–49. Available at: <https://doi.org/10.7150/jbm.23390>.
- Cruz-Jentoft, A.J. *et al.* (2019) 'Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis', *Age and Ageing*. Oxford University Press, pp. 16–31. Available at: <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>.
- Day, L. (2003) 'Falls in Older People: Risk Factors and Strategies for Prevention.', *Injury Prevention* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/doi:10.1136/ip.9.1.93-a>.
- El-Bendary, N. *et al.* (2013) 'Fall detection and prevention for the elderly: A review of trends and challenges', *International Journal on Smart Sensing and Intelligent Systems*, 6(3), pp. 1230–1266. Available at: <https://doi.org/10.21307/ijssis-2017-588>.
- Fillit, H., Rockwood, K. and Young, J. (2017) *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. 8th edn. Philadelphia: Elsevier.
- Gillespie, L.D. *et al.* (2012) 'Interventions for preventing falls in older people living in the community', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(9). Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>.

- Hendrich, A. (2023) 'Fall Risk Assessment for Adults: The Hendrich II Fall Risk Model', *Try This* [Preprint]. Available at: <https://hign.org/sites/default/files/2022-11/Hendrich%20II%20Fall%20Risk%20Model.pdf> (Accessed: 12 November 2024).
- Hendrich, A.L., Bender, P.S. and Nyhuis, A. (2003) 'Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients.', *Appl Nurs Res*, 1(16), pp. 19–21. Available at: <https://doi.org/DOI:10.1053/apnr.2003.YAPNR2>.
- Horak, F.B. (2006) 'Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls?', *Age Ageing* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/doi:10.1093/ageing/afl077>.
- Hsieh, K.L., Chen, L. and Sosnoff, J.J. (2023) 'Mobile Technology for Falls Prevention in Older Adults', *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. Oxford University Press, pp. 861–868. Available at: <https://doi.org/10.1093/gerona/glac116>.
- Kemenkes RI (2018) *Laporan Provinsi Jawa Tengah Riskesdas*. Jakarta.
- Kirk, B., Al Saedi, A. and Duque, G. (2019) 'Osteosarcopenia: A case of geroscience', *Aging Medicine*. Blackwell Publishing Ltd, pp. 147–156. Available at: <https://doi.org/10.1002/agm2.12080>.
- Lytras, D. *et al.* (2022) 'Recording of Falls in Elderly Fallers in Northern Greece and Evaluation of Aging Health-Related Factors and Environmental Safety Associated with Falls: A Cross-Sectional Study', *Occupational Therapy International*, 2022. Available at: <https://doi.org/10.1155/2022/9292673>.
- Mauk, K.L. (2006) *Gerontological nursing: Competencies for care*. London: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Miller, C.A. (2012) *Nursing for wellness in older adults: Theory and practice*. 6th edn. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Morse, J.M., Morse, R.M. and Tylko, S.J. (1989) 'Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient', *Canadian Journal on*

- Aging* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>.
- Noll, D.R. (2013) 'Management of falls and balance disorders in the elderly. *J Am Osteopath Assoc.* 2013 Jan;113(1):17-22. PMID: 23329802.', *J Am Osteopath Assoc.*, 113(1), pp. 17–22.
- Panel on Prevention of Falls in Older Persons, A.G.S. and B.G.S. (2011) 'Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons', *J Am Geriatr Soc.* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x>.
- Rantz, M. *et al.* (2015) 'Automated in-home fall risk assessment and detection sensor system for elders', *Gerontologist*, 55, pp. S78–S87. Available at: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv044>.
- Sherrington, C. *et al.* (2017) 'Exercise to prevent falls in older adults: An updated systematic review and meta-analysis', *British Journal of Sports Medicine.* BMJ Publishing Group, pp. 1749–1757. Available at: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096547>.
- Smith, G.I. *et al.* (2011) 'Omega-3 polyunsaturated fatty acids augment the muscle protein anabolic response to hyperinsulinaemia-hyperaminoacidaemia in healthy young and middle-aged men and women', *Clinical Science*, 121(6), pp. 267–278. Available at: <https://doi.org/10.1042/CS20100597>.
- Stanley & Beare, P.G. (2007) *Gerontological nursing: A health promotion or protection Approach.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sugianto, K.M. and Handiyani, H. (2020) 'Fall Prediction and Prevention System using a Technology: A Literature Review Article information', *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 3(1), pp. 19–25. Available at: <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v3i1.288>.
- WHO (2007) *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age.*

