



S. Tamher - Noorkasiani



Kesehatan Usia Lanjut *dengan* Pendekatan Asuhan Keperawatan

Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan

dr. S. Tamher, M.Ph. dan Dra. Noorkasiani, AMK., M.Kes.

Manajer Penerbitan dan Produksi: Edward Tanujaya

Koordinator Penerbitan dan Produksi: Ariyanto

Copy Editor: Rida Angriani

Tata Letak: Dedy Juni Asmara

Desain Sampul: mastergrafis



Hak Cipta © 2009, Penerbit Salemba Medika

Jl. Raya Lenteng Agung No. 101

Jagakarsa, Jakarta 12610

Telp. : (021) 781 8616

Faks. : (021) 781 8486

Website : <http://www.penerbitsalemba.com>

E-mail : info@penerbitsalemba.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Tamher, S.
Noorkasiani

Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan/
S. Tamher, Noorkasiani

—Jakarta: Salemba Medika, 2009
1 jil., 148 hlm., 15,5 × 24 cm

ISBN 978-979-3027-65-4

1. Keperawatan 2. Keperawatan Gerontik
I. Judul II. S. Tamher, Noorkasiani

Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Bab 1: Pengantar	1
<u>Masa Pensiun</u>	<u>2</u>
<u>Pengertian Gerontologi dan Geriatri</u>	<u>4</u>
<u>Hasil Penelitian dan Tinjauan Literatur Mengenai Lansia</u>	<u>5</u>
<u>Usia dan Jenis Pekerjaan</u>	<u>7</u>
<u>Jenis Kelamin</u>	<u>7</u>
<u>Tingkat Pendidikan</u>	<u>8</u>
<u>Motivasi</u>	<u>8</u>
<u>Dukungan Keluarga</u>	<u>8</u>
<u>Dukungan Sosial</u>	<u>9</u>
<u>Problematika Pensiun</u>	<u>9</u>
<u>Diferensiasi Ego Versus Preokupasi Peran Kerja</u>	<u>10</u>
<u>Transedensi Tubuh Versus Preokupasi Tubuh</u>	<u>10</u>
<u>Mekanisme Adaptasi</u>	<u>10</u>
Bab 2: Konsep Dasar dan Perspektif Usia Lanjut	13
<u>Aspek Demografi Usia Lanjut</u>	<u>13</u>
<u>Gambaran Umum</u>	<u>13</u>
<u>Geografi dan Lansia</u>	<u>15</u>
<u>Penataan Gaya Hidup Lansia</u>	<u>18</u>
<u>Proses Penuaan</u>	<u>18</u>
<u>Teori-teori tentang Penuaan</u>	<u>18</u>
<u>Aspek-aspek yang Memengaruhi Proses Penuaan</u>	<u>21</u>
<u>Skrining pada Usia Lanjut</u>	<u>33</u>
<u>Pengantar</u>	<u>33</u>
<u>Macam-macam Skrining Kesehatan</u>	<u>35</u>
<u>Penggolongan Skrining Kesehatan</u>	<u>36</u>
<u>Skrining pada Keadaan Khusus Lansia</u>	<u>38</u>

Dukungan Sosial

Kebiasaan sosial budaya masyarakat di dunia timur sampai sekarang masih menempatkan orang-orang usia lanjut pada tempat terhormat dan penghargaan yang tinggi. Menurut Brojklehurst dan Allen (1987) lansia sering dianggap lamban, baik dalam berpikir maupun dalam bertindak. Anggapan ini bertentangan dengan pendapat-pendapat pada zaman sekarang, yang justru menganjurkan masih tetap ada *social involvement* (keterlibatan sosial) yang dianggap penting dan menyakinkan. Contohnya dalam bidang pendidikan, lansia masih tetap butuh tetap melanjutkan pendidikannya, sehingga dapat meningkatkan inteligensi dan memperluas wawasannya. Hal ini merupakan suatu dukungan bagi lansia dalam menghadapi masalah yang terjadi.

PROBLEMATIKA PENSIUN

Pensiun adalah suatu sistem yang berlaku dalam suatu negara, terutama negara industri. Pensiun mulai diperkenalkan pada pertengahan abad ke-20 (Boedhi Darmojo, 1999). Masa pensiun menimbulkan stres yang berujung pada timbulnya cemas bagi orang-orang yang mengalami masalah kesehatan atau finansial. Sebaliknya, orang yang merencanakan masa pensiunnya tidak akan mengalami hambatan finansial (Boose dkk., 1991). Dampak dari pensiun bagi lansia adalah menurunnya pendapatan, waktu lebih banyak tercurah untuk keluarga, berkurangnya struktur dalam kehidupan dibandingkan dengan waktu masih aktif bekerja, perubahan aktivitas dari sebelumnya, dan perubahan peran (Lueckenotte, 1996). Penurunan pendapatan harus disesuaikan dengan upaya untuk mengontrol finansial secara ketat. Kondisi ini mungkin saja normal, tapi dapat juga menimbulkan konflik dalam perkawinan. Perubahan peran, di mana waktu lebih banyak tercurah pada keluarga, akan memengaruhi pasangan atau anggota keluarga secara mendadak dan dapat menimbulkan konflik dalam keluarga. Begitu juga dengan perubahan aktivitas, dari yang sebelumnya aktif, kini menjadi berkurang, sehingga akan menimbulkan kebingungan dan merasa tidak berguna lagi. Bagi lansia yang tidak siap menghadapi masa pensiun, masa pensiun akan menjadi suatu stresor atau suatu kehilangan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan, konflik dan perubahan harga diri, serta gangguan interaksi sosial. Salah satu teori psikologis yang berhubungan dengan perubahan pada lansia yang dikemukakan oleh Peck (1968), yaitu dengan mengembangkan delapan tahap integritas **ego versus putus asa** dalam tiga tahap.

Diferensiasi Ego Versus Preokupasi Peran Kerja

Tugas lansia adalah untuk mencapai identitas dan perasaan berharga atau berarti dari sumber-sumber selain dari peran bekerja.

Masa pensiun dan pengakhiran kerja bisa mengurangi perasaan harga diri. Sebaliknya, seseorang dengan ego yang terdiferensiasi dengan baik, yang ditentukan oleh banyak dimensi, dapat mengganti peran kerjanya sebagai penentu utama untuk harga diri.

Transedensi Tubuh Versus Preokupasi Tubuh

Mengacu pada pandangan lansia terhadap perubahan-perubahan fisik yang terjadi sebagai akibat dari proses penuaan.

Transedensi ego versus preokupasi ego, mencakup penerimaan terhadap kematian. Ketika mengalami kecemasan, individu menggunakan beragam mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Ketidakmampuan untuk mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab utama perilaku patologis. Ada dua reaksi mekanisme koping seseorang yang digunakan dalam mengatasi kecemasan.

- Pertama adalah reaksi orientasi tugas yang berorientasi terhadap tindakan untuk memenuhi tuntutan dari situasi stres secara realistis, dapat berupa konstruktif dan destruktif yang terdiri atas perilaku menyerang, menarik diri, dan kompromi.
- Kedua adalah reaksi pertahanan ego, yang akan membantu seseorang untuk mengatasi kecemasan, tetapi bila digunakan secara terus-menerus dapat menimbulkan respons maladaptif (Kelliat dkk., 1999).

MEKANISME ADAPTASI

Sampai saat ini, penelitian terkait yang didapatkan mengenai adaptasi lansia adalah penelitian yang dilakukan oleh Zuckerman pada tahun 1984, dari hasil studinya diperoleh data tentang lansia yang religius, ternyata usianya lebih panjang dibandingkan para lansia yang tidak menjalankan ibadah. Bahkan pada mereka yang tidak religius, ternyata angka kematiannya dua kali lebih besar dibandingkan dengan mereka (lansia) yang rajin beribadah.

Penelitian lain yang terkait adalah penelitian terhadap pasien-pasien yang akan menjalani operasi yang dilakukan oleh Larson (1992). Hasil penelitiannya menyimpulkan, bahwa pasien-pasien lanjut usia yang religius kurang mengalami rasa ketakutan atau kecemasan terhadap operasi yang akan dijalannya.

Pada lansia, adaptasi yang digunakan bergantung pada mekanisme pertahanan yang telah digunakan sebelumnya (Erikson, 1963). Kemampuan seseorang untuk melewati rentang respons kehilangan dan rentang respons cemas sangat berbeda antara setiap individu, bergantung pada coping dan adaptasi yang digunakan.