World Health Organization (2021) *Falls*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

BAB 7

PROMOSI KESEHATAN MASYARAKAT DALAM PEMBINAAN USIA LANJUT

Oleh Suardi

7.1 Pendahuluan

Populasi lansia dipandang berbeda dinegara berkembang dan negara-negara maju. Yang pertama, batasan usia untuk seseorang yang dianggap tua adalah 60 tahun; yang terakhir, batas usia ini adalah 65 tahun. Diferensiasi ini muncul selama KTT Dunia Perserikatan Bangsa-Bangsa Pertama pada Penuaan Populasi, melalui Resolusi nomor 39/125. Kebutuhan untuk menetapkan parameter kronologis untuk yang lama usia menjadi lebih relevan seiring dengan tindakan sosial dan kesehatan dijadwalkan.

Pengetahuan kelompok keperawatan gerontogeriatrik dan praktik keperawatan yang berasal dari Keperawatan Umum, Geriatri dan Gerontologi. Keperawatan gerontogeriatri adalah, sebagai tambahan, cabang khusus keperawatan yang memberikan pelayanan perawatan kepada lansia disemua tingkat pencegahan, yaitu dari promosi kesehatan hingga rehabilitasi. Nomenklatur ini adalah dipilih karena dipahami lebih dari itu komprehensif dan memadai (Mohsen Poursadeqian *et al.*, 2021).

Selama beberapa dekade terakhir, angka harapan hidup telah meningkat secara global karena perbaikan kondisi kehidupan dan kemajuan dalam bidang kedokteran dan teknologi, dan perkiraan menunjukkan bahwa populasi lansia terus bertambah (Mohsen Poursadeqian *et al.*, 2021).

Kualitas hidup (QOL) mengacu pada kesejahteraan umum individu dan masyarakat. Ini menguraikan ciri-ciri kehidupan yang negatif dan positif. Kualitas hidup dan kesehatan lansia merupakan salah satu isu penting dalam layanan kesehatan. Meskipun angka harapan hidup meningkat, penuaan dikaitkan dengan lebih banyak

penyakit dan ketergantungan. Selain perubahan biologis, penuaan menyebabkan perubahan peran sosial lansia, yang berhubungan dengan masa pensiun dan lebih banyak masalah kesehatan (Mohsen Poursadeqiyani *et al.*, 2021).

Pembinaan Usia Lanjut

Tujuan Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Adalah Menjadi Tua Tetapi Tetap Sehat (*Healthy Aging*). *Healthy Aging* Akan Dipengaruhi Oleh Faktor (Boedhi-Darmojo, 1994);

1. *Endogenic Aging*, Yang Dimulai Dengan Cellular Aging, Lewat Tissue Dan Anatomical Aging Ke Arah Proses Penuaan Organ Tubuh, Proses Ini Seperti Jam Yang Terus Berputar-Putar.
2. *Exogenic Factor*, Yang Dapat Dibagi Dalam Sebab Lingkungan (*Environment*) Dimana Seseoranghidup Dan Faktor Sosial Budaya Yang Paling Tepat Disebut Gaya Hidup (*Life Style*). Faktor Exogenicaging Disebut Juga Sebagai Faktor Risiko.
3. Untuk Menuju *Healthy Aging* Dibutuhkan Pelayanan Kesehatan Yang Komprehensif

Meliputi Peningkatan Mutu (Promotif), Pencegahan Penyakit (Preventif), Pengobatan Penyakit (Kuratif) Dan Pemulihan Kesehatan (Rehabilitatif).

1. Promotif : Edukasi Tentang Penerapan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat, Konsumsi Gizi Seimbangdan Aktifitas Sosial
2. Preventif : Deteksi Dini Keadaan Kesehatan Dan Pemeriksaan Kesehatan Secara Berkala Denganinstrumen KMS Lanjut Usia.
3. Kuratif : Pengobatan Dengan Pola Multidisiplin Untuk Mencegah Progresifitas Penyakit, Sesuai Prinsip Pengobatan Rasional Dengan Mempertimbangkan Gangguan Fungsi
4. Rehabilitatif : Berupa Upaya Medis, Psikososial Dan Edukatif

7.2 Promosi Kesehatan Dan Kesehatan Masyarakat Lansia

Kesehatan ditentukan oleh perilaku dalam banyak hal. Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan meliputi merokok, konsumsi alkohol, dan kebiasaan berolahraga. Perilaku sehat ini dapat dipromosikan dengan berbagai cara seperti pendidikan kesehatan dan insentif untuk mendorong perilaku sehat.

Banyak orang, terutama orang lanjut usia, mungkin mempertanyakan mengapa orang lanjut usia mendapat perhatian khusus dalam kaitannya dengan promosi kesehatan. Mereka menjawab bahwa lansia dianggap memiliki kondisi kronis, kecacatan dan banyak masalah kesehatan lainnya.” Oleh karena itu, tujuan promosi kesehatan pada lansia cenderung terfokus tentang potensi kesehatan individu dan komunitas (Dean & Holstein, 1991). Ini berdasarkan tentang definisi promosi kesehatan sebagai “sebuah konsep pemersatu, sebuah proses yang memungkinkan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kontrol terhadap faktor-faktor penentu kesehatan dan mengenalinya kebutuhan dasar untuk perubahan baik dalam cara maupun kondisi hidup guna meningkatkan kesehatan”(Strumpel dan Billings, 2008).

Para lansia telah lama diabaikan sebagai pihak yang dituju dalam kegiatan promosi kesehatan. Kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan di kalangan lansia pertama kali disorot pada tahun 1990an. Promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat lanjut usia sangat berbeda dengan promosi kesehatan yang ditujukan kepada generasi muda. Perbedaannya meliputi:

1. Lansia lebih mungkin menderita kondisi kronis dan multimorbiditas
2. Kapasitas fungsionalnya seringkali terbatas.

Program promosi kesehatan untuk lansia harus mempertimbangkan keterbatasan kesehatan dan aktivitas sehari-hari serta memerlukan lebih banyak keterlibatan promotor kesehatan profesional dan pendekatan yang lebih individual (Golinowska *et al.*, 2016).

Inti dari promosi kesehatan bagi lansia adalah meningkatkan atau mempertahankan kapasitas fungsional,

mempertahankan atau meningkatkan perawatan diri, dan menstimulasi jaringan sosial seseorang. Tujuan dari promosi kesehatan ini adalah untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup yang lebih lama, mandiri dan mandiri (Golinowska *et al.*, 2016).

Program promosi kesehatan untuk lansia berbeda dengan program promosi kesehatan untuk generasi muda dan salah satu alasannya adalah adanya anggapan umum bahwa kesehatan lansia pada umumnya kurang sempurna. Selain itu, diyakini bahwa orang lanjut usia menderita kondisi kronis dan multimorbiditas, sehingga membatasi kemampuan fungsional mereka. Perlu memperhatikan seluruh variabel sosial, fisik, dan psikologis yang mempengaruhi kualitas hidup lansia dalam perencanaan komunitas untuk promosi kesehatan lansia. Selain penyakit kronis lansia, masalah kesehatan lain seperti masalah mulut dan gigi atau gizi buruk juga harus dipertimbangkan.