Menurut Roy (1999), adaptasi dari coping yang inefektif akan memengaruhi individu untuk berespons terhadap stimulus. Andrews dan Roy (1986), juga menguraikan bahwa individu dapat dilihat sebagai sistem yang adaptif. Sebagai sistem yang adaptif, maka sekumpulan unit-unit yang saling berhubungan mempunyai masukan, proses kontrol, umpan balik, dan keluaran.

Proses adaptasi pada setiap individu sangat membantu individu untuk mencapai integritas kesehatan dalam dirinya. **Integritas** adalah ciri kesehatan, bila tidak ada integritas, maka dikatakan tidak sehat. **Kesehatan** didefinisikan lebih daripada kondisi tidak sakit, tetapi mencakup kondisi sejahtera (Andrews dan Roy, 1999).

Karakteristik personal yang sering dijumpai di kalangan lansia antara lain dapat dikelompokkan ke dalam dua kategori tertentu.

1. Persepsi mereka tentang pensiun (yang sedang dijalani)
 - Lebih memerhatikan diri.
 - Merasa kehilangan teman (*peer group*).
 - Berkemauan dan tetap bersemangat untuk melakukan hal-hal tertentu.
 - Merasa bahwa orang di sekitarnya (lingkungan di mana ia berada) sering kali tidak melibatkannya dalam kegiatan tertentu.
 - Merasa tidak diterima lagi di masyarakat.
 - Merasa lebih memerhatikan keluarganya.
 - Merasa tidak ada teman sebaya yang dapat diajak “bicara”.
 - Masih merasa mampu bekerja.
 - Merasa lebih memiliki waktu luang.
 - Merasa penghasilannya jauh berkurang.

- Merasa tidak ada yang mau mendengarkan atau meminta pendapatnya.
 - Merasa tidak berguna lagi.
 - Merasa keluarganya tidak dapat mengerti keberadaanya sebagai lansia.
 - Menyenangi cucu-cucunya.
 - Sering mengunjungi teman lama.
 - Tidak aktif dalam kegiatan belanja.
 - Dapat menyalurkan hobi.
2. Perubahan peran sosial lansia yang dapat diamati
- Sering kali kurang mampu mengambil tindakan.
 - Lebih banyak mengurung diri.
 - Tidak sabaran/pemarah.
 - Kurang menyadari apa peran dan tanggung jawabnya kini.
 - Kurang mampu berpikir/berbicara.
 - Egois (hanya memikirkan diri sendiri).
 - Tidak ingin bergaul dengan tetangga.
 - Merasa tidak berdaya.
 - Merasa hilang perannya selaku kepala rumah tangga.
 - Mudah tersinggung.

ASPEK DEMOGRAFI USIA LANJUT

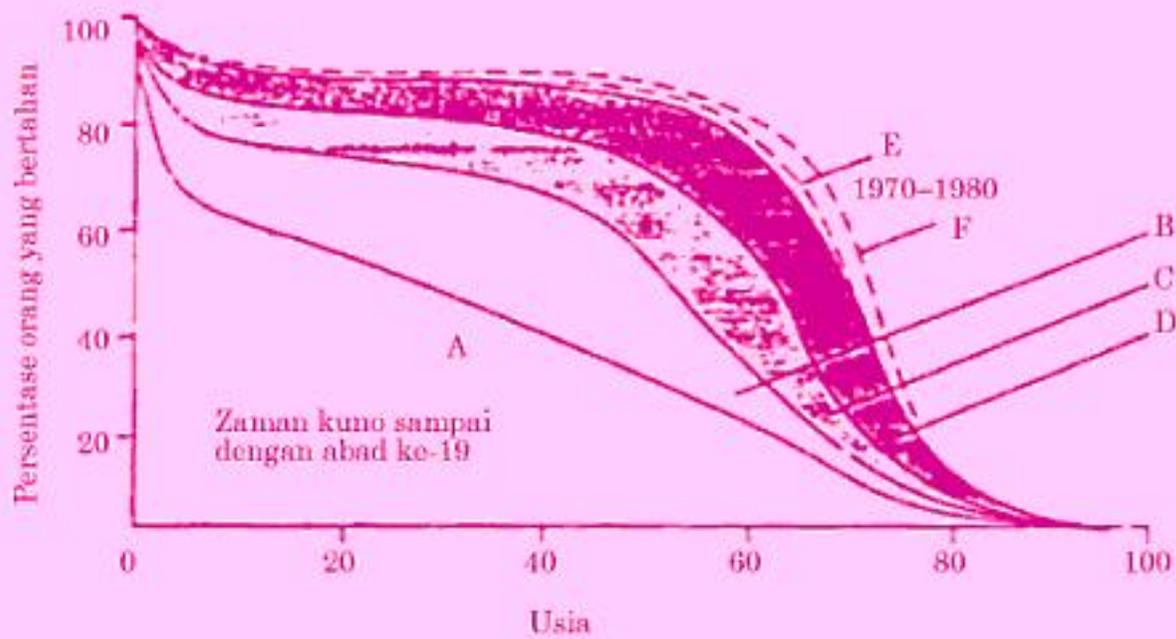
Aspek demografi pada usia lanjut meliputi gambaran umum, geografi dan lasia, serta pola kehidupan lansia di negara maju.

Gambaran Umum

Ciri-ciri demografi lansia selain jumlah dan proporsi populasinya juga isu yang penting adalah gambaran morbiditas dan mortalitas. Adapun dampak akhirnya berupa gambaran usia harapan hidup (LE) yang dalam perkembangannya mengalami dinamika perubahan.

Secara global, bila ditinjau dari aspek peradaban umat manusia, maka terdapat konsep transisi kependudukan yang oleh berbagai pakar, termasuk para pakar gerontologi (Comfort 1964 dan Myers 1984) menggambarkan pertumbuhan jumlah lansia akibat penurunan pada angka morbiditas.

Konsep *rectangularisasi* tampilan grafik penduduk yang tetap bertahan hidup yang semula berbentuk segitiga lambat laun semakin berubah menjadi persegi empat (*rectangular*). Seperti yang terlihat pada Figur 2.1.



Figur 2.1.
Kurva manusia yang bertahan hidup
 (Sumber: *Strechler dalam Miller, 1995*).

Berdasarkan gambar di atas, tampak bahwa kurva populasi manusia yang tetap bertahan hidup menurut usia mereka digambarkan dalam empat periode sebagai berikut A ke B, B ke C, C ke D, dan D ke F.

- A = periode zaman kuno hingga awal abad ke-19.
- B = periode abad ke-19.
- C = periode sampai dengan 1935.
- D = periode 1950–1960.
- E = periode 1970–1980.
- F = periode sesudah 1980.

Periode A–D menunjukkan populasi pria maupun wanita, sedangkan E dan F menunjukkan berturut-turut pria dan wanita.

Periode transisi A ke B diakibatkan oleh perbaikan perumahan, sanitasi, dan antiseptik. Periode transisi B ke C diakibatkan oleh faktor utama, yaitu *public health*, higiene, dan imunisasi. Periode C ke D terutama diakibatkan oleh antibiotik; perbaikan pelayanan medis, gizi, dan penyuluhan kesehatan. Sementara transisi D ke F adalah kemajuan mutakhir dalam bidang biomedika (Miller, 1995).

Geografi dan Lansia

Sejalan dengan hal tersebut, struktur demografi penduduk Indonesia selama kurun waktu/dekade terakhir ini (dan seterusnya) ditandai antara lain dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk berusia lanjut. Bila mengacu pada batasan usia 65 tahun yang banyak diterapkan secara internasional, maka di Indonesia, kelompok penduduk berusia 65 tahun ke atas yang pada tahun 1980 sebesar 3,2% dari total populasi telah meningkat menjadi 3,8% pada tahun 1987 dan 4,6% pada tahun 1994 (profil kesehatan Indonesia, Depkes RI, 1997).

Pada tahun 2010 nanti, proyeksi penduduk berusia 65 tahun ke atas di Indonesia akan menjadi 11 juta jiwa, padahal pada tahun 1994 baru sebesar 7,5 juta. Proyeksi pada tahun 2020 akan sebesar 7,2% (Aris Ananta, 1997) yang hampir sepadan dengan proporsi negara-negara maju saat ini. Untuk saat ini saja diperkirakan di beberapa provinsi seperti DKI dan DIY penduduk kelompok usia tersebut telah mendekati kondisi yang dicapai negara-negara maju sekarang. Namun, penduduk berusia lanjut di Indonesia memiliki pula dimensi lain selain presentasi terhadap populasi total seperti yang diuraikan di atas. Dimensi lain itu meliputi: jumlah absolutnya yang besar, tingkat pendapatan yang rendah, tingkat pendidikan yang rendah, dan yang tak kalah pentingnya kemungkinan tingkat kesehatannya yang rendah pula, sehingga pada gilirannya akan berimplikasi pada kebutuhan proses keperawatan. Bila ditinjau dari aspek pembiayaan kesehatan, hal seperti ini akan merupakan beban yang perlu diperhitungkan, mengingat bahwa kenyataan ini bagaikan semacam perangkap dalam pengalokasian sumber daya kita yang secara keseluruhan semakin terbatas.

Pada Tabel 2.1 dapat dilihat persentase penduduk menurut kelompok usia di Indonesia pada kurun waktu 1990–1994.

Apabila penduduk usia lanjut dihitung mulai dari usia 60 tahun, maka persentase kelompok tersebut terhadap total populasi berdasarkan sensus penduduk adalah sebagaimana tertera pada Tabel 2.2 di bawah ini. Berdasarkan Tabel 2.2 tersebut, tampak bahwa peningkatan persentase penduduk usia 60 tahun ke atas antara tahun 1971–1980, serta antara 1980–1990 masih berkisar di bawah 1%. Jika peningkatan persentase antara tahun 1990–2000 diperkirakan 0,9%, maka persentase penduduk usia 60 tahun ke atas pada saat ini diproyeksikan sebesar 7,2% dari total populasi atau sekitar 14,9 juta orang.

Tabel 2.1
Persentase penduduk menurut kelompok usia di Indonesia 1990–1994

	1990 (Sensus)	1985 (Supas)	1987 (SPI)	1991 (SDKI)	1994 (SDKI)
< 15	40,9	39,4	36,9	36,2	35,0
15–64	55,9	59,3	59,3	59,9	60,4
65 +	3,2	3,8	3,8	3,9	4,6
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Median Usia	-	-	-	21,5	22,8
Rasio Beban Ketergantungan	78,9	73,1	68,6	67,2	65,8

Sumber: BPS, Menteri Negara Kependudukan / BKKBN, dan Depkes RI 1994.

Selanjutnya pada Tabel 2.2 dapat dilihat laju peningkatan persentase penduduk berusia 60 tahun ke atas, yaitu pada tahun 1971, 1980, 1990, dan 2000.

Tabel 2.2
*Persentase penduduk berusia 60 tahun ke atas
 lebih pada tahun 1971, 1980, 1990*, dan 2000**.*

	Jumlah 60+ (dalam jutaan)	%	Peningkatan
1971	5,8	4,5	–
1980	7,9	5,4	0,966
1990	11,2	6,2	0,482
2000	14,8	7,2	0,900

* *Sumber: BPS, Sensus Penduduk.*

** *Angka pada tahun 2000 adalah proyeksi menurut hasil sensus 1995.*

Peningkatan jumlah usia lanjut akan berpengaruh pada berbagai aspek kehidupannya (fisik, mental, dan ekonomi) seperti diuraikan terdahulu. Mengantisipasi kondisi ini pengkajian masalah-masalah usia lanjut perlu ditingkatkan, termasuk aspek keperawatannya, agar dapat menyesuaikan dengan kebutuhan serta untuk menjamin tercapainya usia lanjut yang bahagia, berdaya guna dalam kehidupan keluarga, dan masyarakat di Indonesia.

Pola Kehidupan Lansia di Negara Maju

Di negara-negara maju, kebanyakan lansia hidup mandiri dalam pengertian hidup sendiri ataupun bersama pasangannya. Hanya sebanyak 5% yang hidup di institusi (panti jompo atau sejenisnya). Untuk mereka yang berusia di atas 80 tahun dan masih berada dalam status menikah, terdapat lebih banyak pria daripada wanita. Oleh karena itu, dapat diperkirakan bahwa di antara lansia yang hidup sendiri, kelompok wanita lebih banyak daripada pria.

Selanjutnya, terdapat sekitar 65% lansia yang mengidap gangguan kronis atau kecacatan, hidup bersama seseorang yang merawatnya, sementara sisanya (35%) benar-benar hidup sendiri.

Dari aspek ekonomi, walaupun telah banyak kebijakan yang dibuat untuk membantu lansia, namun dapat dikatakan bahwa kelompok ini paling rawan dibandingkan dengan mereka yang berusia muda. Di Amerika Serikat pada tahun 1996, tercatat 28,5% lansia hidup dalam kemiskinan. Sedangkan gambaran statistik untuk tahun 1988, terdapat 12,2% yang memiliki penghasilan di bawah garis kemiskinan, apalagi kelompok wanita. Keadaan ini lebih menonjol bagi mereka yang tanpa pensiun atau pekerjaan lainnya.

Lansia dengan tingkat *income* yang rendah seperti itu akan sangat rawan, terutama bila dihadapkan dengan tingkat pengeluaran yang tinggi untuk kesehatan mereka.

Jika dilihat dari aspek tingkat pendidikan, para lansia umumnya lebih rendah daripada yang berusia lebih muda, namun kesenjangannya semakin mengecil. Median untuk jumlah tahun bersekolah di Amerika Serikat pada kelompok lansia adalah sebesar 12,8% di mana di Amerika Serikat perbedaan ras dan etnik dalam kaitan pendidikan ini sangat menonjol.

Pola demografi yang cukup menonjol pada banyak kawasan adalah apa yang dikenal dengan istilah **migrasi balik**, yaitu ketika lansia kembali (pulang) ke daerah/kota asalnya sesudah menghabiskan sebagian besar masa kerjanya di tempat lain. Di Amerika Serikat misalnya, pola ini tampak kebanyakan di daerah rural. Salah satu pertimbangan utamanya adalah bahwa di masyarakat rural biasanya besar biaya hidup jauh lebih rendah. Selain itu, penghasilan pensiunan juga jauh lebih kecil. Di Indonesia, salah satu daerah yang menonjol adalah Provinsi Yogyakarta, di mana terdapat banyak lansia yang semula bekerja di daerah lain, namun ketika memasuki usia lanjut (setelah pensiun) kembali ke daerahnya, bahkan menempati Panti Wreda.

Penataan Gaya Hidup Lansia

Kebanyakan lansia hidup mandiri, apakah dengan status hidup sendiri atau dengan pasangannya (*spouses*). Hanya $\pm 5\%$ dari lansia yang hidup di panti. Selain itu lansia wanita yang berusia 80 ke atas kebanyakan masih dalam status menikah. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa terdapat lebih banyak lansia wanita yang tinggal sendiri dipenghujung masa hidupnya.

Sekitar 65% dari lansia mengalami gangguan kesehatan dan hidup dengan ditemani oleh seseorang yang mengingat masalah kesehatannya. Adapun selebihnya (sebesar 35%) memang hidup sendiri.

Kehidupan Lansia dan Aspek Ekonomi

Lansia merupakan kelompok penduduk yang secara ekonomi sangat tidak aman bila dibandingkan dengan mereka yang berusia lebih muda.

Pada tahun 1966, di Amerika Serikat terdapat tidak kurang dari 28,5% lansia yang hidup di bawah garis kemiskinan. Pada tahun 1986, terdapat 12,2% lansia yang memiliki *income* di bawah garis kemiskinan. Dari mereka ini ternyata lansia wanita yang lebih *vulnerable*, khususnya pada mereka yang berusia lebih jompo. Adapun kelompok lansia wanita seperti ini sewaktu mudanya memang tidak pergi bekerja (di luar rumah) atau kalau pun bekerja, pekerjaannya tergolong jenis pekerjaan rumahan. Pada Lampiran 1 dapat diikuti ketiga tabel yang menggambarkan lansia menurut lokasi tempat domisili *nursing home* dan tingkat pemanfaatan perawatan di rumah dari para lansia di Amerika Serikat serta persentase penghuni panti menurut gangguan pendengaran dan penglihatan.

PROSES PENUAAN

Proses penuaan terdiri atas teori-teori tentang penuaan, aspek biologis pada proses menua, proses penuaan pada tingkat sel, proses penuaan menurut sistem tubuh, dan aspek psikologis pada proses penuaan.