Perencanaan kesehatan sosial dan partisipasi lansia dalam masyarakat juga harus dipertimbangkan. Selain itu, perencanaan untuk lansia harus didasarkan pada kelompok umur dan perbedaan gender. Partisipasi dalam ritual budaya, agama, dan olahraga bersama teman sebaya dapat membantu mengurangi depresi di kalangan lansia. Selain itu, dukungan finansial dan nonfinansial serta penciptaan lapangan kerja bagi lansia dapat meningkatkan kualitas hidup mereka. Program promosi kesehatan untuk lansia perlu mempertimbangkan tantangan keterbatasan ini dalam kesehatan dan aktivitas sehari-hari mereka (Mohsen Poursadeqiyan *et al.*, 2021).

Program promosi kesehatan untuk lansia perlu mempertimbangkan tantangan keterbatasan ini dalam kesehatan dan aktivitas sehari-hari mereka. Oleh karena itu:

3. Promosi kesehatan dan desain kesehatan masyarakat memerlukan pengetahuan khusus dari praktisi kesehatan dalam praktik dan pendidikan geriatri.
4. Faktor lain yang perlu dipertimbangkan dalam merancang promosi kesehatan dan kesehatan masyarakat bagi lansia adalah masalah jangka hidup, oleh karena itu diperlukan

program promosi kesehatan yang berorientasi pada hasil dan segera bagi kader kesehatan.

5. Untuk mempertahankan kualitas hidup pada populasi ini, partisipasi dan integrasi sosial harus dipertimbangkan ketika merancang promosi kesehatan untuk populasi ini, misalnya, melanjutkan pekerjaan profesional di kemudian hari, kegiatan belajar di kemudian hari, partisipasi dalam acara budaya, kerja sukarela, memelihara jaringan sosial.

WHO Eropa mencantumkan 10 Kesehatan Masyarakat yang penting atau Essential Public Health Operations (EPHO) yang mendefinisikan bidang kesehatan masyarakat modern untuk Negara Anggota di Wilayah Eropa, sebagai berikut:

- a. EPHO 1: Pengawasan kesehatan dan kesejahteraan penduduk
- b. EPHO 2: Pemantauan dan respons terhadap bahaya dan keadaan darurat kesehatan
- c. EPHO 3: Perlindungan kesehatan termasuk keamanan lingkungan, pekerjaan, dan pangan dan lainnya
- d. EPHO 4: Promosi Kesehatan termasuk tindakan untuk mengatasi faktor-faktor penentu sosial dan kesenjangan kesehatan
- e. EPHO 5: Pencegahan penyakit, termasuk deteksi dini penyakit
- f. EPHO 6: Menjamin tata kelola untuk kesehatan dan kesejahteraan
- g. EPHO 7: Menjamin tersedianya tenaga kesehatan masyarakat yang memadai dan kompeten
- h. EPHO 8: Menjamin struktur organisasi dan pendanaan yang berkelanjutan
- i. EPHO 9: Komunikasi advokasi dan mobilisasi sosial untuk kesehatan
- j. EPHO 10: Memajukan penelitian kesehatan masyarakat untuk menginformasikan kebijakan dan praktik (Stanislawa Golinowska *et al.*, 2017).

7.3 Metode Promosi Kesehatan

Dasar Promosi Kesehatan Terdiri Dari Informasi Kesehatan Dan Penyakit Populasi Dan Faktor Penentunya, Termasuk Bagaimana Informasi Tersebut Terbentuk. Pemeriksaan Kesehatan, Registrasi Penyakit, Penelitian Epidemiologi, Penelitian Tentang Dampak Kesehatan Dari Pencemaran Lingkungan Dan Kesehatan Yang Berisiko Perilaku Dan Gaya Hidup Digunakan Untuk Tujuan Ini. Informasi Ini Kemudian Dibuat Tersedia Dalam Bentuk Laporan, Informasi Media Dan Pengumuman. Berikut Metode Promosi Kesehatan:

1. *Screenings*
2. *Health education*
3. *Primary prevention*
4. *Advocacy*
5. *Social marketing*
6. *good practices*(Stanislawa Golinowska *et al.*, 2017)

Program promosi kesehatan bagi lansia lebih sering mencakup program yang bertujuan untuk perlindungan kesehatan mental dan menjaga kapasitas intelektual. Menurut para ahli promosi kesehatan mental mencakup tindakan yang terdiri dari:

1. Mengaktifkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam acara budaya dan pendidikan, dengan melibatkan diri dalam organisasi dan mengaktifkan anggota organisasi untuk memberikan dukungan;
2. Bantuan dan dukungan dalam menjalin jaringan pertemanan yang berorientasi pada kesamaan hobi, pengalaman dan minat pekerjaan;
3. Pengawasan dan intervensi dalam kasus pembatasan kebebasan dan kekerasan;
4. Mengorganisir dukungan ekonomi melalui peningkatan kesempatan kerja dan bantuan dalam pekerjaan atau dalam mencari tempat tinggal, memperbaiki kondisi kehidupan;
5. Meningkatkan akses terhadap bantuan dan perawatan yang relevan dan kemungkinan untuk meminta bantuan psikologis dalam situasi darurat;

6. Mengatur tindakan informatif dan edukatif khusus yang berhubungan dengan fisik dan bantuan mental.

WHO mengangkat masalah promosi dengan konsep promosi kesehatan berdasarkan tempat tinggal (pendekatan berbasis setting-SBA) dan sebagai hasilnya, dengan berbagai program kesehatan seperti:

1. Kota sehat
2. Sekolah sehat
3. Universitas sehat
4. Perusahaan sehat
5. Rumah sakit sehat

Konsep implementasi prinsip-prinsip promosi kesehatan di lingkungan sekolah atau tempat kerja telah diperoleh pengakuan, meskipun lebih sering adalah tempat-tempat dengan skala yang lebih kecil seperti sekolah atau tempat kerja, daripada seluruh ruang kota. Penetapan program promosi kesehatan semakin populer di banyak kalangan negara dan wilayah, mencakup unsur-unsur seperti:

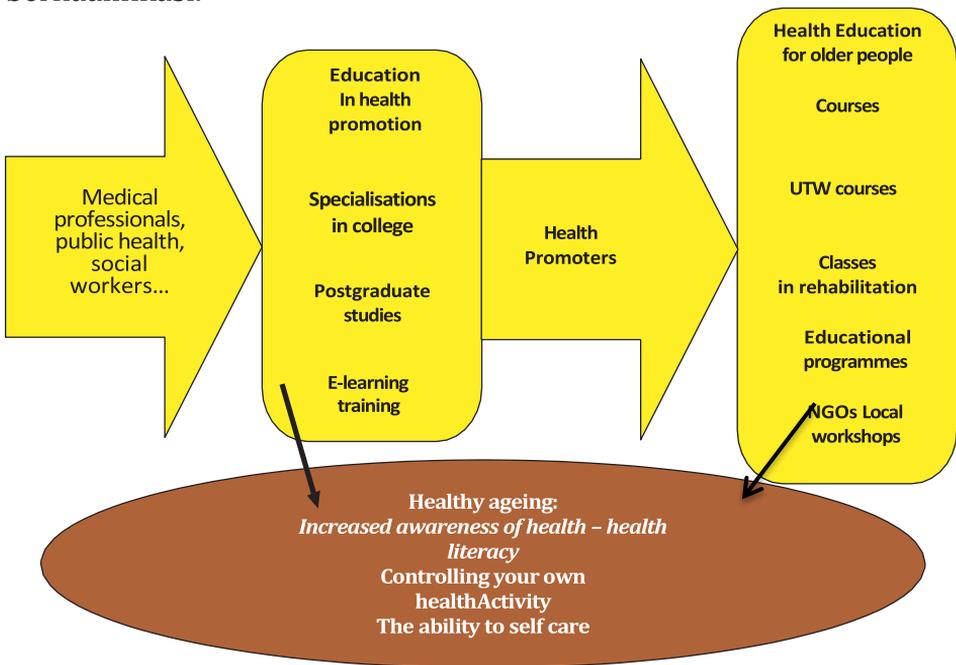
1. Promosi kesehatan di tempat kerja dan pencegahan penyakit akibat kerja;
2. Perlindungan kesehatan di bidang pelayanan kesehatan rumah sakit sehat dan sosial dan pencegahan infeksi akibat tinggal berkelompok;
3. Perlindungan kesehatan di tempat tinggal, misalnya gerakan seperti “kota sehat”);
4. Adanya nilai-nilai hidup sehat di setiap komunitas (*community health*);
5. Rumah sehat;
6. Media sehat (penyebaran gaya hidup sehat dan bukan iklan produk medis atau kuasi medis).