Teori-teori tentang Penuaan

Teori-teori tentang penuaan sudah banyak yang dikemukakan, namun tidak semuanya bisa diterima. Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok, yaitu yang termasuk kelompok teori biologis dan teori psikososial.

Teori Biologis

Teori yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut.

1. Teori jam genetik

Menurut Hayflick (1965), secara genetik sudah terprogram bahwa material di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetik terkait dengan frekuensi mitosis. Teori ini didasarkan pada kenyataan bahwa spesies-spesies tertentu memiliki harapan hidup (*life span*) yang tertentu pula. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali, sesudah itu akan mengalami deteriorasi.

2. Teori interaksi seluler

Bahwa sel-sel satu sama lain saling berinteraksi dan memengaruhi.

Keadaan tubuh akan baik-baik saja selama sel-sel masih berfungsi dalam suatu harmoni. Akan tetapi, bila tidak lagi demikian, maka akan terjadi kegagalan mekanisme *feed-back* di mana lambat laun sel-sel akan mengalami degenerasi (Berger, 1994).

3. Teori mutagenesis somatik

Bahwa begitu terjadi pembelahan sel (mitosis), akan terjadi "mutasi spontan" yang terus-menerus berlangsung dan akhirnya mengarah pada kematian sel.

4. Teori eror katastrof

Bahwa eror akan terjadi pada struktur DNA, RNA, dan sintesis protein. Masing-masing eror akan saling menambah pada eror yang lainnya dan berkulminasi dalam eror yang bersifat katastrof (Kane, 1994).

5. Teori pemakaian dan keausan

Teori biologis yang paling tua adalah teori pemakaian dan keausan (*tear and wear*), di mana tahun demi tahun hal ini berlangsung dan lama-kelamaan akan timbul *deteriorasi*.

Teori Psikososial

Adapun mengenai kelompok teori psikososial, berturut-turut dikemukakan beberapa di antaranya adalah sebagai berikut.

1. Disengagement theory

Kelompok teori ini dimulai dari University of Chicago, yaitu *Disengagement Theory*, yang menyatakan bahwa individu dan

Uraian mendetail tentang teori-teori psikologis ini beserta kaitannya dengan kehidupan lansia selanjutnya tidak akan dibahas, karena berada di luar ruang lingkup buku ini.

Memasuki usia lanjut, secara kejiwaan individu berpotensi untuk mengalami perubahan sifat, seperti: bersifat kaku dalam berbagai hal, kehilangan minat, tidak memiliki keinginan-keinginan tertentu, maupun kegemaran yang sebelumnya pernah ada. Hal ini tentu erat kaitannya dengan kemunduran dari aspek bio-fisiologis seperti diuraikan di atas. Kemunduran-kemunduran itu dapat disimpulkan dalam bentuk kemunduran kemampuan kognitif serta kemunduran dalam aspek psikososial. Kemunduran kemampuan kognitif antara lain berupa berkurangnya ingatan (suka lupa) di mana ingatan kepada hal-hal di masa mudanya masih baik, namun ingatan terhadap hal-hal yang baru terjadi sangat terganggu. Ungkapan untuk ini dikenal dengan istilah "*shortterm memory*" versus "*longterm memory*". Komponen yang pertama dilupakan adalah nama-nama. Hal ini dikaitkan dengan kemunduran fungsi pusat-pusat ingatan pada lobus frontalis dan lobus lainnya di otak besar (serebrum). Pada usia lanjut, orientasinya secara umum serta persepsinya terhadap ruang/tempat dan waktu juga mundur karena biasanya pandangannya juga mulai menyempit dalam berbagai hal. Dalam buku Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut (Depkes RI Jakarta, 2000) selanjutnya diuraikan meskipun mereka telah mempunyai banyak pengalaman, tetapi hasil skor yang dicapai dalam tes-tes inteligensia menjadi lebih rendah, serta tidak mudah menerima hal-hal atau ide-ide baru.

Teori Kedokteran tentang Penuaan (Teori-teori Geriatri)

Mula-mula teori medis tentang penuaan membatasi diri pada pertanyaan mengenai hubungan antara penyakit dan usia tua. Namun, dewasa ini cenderung telah ditinggalkan dan beralih pada kajian mengenai peningkatan status fungsional. Biasanya penyakit cenderung lebih berhubungan dengan usia harapan hidup (*life expectancy*).

1. Teori organ tubuh

Menurut teori ini **menua** adalah kegagalan pada organ vital tubuh akibat penyakit atau aus-nya organ-organ tubuh. Teori ini menyatakan seolah-olah bahwa tubuh tidak akan mati andai kata tak ada penyakit atau kecelakaan.

kenyataan bahwa terdapat keluarga-keluarga tertentu yang memiliki pola usia “panjang” dan sebaliknya.

Proses Penuaan menurut Sistem Tubuh

Proses tumbuh kembang (*growth and development*) dalam fase kehidupan setiap individu dapat dibagi ke dalam 3 (tiga) fase menurut tingkat kecepatan perlangsungannya, yaitu: 1. fase progresif (tumbuh kembang cepat), 2. fase stabil (tumbuh kembang stasioner), dan 3. fase regresif (kemunduran tumbuh kembang).

Dalam fase ketiga (fase kemunduran), secara mikro berlangsung kemunduran biologis dan fungsional (seperti yang diuraikan dalam Bab 3), dengan akibat terjadinya perubahan-perubahan secara makro, yang meliputi: perubahan pada kulit, sistem indra, sistem kardiovaskular, sistem respirasi, sistem gastrointestinal, sistem perkemihan dan reproduksi, serta sistem neurologis. Perubahan tersebut dijabarkan sebagai berikut.

1. Sistem kulit dan integumen

Pada kulit, terutama kulit wajah yang mengeriput, hal pertama yang dialami adalah kulit di sekitar mata dan mulut, sehingga berakibat wajah dengan ekspresi sedih (lebih jelas pada wanita).

Rambut semakin berubah dan khusus pada pria tak jarang terjadi kebotakan (alopesia). Gigi tanggal, sehingga berpengaruh pada proses mengunyah makanan.

2. Sistem indra (penglihatan, pendengaran, penciuman, dan pengecapan)

Gangguan pada mata sering disebabkan oleh katarak, glaukoma, atau degenerasi makula. Pada usia lanjut dengan katarak yang berat, terjadi penurunan visus, bahkan pada stadium lanjut hanya dapat membedakan terang dan gelap. Penyebab katarak antara lain pengobatan steroid yang berlangsung lama, trauma, radiasi, atau idiopatik (tak diketahui penyebabnya).

Kedua jenis gangguan pada sistem indra tersebut di atas, (sistem penglihatan dan pendengaran) akan berdampak pada gangguan komunikasi.

Pada lansia, timbulnya gangguan komunikasi tidak saja sebagai akibat dari presbiakusis, tapi sering ditambah pula dengan situasi dalam percakapan yang kurang mendukung. Timbulnya gangguan komunikasi dikaitkan dengan hal-hal berikut.

berkurangnya jumlah miokard, dan berkurangnya jumlah air jaringan.

Tebal bilik kiri dan kekakuan katup bertambah seiring dengan penebalan septum interventrikular, ukuran rongga jantung juga membesar.

Selain itu, akan terjadi penurunan jumlah sel-sel pacu jantung serta serabut berkas His dan Purkinje. Keadaan di atas mengakibatkan menurunnya kekuatan dan kecepatan kontraksi miokard disertai dengan memanjangnya waktu pengisian diastolik, hasil akhirnya berupa berkurangnya fraksi ejeksi sampai 10–20%.

Timbulnya aritmia jantung juga akan meningkat sejalan dengan penambahan usia. Pembuluh darah akan lebih kaku hingga kehilangan kelenturannya. Endapan lemak yang menyebabkan aterosklerosis akan makin banyak dengan berbagai manifestasi seperti penyakit jantung koroner, gangguan aliran pembuluh darah otak, dan ekstremitas.

8. Sistem pernapasan

Seiring penambahan usia, kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan akan menurun, sendi-sendi tulang iga akan menjadi kaku.

Keadaan tersebut mengakibatkan:

- penurunan laju ekspirasi paksa satu detik sebesar $\pm 0,2$ liter/dekade serta berkurangnya kapasitas vital
- menurunnya sistem pertahanan yang terdiri atas gerak bulu getar, leukosit, antibodi dan refleks batuk. Semua ini berakibat lansia menjadi lebih rentan terhadap infeksi.

9. Sistem hormonal

Produksi testosteron dan sperma menurun mulai usia 45 tahun, namun tidak mencapai titik nadir. Pada usia 70 tahun seorang laki-laki masih memiliki libido dan mampu melakukan kopulasi.

Pada wanita karena jumlah ovum dan folikel yang sangat rendah, maka kadar estrogen akan menurun setelah menopause (45–50 tahun). Hal ini menyebabkan dinding rahim menipis, selaput lendir mulut rahim dan saluran kemih menjadi kering. Infeksi saluran kemih lebih sering terjadi pada wanita lansia. Pada wanita yang sering melahirkan, keadaan di atas memperbesar kemungkinan terjadinya inkontinensia.

pada stadium subklinis. Pencegahan sekunder ini dilakukan melalui kegiatan skrining atau penemuan kasus (Case finding). Di negara maju, skrining pada umumnya ditujukan pada penyakit kardiovaskular, keganasan dan cerebrovascular accident (CVA).

Macam-macam Skrining Kesehatan

Penyakit Hipertensi

Tindakan skrining sangat bermanfaat, baik terhadap hipertensi sistolik maupun diastolik. Pencegahannya akan dapat mengurangi risiko timbulnya stroke, penyakit jantung atau bahkan kematian. Dari hasil studi, ditemukan bahwa bila 40 orang diobati selama 5 tahun akan dapat mencegah 1 (satu) kejadian stroke.

Keganasan

Skrining terhadap keganasan terutama ditujukan terhadap penyakit kanker payudara, yaitu dengan cara BSE. Juga penyakit kanker serviks dengan cara Pap Smear. Selanjutnya skrining juga dilakukan terhadap kanker kolon dan rektum. Adapun caranya adalah dengan pengujian laboratorium terhadap darah samar di dalam feses, selain dengan cara endoskopi untuk kelainan dalam sigmoid dan kolon terutama pada penderita yang menunjukkan adanya keluhan.

Wanita Menopause

Tindakan skrining ditujukan untuk memastikan apakah diperlukan terapi hormon pengganti estrogen. Terapi ini dapat mengurangi risiko kanker payudara. Juga fraktur akibat osteoporosis. Namun perlu diwaspadai kemungkinan timbulnya kanker endometrium, di mana untuk pencegahannya dapat dianjurkan agar diberikan secara bersamaan dengan hormon progesteron.

Tindakan skrining juga biasanya ditujukan bagi kelainan pada sistem indra, yaitu terutama pada penglihatan dan pendengaran seperti berikut ini.

patokan diambil batas normal tekanan darah bagi lansia adalah: (1) tekanan sistolik 120–160mmHg, dan (2) tekanan diastolik \leq 90 mmHg. Pengukuran tekanan darah pada lansia sebaiknya dilakukan dalam keadaan berbaring, duduk, dan berdiri dengan selang beberapa waktu, yaitu untuk mengetahui kemungkinan adanya hipertensi ortostatik.

Penyakit Jantung

Selain pengkajian secara lengkap (anamnesis dan pemeriksaan fisik), skrining yang perlu dilakukan pada lansia dengan dugaan kelainan jantung antara lain pemeriksaan EKG, *treadmil*, dan foto toraks.

Penyakit Ginjal

Selain Pengkajian secara lengkap (anamnesis dan pemeriksaan fisik), skrining yang perlu dilakukan pada lansia dengan dugaan kelainan ginjal adalah pemeriksaan laboratorium tes fungsi ginjal dan foto IVP.

Diabetes Melitus

Selain pengkajian secara lengkap (anamnesis dan pemeriksaan fisik), skrining yang perlu dilakukan pada lansia dengan dugaan diabetes antara lain pemeriksaan reduksi urine, pemeriksaan kadar gula darah, dan funduskopi.

Gangguan Mental

Selain pengkajian secara lengkap (anamnesis dan pemeriksaan fisik), skrining yang perlu dilakukan pada lansia dengan dugaan diabetes melitus antara lain pemeriksaan status mental dan tes fungsi kognitif. Biasanya telah dapat dibedakan apakah terdapat kelainan mental seperti depresi, delirium, atau demensia.

Keganasan

Skrining terhadap keganasan terutama ditujukan terhadap penyakit kanker payudara, yaitu dengan cara BSE. Ada juga penyakit kanker serviks dengan cara *pap smear*. Selanjutnya skrining juga dilakukan terhadap kanker kolon dan rektum. Adapun caranya adalah dengan melakukan pengujian

kronik, penurunan visus, dan gangguan pada tulang. Tentu saja prevalensi ini akan berbeda menurut tempat serta ciri-ciri demografi lainnya, namun dapat dikatakan bahwa kelompok penyakit tersebut di atas pada umumnya menonjol.

Tabel 2.3. di bawah ini memperlihatkan hal tersebut beserta sikap dan langkah-langkah yang perlu diambil untuk mengurangi gangguan tersebut.

Tindakan tersebut dapat dilakukan oleh lansia sendiri maupun sebagai hal yang perlu dicakup dalam pemberian penyuluhan oleh perawat kesehatan masyarakat.

Tabel 2.3.
Prevalensi gangguan yang bersifat kronis pada lansia

Masalah	% yang terkena	Tindakan untuk mengurangi gangguan
• Arthritis	46	• Kontrol BB, <i>exercise</i> .
• Hipertensi	38	• Kurangi garam, kontrol berat badan, obat antihipertensi.
• Gangguan pendengaran	28	• Hindari bunyi yang keras, kenakan alat pelindung telinga.
• Kelainan jantung	28	• Diet, kontrol hipertensi, stop rokok, diet rendah lemak.
• Sinusitis kronis	18	• Stop rokok.
• Penurunan visus	14	• Kenakan kaca mata gelap pada cahaya terang.
• Gangguan pada tulang	13	• Intake kalsium adekuat, <i>exercise</i> , hindari alkohol.

Penyakit jantung iskemik masih terus merupakan penyebab kematian utama pada lansia, diikuti oleh keganasan, dan DM (lihat Tabel 2.4 tentang perbandingan penyebab kematian pada lansia terhadap semua kelompok usia).

Di sini tampak bahwa penyebab gangguan akut yang paling sering dialami oleh lansia adalah infeksi saluran pernapasan. Sementara gangguan akut lainnya adalah kelainan pada mata dan telinga, infeksi saluran kemih, kelainan kulit, serta gangguan muskuloskeletal (Mermenstein, 1993).

Jatuh

Jatuh akan menyebabkan cedera jaringan lunak, bahkan fraktur pangkal paha atau pergelangan tangan. Keadaan tersebut menyebabkan nyeri dan imobilisasi dengan segala akibatnya.

Faktor risikonya dapat dibedakan menjadi dua, sebagai berikut.

1. Faktor risiko internal

- gangguan penglihatan;
- gangguan adaptasi gelap;
- infeksi telinga;
- obat golongan aminoglikosida (quinidine, furosemide, diazepam, antidepresan, antihipertensi);
- vertigo;
- pengapuran vertebra servikal;
- gangguan aliran darah otak; artritis (artrosis lutut);
- neuropati perifer;
- lemah otot tungkai;
- hipotensi postural;
- pneumonia;
- penyakit sistemik, seperti infeksi, gagal jantung, dehidrasi, diabetes, dan hipoglikemia.

2. Faktor risiko eksternal

- turun tangga;
- benda-benda yang harus dilangkahi;
- lantai licin (termasuk kamar mandi);
- alas kaki kurang pas;
- kain/celana terlalu panjang;
- tali sepatu;
- tempat tidur terlalu tinggi/terlalu rendah;
- kursi terlalu rendah;
- kursi roda tidak terkunci;
- tempat kaki kursi roda;
- penerangan kurang;
- WC jauh dari kamar;
- letak WC terlalu rendah.

Inkontensia Urine

Mengompol tidak hanya menimbulkan problem hygiene seperti penyakit

Faktor Risiko Demensia

Faktor risiko penyebab demensia adalah riwayat keluarga, sindrom Down, trauma kepala, penyakit tiroid, dan stroke/CVA.

Karakteristik Demensia

Karakteristik demensia adalah sebagai berikut.