7.4 Pendidikan Promosi Kesehatan

Pendidikan, secara klasik, adalah proses penyampaian pengetahuan, keterampilan dan informasi dalam bentuk pendidikan formal di semua tingkatan. Dalam beberapa tahun terakhir, proses

pendidikan sudah mulai mencakup pembelajaran di luar kelas, pembelajaran seumur hidup dan, terkadang, belajar mandiri. Hasil dari proses pembelajaran adalah diperolehnya kualifikasi, yang dalam pelaksanaannya dapat ditentukan berdasarkan jenis dan tingkatannya yang terukur. Kualifikasi formal adalah dianggap oleh para ekonom sebagai modal kehidupan, juga disebut modal manusia.

Bila mempertimbangkan pendidikan di bidang promosi kesehatan yang ditujukan kepada lansia, perlu dicatat bahwa kita sebenarnya berurusan dengan dua jenis pendidikan. Salah satu jenisnya adalah pendidikan promosi kesehatan, yang merupakan kelompok yang heterogen tingkat pendidikan dan spesialisasi, namun pada dasarnya kompeten dan bekeinginan menjadi promotor kesehatan. Tipe kedua adalah pendidikan lansia, yang diajarkan oleh promotor kesehatan yang berkualifikasi.



Gambar 7.1. Pendidikan untuk promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat lanjut usia

7.5 Praktik Promosi Kesehatan Pada Lansia

Praktik yang baik dalam promosi kesehatan dapat dipahami secara luas sebagai suatu intervensi, program, atau tindakan (kegiatan) yang dilakukan dalam rangka mencapai dampak positif. Perubahan berhubungan dengan kesehatan pada tempat tertentu.

Praktik yang baik dalam promosi kesehatan memberikan bukti secara ilmiah dan praktis dievaluasi:

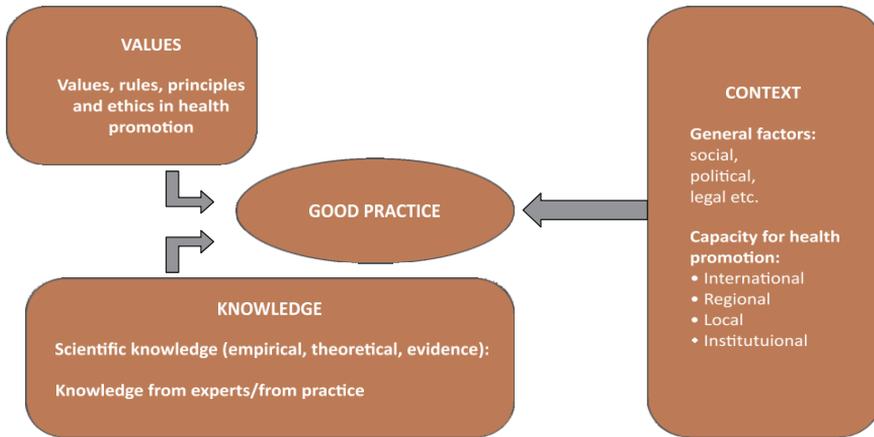
1. Intervensi
2. Program
3. Tindakan

Yang menjadikan perubahan perilaku/gaya hidup bermanfaat bagi kesehatan individu dan/atau lingkungan tempat mereka dituju.