1. Gangguan daya ingat jangka pendek dan panjang.
2. Gangguan proses pikir abstrak, misalnya tidak dapat memahami arti suatu konsep/kata.
3. Gangguan dalam *judgement*, misalnya tidak mampu mengatasi masalah dalam pekerjaan, hubungan interpersonal, dan hubungan keluarga.
4. Afasia (gangguan berbahasa), apraksia (gangguan aktivitas motorik), agnosia (gangguan identifikasi objek-objek).
5. Perubahan kepribadian.
6. Aktivitas sosial terganggu.
7. Tidak dalam keadaan delirium.

Dekubitus

Dekubitus bisa dicegah, namun bila terlanjur terjadi akan memerlukan perawatan khusus. Dekubitus mengakibatkan anemia perdarahan, hipoalbuminemia, sepsis, dan kematian.

Faktor Risiko

Faktor risiko pada dekubitus adalah imobilisasi, inkontinensia, malnutrisi, hipoalbuminemia, gangguan kesadaran, kulit sangat kering, dan demam.

Penatalaksanaan Medis

Pada klien dengan delirium dilakukan penatalaksanaan medis berupa mengkaji dengan cermat keluhan sakit kepala serta penglihatan. Mengatasi batuk pilek secepatnya. Demikian pula gejala penting lain seperti keluhan perkemihan, anoreksia, gastroenteritis, mual dan berkeringat dingin, serta

komprehensif (*comprehensive older person evaluation*—COPE). Kebanyakan para lansia dapat menyuguhkan anamnesis yang baik, tetapi tidak sedikit pula yang mengalami hambatan untuk berkomunikasi (misalnya akibat tuli, menurunnya fungsi intelektual -/- pikun, menurunnya penglihatan) di mana dalam keadaan seperti itu diperlukan bantuan kerabat untuk memperoleh anamnesis yang akurat. Sebaliknya, tak jarang pula keluhan mereka yang beraneka ragam bisa membuat si perawat frustrasi, atau malah mengaburkan, bahkan tak dilaporkan.

Riwayat penyakit masa lalu juga penting untuk membantu menempatkan masalah kesehatan saat ini dalam perspektif yang tepat. Penting pula diperhatikan tentang riwayat pemakaian obat-obatan, karena lansia bila diberikan resep bermacam obat jarang memprotes, bahkan juga sering mengobati dirinya sendiri. Dalam kaitan ini ditanyakan pula mengenai adanya reaksi obat. Uraian tentang penyalahgunaan senyawa obat dan aspek farmakologi yang terkait dengan isu kultur akan dibahas tersendiri. Anamnesis dilakukan secara sistematis (dilakukan menurut sistem tubuh) dengan tetap fokus pada keluhan utamanya (lihat Tabel 3.1).

Tabel 3.1.
Jenis keluhan pada lansia menurut pendekatan sistemik.

Sistem	Keluhan yang Khas
Respirasi	• sesak napas yang progresif, batuk yang menetap.
Kardiovaskular	• ortopnea, edema, angina, klaudikasio, palpitasi, pusing, sinkop.
Gastrointestinal	• sulit mengunyah, sulit menelan, nyeri perut, perubahan defekasi.
Genitourinaria	• poliuri, urgensi, nokturia tak lampias, intermitten, perlu usaha utk pengosongan, inkontinensia, hematuri, perdarahan per vaginam.
Muskuloskeletal	• nyeri lokal/difus, lumpuh/lemah lokal/difus, gangguan sensitivitas.
Neurologis	• gangguan penglihatan (sementara/progresif).
Psikologia	• depresi, ansietas, agitasi, paranoid, pikun, kebingungan.

Sumber:
Kane, Essential Of Clinical Geriatrics, New York: Mc.GrawHill, 1994.

Pemeriksaan Fisik pada Lansia

Tata-cara pemeriksaan fisik dilakukan sebagaimana halnya prosedur yang ditempuh pada kelompok usia lainnya. Namun, dalam melakukan pengkajian fisik pada klien lansia secara efektif memerlukan penilaian terhadap status

Sistem Integumen

Selain yang tertera pada Tabel 3.2, dapat diperhatikan pula tentang ada tidaknya anemia, ikterus, sianosis, serta lesi primer dan lesi sekunder. Lesi primer pada kulit antara lain berupa: makula, papula, vesikula, pustula, bula, nodul, dan tumor. Lesi sekunder antara lain berupa: skuama, ekskoriasi, fisura, krusta, sikatriks, dan ulkus.

Perubahan lainnya berupa perubahan kulit lokal: angioma, nevi, striae, kebotakan pada rambut, edema, turgor, berkeringat, dan atrofi.

Pengkajian Status Gizi

Pada lansia perlu mewaspadaikan status gizi yang menurun, mengingat prevalensi malnutrisi yang tinggi dikalangan mereka, yaitu sebesar 10–50%). Padahal malnutrisi ini merupakan faktor risiko utama bagi timbulnya kesakitan dan kematian, khususnya bagi mereka yang tinggal di panti. Selain itu, sering kali status gizi dikalangan lansia ini diabaikan orang. Malnutrisi sendiri merupakan masalah yang bersifat multifaktor, yaitu meliputi faktor fisik, sosial, dan ekonomi. Bagi lansia yang tinggal sendiri, sering kali mengalami kurang makan, khususnya pada golongan pria.

Selanjutnya gangguan kognitif dan suasana hati (*mood*) juga tidak jarang mengubah kebiasaan makan dan intake gizi secara normal. Di negara maju, terdapat sekitar 10% lansia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi alkohol di mana kenyataan ini sering tidak dihiraukan oleh perawatnya. Padahal alkohol sendiri berakibat kurangnya nafsu makan.

Untuk menentukan status nutrisi dianjurkan pula mengkaji riwayat diet lansia. Pada umumnya masalah gizi kurang pada lansia berupa kurang energi kronis (KEK), anemia, dan kekurangan zat gizi mikro yang lain.

Dapat dikatakan bahwa masalah gizi pada lansia untuk sebagian besar merupakan rangkaian masalah gizi yang telah ada sebelumnya dan manifestasinya timbul setelah klien menjadi tua. Selain itu, dari banyak penelitian yang dilakukan ternyata ditemukan bahwa kebanyakan masalah gizi pada lansia berupa masalah gizi lebih atau kegemukan (obesitas) yang pada gilirannya memacu timbulnya penyakit-penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner, hipertensi, diabetes, batu empedu, Gout (rematik), penyakit ginjal, sirosis hati, dan penyakit-penyakit keganasan (kanker).

Lansia yang mengalami obesitas ditemukan lebih sering pada wanita dibanding pria, yaitu sebesar 26,1% : 15, 6% (Survei IMT, Depkes 1997).

Tabel 3.4.
Perilaku terhadap nutrisi dan pencernaan

<p>Perilaku terhadap nutrisi dan pencernaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apakah lansia tampak menikmati makannya bersama yang lain, atau merasa diganggu oleh yang lain? 2. Bila memakai gigi palsu, apakah dicopot waktu makan? kenapa? 3. Adakah mengemil di antara waktu-waktu makan dan bagaimana pola minumannya? 4. Adakah tersedia minuman ringan tanpa kafein? 5. Adakah petunjuk mengenai pengaruh budaya dalam memilih/memasak makanan? <p>Amati situasi makan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adakah pengaruh lingkungan/sosial terhadap kenyamanan diwaktu makan? (ruang makan berisik, terganggu oleh pihak lain)? 2. Apakah lansia makan sendiri atau memerlukan interaksi sosial?
--

Pemeriksaan Fisik Khusus

Pemeriksaan fisik per sistem secara berurutan mulai dari kepala, leher, mata, THT, mulut/tenggorokan, torak (pernapasan dan paru), kardiovaskular (jantung dan pembuluh darah), abdomen, serta ekstremitas atas dan bawah.

Pengkajian Sistem Perkemihan

Proses penuaan pada ginjal, kandung kemih, uretra, dan sistem persarafan memengaruhi fisiologi pengeluaran urine. Proses penuaan dapat mengarah pada terjadinya inkontinensia. Faktor risiko untuk timbulnya inkontinensia meliputi obat-obatan, kondisi patologis, psikososial, serta kelainan kognitif dan fungsional. Pada bagian ini hanya akan dibahas mengenai beberapa obat-obatan serta mekanisme kerjanya terhadap inkontinensia, seperti yang tertera pada Tabel 3.5.

Tabel 3.6.
Indeks tingkat kemandirian / ketergantungan pada lansia

Tingkat A. Mandiri pada ke-7 jenis aktivitas.
Tingkat B. Mandiri pada 6 jenis aktivitas
Tingkat C. Ketergantungan dalam hal mandi plus salah satu yang lain.
Tingkat D. Ketergantungan dalam hal mandi, berpakaian, plus salah satu lainnya.
Tingkat E. Ketergantungan dalam hal mandi, berpakaian, ke toilet, plus salah satu lainnya.
Tingkat F. Ketergantungan dalam hal mandi, berpakaian, ke toilet dan transferring, plus salah satu lainnya.
Tingkat G. Ketergantungan pada ke-7 fungsi
Lain-Lain: Bila terdapat ketergantungan pada 2 fungsi atau lebih yang tidak termasuk C, D, E atau F.

Sumber:
Katzs Index dalam Stanhope: Community Health Nursing.

Adapun kemandirian di sini dihubungkan dengan kemampuan klien dalam melakukan fungsi tanpa memerlukan supervisi, petunjuk, maupun bantuan aktif dengan pengecualian seperti dicantumkan dalam definisi di atas. Definisi tersebut didasarkan pada status sebenarnya. Misalnya bagi klien yang menolak untuk melakukan sendiri suatu fungsi tertentu (padahal mungkin ia masih mampu) dianggap tidak bisa melakukannya.

Untuk menetapkan apakah salah satu fungsi tersebut *mandiri* atau *dependen* (yaitu memperlihatkan tingkat ketergantungan) diterapkan standar sebagai berikut.

1. Tentang mandi, dinilai kemampuan klien untuk menggosok/membersihkan sendiri seluruh bagian badannya, atau dalam hal mandi dengan cara pancuran (*shower*) atau dengan cara masuk dan keluar sendiri dari *bath tub*. Dikatakan independen (mandiri), bila dalam melakukan aktivitas ini, klien hanya memerlukan bantuan untuk misalnya menggosok/membersihkan sebagian tertentu dari anggota badannya. Lansia mampu mandi sendiri tapi tak lengkap seluruhnya. Dikatakan dependen bila klien memerlukan bantuan untuk lebih dari satu bagian badannya. Juga bila klien tak mampu masuk keluar *bath tub* sendiri.
2. Dalam hal berpakaian, dikatakan independen bila tak mampu mengambil sendiri pakaian dalam lemari atau laci misalnya, mengenakan sendiri bajunya, memasang kancing atau resleting (mengikat tali sepatu, dikecualikan).

1. **Diagnosis keperawatan pada gangguan pendengaran**
Seperti diketahui bahwa gangguan pendengaran bisa memberi konsekuensi berupa isolasi sosial. Sehingga pada diagnosis keperawatan dapat disebutkan sebagai gangguan komunikasi. Adapun gangguan ini berhubungan dengan kondisi-kondisi pada lansia seperti: penurunan pendengaran, gangguan nervus auditorius, obat-obatan ototoksik, dan suara gaduh dari lingkungan.
Diagnosis keperawatan dalam bentuk konsekuensi antara lain berupa:
Ansietas, gangguan penyesuaian diri dan interaksi sosial, serta tidak efektifnya coping individu. Bila keadaan ini berat, maka diagnosis keperawatan bisa berbunyi risiko tinggi cedera, bahkan bisa berupa konsekuensi paranoia atau gangguan perseptual sensorik.
2. **Diagnosis keperawatan pada gangguan penglihatan adalah berupa: gangguan persepsi sensorik (penglihatan) yang berhubungan dengan adanya: presbiopia, glaukoma, faktor eksternal.**
Adapun perawatannya perlu disesuaikan dengan faktor-faktor penyebab.
Diagnosis keperawatan lainnya berupa risiko tinggi untuk terjadinya ansietas, intoleransi aktivitas, gangguan pemeliharaan/perawatan diri. Kesemuanya ini erat hubungannya dengan gangguan interaksi sosial, gangguan mobilitas fisik, serta risiko tinggi bagi terjadinya trauma.
3. **Diagnosis keperawatan pada gangguan pencernaan, nutrisi, atau higiene rongga mulut dapat berupa:** (a) Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan reaksi obat, anoreksia, depresi, gangguan mengunyah, isolasi sosial, tak mampu memasak/menyiapkan hidangan. (b) Perubahan eliminasi defekasi berupa konstipasi yang berhubungan dengan xerostomi, efek obat, gangguan mengunyah, penyakit periodontal, menurunnya selera/daya pengecap, gangguan gigi geligi, serta higiene mulut. (c) Perubahan mukosa rongga mulut yang berhubungan dengan faktor-faktor tersebut di atas.
4. **Diagnosis keperawatan pada gangguan eliminasi urine adalah berbunyi: perubahan eliminasi urine yang berhubungan dengan urgensi, frekuensi, *dribbling*, nokturia, hesitansi, serta inkontinensia.**
Khusus dalam hal inkontinensia adalah berhubungan dengan *fecal lith*, defisiensi hormon estrogen, hipertrofi prostat, infeksi traktus urinaria, reaksi obat, gangguan kognitif.

tandanya sering kali tersembunyi (*occult*), serta tidak bersifat khas (atipik), dan bervariasi,

Sebaliknya, tak jarang pula tanda-tanda bahkan tidak muncul sama sekali (asimtomatik), tetapi ada pula yang berciri progresif (yaitu makin lama makin menghebat), sedang yang kebanyakan terjadi adalah ciri menjadi kronis (menahun). Bila keadaan berlangsung kronis seperti itu, tak jarang akan menimbulkan invaliditas yang berlangsung cukup lama sebelum akhirnya penderita meninggal (Darmojo R.B., 1982).

1. Evaluasi per sistem tubuh utama.
2. Evaluasi status sosial dan mental.
3. Evaluasi kapasitas fungsional (ADL).

Rencana keperawatan yang disusun sepenuhnya bergantung pada kompilasi temuan objektif dan subyektif pada tahapan pengkajian seperti yang telah diuraikan sebelumnya.

Setelah melewati tahapan pengkajian dan diagnosis keperawatan, maka setiap asuhan keperawatan pada lansia dilanjutkan dengan melakukan analisis dan pengelompokan secara sistematis terhadap data subyektif dan objektif yang akan terfokus pada dua hal, yaitu: (1) status kesehatan pasien, dan (2) kekuatan badan pasien yang menggambarkan respons tubuh, apakah mengarah pada ciri-ciri aktual, risiko, atau potensial.

Rencana asuhan keperawatan juga akan mengarah pada penggunaan jenis fasilitas perawatan oleh lansia yang akan dirawat. Berbagai jenis fasilitas ini meliputi: fasilitas perawatan akut, termasuk unit gawat darurat (UGD); fasilitas ruang bedah; unit perawatan kritis; serta unit keperawatan medikal bedah. Bagi lansia yang memasuki fasilitas perawatan akut, kualitas asuhan keperawatan diupayakan agar dapat dikembalikan pada kondisi kemandirian dalam aktivitas keseharian, sebagaimana sebelum ia sakit.

Asuhan keperawatan secara berkualitas akan dapat mencegah terjadinya kesalahan penanganan maupun problem nosokomial. Asuhan keperawatan pada UGD, keperawatan kritis, serta keperawatan di ruang bedah kesemuanya tergolong asuhan keperawatan akut dan lansia praktis akan menjalani rawat inap. Terdapat pula jenis perawatan sub-akut (tergolong perawatan transisional) yang akhir-akhir ini baru dikembangkan. Jenis ini sering kali ditunjukkan bagi lansia yang juga memiliki kondisi kronis tertentu atau yang mengalami penundaan pemulihan dari hasil perawatan tahap akut.