Praktik yang baik dalam kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan belum didefinisikan dengan jelas, dan tinjauan literatur mengungkapkan banyak definisi. Definisi yang paling sering dikutip adalah definisi yang dikembangkan oleh Organisasi Pangan dan Pertanian (FAO).

Oleh karena itu, praktik yang baik adalah aktivitas yang telah menghasilkan perubahan perilaku yang sehat dalam kondisi tertentu, dan kemungkinan besar aktivitas tersebut akan terbukti efektivitasnya dalam situasi lain.

Menurut konsep Broesskamp-Stone dan Ackerman (2010), analisis praktik yang baik harus mencakup tiga domain utama: nilai, pengetahuan, dan konteks, sebagaimana dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 7.2. Dimensi praktik yang baik

DAFTAR PUSTAKA

- Duplaga M., Grysztar M., Rodzinka M. (2016). *The analysis of health promotion interventions addressed to elderly persons. Report on effectiveness of interventions addressed to elderly persons (65+) – ProHealth 65+*, www.pro-health65plus.eu.
- European Commission (2016). Joint Action CHRODIS, Good Practices in the field of health promotion and chronic disease prevention across the life cycle – outcomes at a glance, www.chrodis.eu.
- Golinowska, S. *et al.* (2016) “Health promotion targeting older people,” *BMC Health Services Research*, 16(Suppl 5), hal. 4–6. doi: 10.1186/s12913-016-1514-3.
- Mohsen Poursadeqiyan *et al.* (2021) “Quality of life in health Iranian elderly population approach in health promotion: A systematic review,” 10(Desember), hal. 1–9. doi: 10.4103/jehp.jehp.
- Stanislawa Golinowska *et al.* (2017) *Health Promotion Health Promotion for Older People in Europe*.
- Strumpel, C. dan Billings, J. R. (2008) “Overview on health promotion for older people. European Report,” (May). Tersedia pada: <http://kar.kent.ac.uk/24794/>.
- Windsor R.A. (2015). *Evaluation of Health Promotions and Disease Prevention Programs, Improving Population Health through Evidence-Based Practice*. New York: Oxford University Press.

BIODATA PENULIS



Muhammad Anwari,Ns.,M.Kep
Dosen Keperawatan
Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Banjarmasin tanggal 21 Nopember 1988. Penulis adalah dosen pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan di STIKes Muhammadiyah Banjarmasin dan melanjutkan S2 pada Jurusan Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin.

BIODATA PENULIS



Sarma Eko Natalia Sinaga, M.KM

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Akademi Keperawatan Yatna Yuana Lebak

Penulis lahir di Pematang Siantar tanggal 18 Desember 1975. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Akademi Keperawatan Yatna Yuana Lebak. Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Negeri Jakarta dan melanjutkan S2 di Universitas Indonesia. Pengalaman penulis di bidang keperawatan, dimulai dengan menjadi perawat di Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta (1999-2002). Setelah itu tahun 2003 sampai dengan sekarang menjadi staf pengajar di AKPER Yatna Yuana Lebak.

BIODATA PENULIS



Risdiana Melinda Naibaho, SST, M.Kes.
Dosen Program Studi D III Keperawatan Dairi
Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di Jumamangkat tanggal 23 Mei 1978. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan Dairi Poltekkes Kemenkes Medan. Menyelesaikan pendidikan D IV Perawat Pendidik dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat. Bekerja sebagai Dosen sejak Tahun 2000 di SPK Pemda Kabupaten Dairi, bedkerja sebagai Dosen sejak tahun 2000 sampai dengan 2020 di AKPER Pem.Kab Dairi, Bekerja sebagai Dosen Di Poltekkes Kemekes Medan sejak tahun 2020 hingga sekarang.

BIODATA PENULIS



Yanti Mustarin, S.Kep.,Ns.,M.Kes.

Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan
STIKES Gunung Sari Makassar

Penulis lahir di Sengkang, 16 Juni 1985. Penulis Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan pada tahun 2008 dan kemudian melanjutkan dan program profesi Ners tahun 2009 dan tamat profesi ners pada tahun 2010 di STIKES Gema Insan Akademik Makassar. Penulis melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2016 dan tamat tahun 2018. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan , Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Gema Insan Akademik Makassar (2011-2023), dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan , Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Gunung Sari Makassar (2024) Sekretaris Program Studi Sarjana Keperawatan (2012-2018), Sekretaris Program Studi Profesi Ners (2018-2022), Ketua Program Studi Profesi Ners (2022-sekarang), Anggota Dewan Pengurus Wilayah Persaudaraan Dosen Republik Indonesia (PDRI) Povinsi Sulawesi Selatan Periode 2019-2024, Staf Bagian Kemahasiswaan STIKES Gunung Sari Makassar (2024-2026)

BIODATA PENULIS



Ns. Siska Sibua, S.Kep., M.Kes.

Dosen Program Studi Profesi Ners

Fakultas Ilmu Kesehatan

Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu

Penulis lahir di Ternate Tanggal 11 November 1988. Karir sebagai dosen di mulai pada tahun 2015 yaitu Dosen tetap pada Fakultas Keperawatan Universitas Pembangunan Indonesia Manado. Kemudian Tahun 2018 Penulis pindah menjadi dosen tetap pada Program Studi Program Studi Profesi Ners, Fakultas Ilmu Kesehatan Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu sampai sekarang. Penulis menyelesaikan pendidikan S1-Ners pada Jurusan Ilmu Keperawatan pada Universitas Katolik De La Salle Manado dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Pasca Sarjana Universitas Sam Ratulangi Manado. Selain berprofesi sebagai Dosen penulis juga aktif melakukan penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat, berbagai penelitian telah berhasil dilaksanakan baik yang didanai oleh Eksternal maupun dari sumber mandiri.

BIODATA PENULIS



Hendri Tamara Yuda, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Program Studi Keperawatan Program Diploma III
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong

Penulis lahir di Purbalingga, 28 Oktober 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Program Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan tahun 2007 serta Profesi Ners pada tahun 2008 di STIKES Muhammadiyah Gombong dan menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2014. Penulis merupakan dosen profesional dengan fokus keperawatan medikal bedah dan keperawatan gerontik. Penulis merupakan pengurus Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGRI) Provinsi Jawa Tengah. Penulis telah menerbitkan 5 buah buku bersama penulis lainnya, diantaranya Buku Analisa Situasi TBC (2018), Buku Ajar Kegawatan Kasus Trauma (2019), Tabel Top Disaster Dalam Bencana (2022), Keperawatan Perioperatif (2023) dan Keperawatan Gerontik (2024).

BIODATA PENULIS



Dr. Suardi, S.Kep., Ns., M.Kep

Dosen Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana, Universitas Negeri Gorontalo

Lahir di Baba pada tanggal 18 September 1988. Penulis menempuh pendidikan S1 di STIKES Panakkukang Makassar, Sulawesi- Selatan pada tahun 2007 dan Profesi Ners STIKES Panakkukang Makassar, Sulawesi-Selatan Tahun 2012. Pada tahun 2017 melanjutkan studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar dan pada tahun 2022 Lulus S3 Public Health di Universitas Hasanuddin Makassar. Pada Tahun 2013 sampai Juni 2024 menjadi Dosen Tetap Yayasan di STIKES Tanawali Takalar pada Program Studi Ilmu Keperawatan. Pada Juli 2024 Menjadi Dosen CPNS pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana Universitas Negeri Gorontalo. Penulis Aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Publikasi dalam Jurnal Internasional terindeks Scopus, Publikasi Nasional terindeks Sinta. Penulis Juga sudah memiliki Beberapa HAKI. Penulis pernah mendapatkan 3 kali Hibah Penelitian dari Kemendikbud Dikti, Pendamping PKM Artikel Ilmiah, Dosen Pembimbing Lapangan Kampus Mengajar 7 dan Aktif dalam Organisasi PPNI, AIPNI dan HIPMEBI.

Email Penulis: suardiners@ung.ac.id