Dari uraian di atas, tercermin pentingnya pendekatan keperawatan secara kolaboratif atau pendekatan multidisiplin, keterlibatan klien dan

Penyalahgunaan Senyawa Obat

Di sini termasuk gangguan yang timbul akibat klien mengonsumsi suatu senyawa obat tertentu dalam jumlah yang membahayakan kesehatannya. Termasuk pula konsumsi alkohol, nikotin, kafein, obat bebas, dan obat-obat paten lainnya. Di negara-negara maju problematika alkohol cukup menonjol tidak seperti halnya di negeri kita. Keadaan tersebut berakibat pada tingginya risiko trauma, kecelakaan, juga hal-hal berikut: kemunduran intelektual, gangguan pencernaan, malnutrisi, maag, gangguan jantung juga pada hati, dan peredaran darah otak. Dalam hal penyalahgunaan senyawa obat secara umum tidak terlepas dari obat resep yang seolah menimbulkan semacam ketagihan. Sering kali resep berasal dari dokter yang berbeda-beda. Lansia yang hidup di institusi menggunakan 4–7 macam obat (di AS). Seperti kata 'pameo' *bila dipakai sesuai aturan, obat akan mendatangkan manfaat, bila tidak, malapetaka*. Proses penuaan juga memengaruhi reaksi obat dalam tubuh (absorpsi, peredaran, dan metabolismenya). Dengan absorpsi, dimaksudkan waktu yang diperlukan bagi suatu obat (baik yang diminum, disuntik, atau rektal) untuk masuk ke peredaran darah. Padahal proses penuaan mengubah kecepatan pengosongan lambung, mengubah pH lambung, serta kecepatan distribusi obat.

Juga volume cairan tubuh yang menurun akibat penuaan akan menghambat distribusi obat-obat yang bersifat larut dalam air. Sehingga kadar obat-obatan seperti itu akan meningkat dalam darah. Jaringan lemak yang bertambah juga dapat berakibat meningkatnya penyimpanan (tertahannya) obat-obat yang larut dalam lemak. Metabolisme obat berlangsung di hati yang fungsinya pada lansia sudah jauh menurun, sehingga memperlambat metabolisme obat. Akibatnya, obat akan berada lama di dalam tubuh. Sama halnya dengan menurunnya kondisi ginjal akan meningkatkan efek toksik dari obat. Reaksi obat penurun tekanan darah sering merupakan akibat dari meningkatnya kepekaan sistem saraf pusat. Faktor-faktor risiko penyalahgunaan senyawa obat di kalangan lansia, yaitu: motivasi, pemahaman tentang kerja obat, kemampuan mengambil dan menyimpan obat pada tempatnya (lemari obat), serta kemampuan menelan terutama untuk bentuk obat tertentu.

Di samping hal-hal tersebut, lansia juga harus memerhatikan hal-hal berikut:

1. Menggunakan obat-obat dalam jumlah yang benar.
2. Menyimpan pada tempat obat masing-masing.
3. Membaca etiket.

Mengenai obat-obatan ototoksik, perawat dapat memberi penyuluhan pada lansia/kerabat/penjaganya tentang jenis-jenis obat-obatan seperti itu (lihat kotak berikut).

Aspirin,	Diuretika:
Aminoglikosida:	• Ethacrynic Acid
• Gentamycin	• Furosemide
• Kanamycin	• Erythromycin
• Neomycin	• Indomethacin
• Streptomycin	• Quinine
• Tobramycin	• Quinidine
Derivat Rauwolfia:	
• Reserpin	
• Serpasil	

2. Penggunaan Alat Bantu Dengar (ABD)

Alat ini berfungsi untuk memperkuat bunyi tertentu seperti suara radio, televisi, atau telepon. Namun, diperlukan edukasi kepada pemakai mengenai segi pemeliharaan dan pemakaiannya.

3. Terapkan teknik komunikasi yang baik untuk membantu lansia dengan gangguan pendengaran. Seperti diketahui bahwa pada presbikusis terutama terganggu untuk nada frekuensi tinggi. Kadaan ini dapat diperburuk oleh pembicaraan yang cepat serta adanya gangguan suara latar belakang (*background*). Pengucapan kata-kata harus *jelas* dan *lambat* serta menghindari adanya kegaduhan lingkungan. Teknik lainnya adalah memakai komunikasi nonverbal dan komunikasi tertulis.

Adapun tindakan intervensi untuk memperbaiki komunikasi seperti dijelaskan di atas, pada gilirannya akan dapat meningkatkan kualitas hidup lansia. Perlu ditekankan bahwa dampak negatif pada gangguan pendengaran adalah lansia tersebut dapat mengalami isolasi sosial, terutama pada saat berada di tengah komunikasi kelompok di mana lansia akan sulit berpartisipasi dalam percakapan.

- Hindari panas matahari yang berlebih.
 - Bila makan obat antihipertensi sebaiknya sesudah makan.
 - Untuk mencegah hipotensi postprandial makanlah sedikit-sedikit dengan porsi kecil-kecil meskipun frekuen.
 - Bila mengonsumsi nitrogliserin jangan sambil posisi tegak.
- b. Tindakan terhadap klien yang mengalami hipotensi postural
- Mengubah posisi harus secara perlahan.
 - Dalam posisi berbaring, bila hendak berdiri sebaiknya didudukkan dahulu di samping tempat tidur selama beberapa menit.
 - Jangan berdiri terlalu lama bila dapat melakukan kegiatan sambil duduk, maka hindari berdiri.
 - Pertahankan intake cairan secara adekuat, tapi hindari minuman mempermudah kencing.
 - *Exercise* secukupnya, tapi jangan melelahkan.
 - Kenakan pakaian yang longgar.
 - Tidur menggunakan tempat tidur dengan posisi kepala ditinggikan.
 - Jangan terlalu kekenyangan.
 - Hindari konstipasi.
- c. Hindari dampak lain yang merupakan akibat dari hipotensi, berupa:
- Potensi jatuh.
 - Memakai alarm.
 - Penyesuaian faktor lingkungan.

Intervensi Keperawatan pada Gangguan Fungsi Respirasi

1. Bagi lansia yang masih merokok perlu mendiskusikan bersama klien tentang segenap hal negatifnya yang mencakup berbagai kelainan pada paru dan jantung, hipertensi bahkan serangan jantung. Juga mengenai ancaman keganasan pada rongga mulut serta saluran napas bagian atas. Selanjutnya, diupayakan penghentian merokok melalui program khusus yang kini banyak dikembangkan.
2. Menghindari faktor risiko lainnya seperti yang disajikan dalam pokok bahasan pengkajian keperawatan.
3. Upaya untuk mencegah serangan pneumonia, terutama pada musim flu, antara lain dengan cara vaksinasi.

yang tersedia bagi komunitas pensiunan, sebagaimana halnya kompleks apartemen bagi warga senior (*senior citizen*), ataupun sebagai cabang dari suatu *nursing home*. Adapun status kepemilikan dan operasional fasilitas seperti itu juga bervariasi. Di Amerika Serikat semakin berkembang dalam bentuk industri jasa, meskipun tak sedikit pula yang berada dalam bentuk “nir-laba”.

Dari hasil suatu penelitian di Amerika Serikat (1995), terdapat tak kurang dari sejumlah 6.531 TT (tempat tidur) pada 22 negara bagian yang diteliti.

PELAYANAN MEDIS VERSUS PELAYANAN SOSIAL

Pelayanan sosial (yang tersebut terakhir) lebih cenderung dicakup oleh asuransi publik. Di Amerika Serikat, terdapat sekitar 86% dari sekitar 1 juta penghuni pada fasilitas pelayanan lansia (semacam panti wreda) membayar sendiri biaya perawatannya. Sisanya memperoleh bantuan apakah dari pihak keluarga, kerabat, atau dari bantuan pemerintah. Program Askes tidak membiayai kecuali untuk keperluan keperawatan rujukan (yang lebih berciri profesional), yang sudah barang tentu haruslah memenuhi persyaratan tertentu. Begitu pula di Inggris, pelayanan kesehatan profesional dibiayai oleh NHS (pemerintah), tetapi pelayanan sosial hanya ditanggung oleh negara bila lansianya sama sekali tergolong tak mampu atau terlantar.

Pelayanan keperawatan yang dimaksud, terutama untuk aktivitas sehari-hari serta layanan kesehatan. Suatu kekhususan yang penting dicatat adalah mengenai desain bangunan pemondokan, bentuk pelayanan, serta jenis kegiatan/aktivitas bersama dan juga keperluan pelatihan bagi staf pengelola dan hal-hal lain yang sejenis haruslah benar-benar disesuaikan dengan kebutuhan (*need*) pelanggan. Namun, tetap saja timbul masalah, mengingat pengertian “pelanggan” di sini biasa saja, lansianya sendiri, ataukah pihak penyandang dana. Hal ini cukup sensitif, karena para lansianya sering kali disertai kesulitan komunikasi sedemikian, sehingga sulit diyakini bahwa semua kebutuhannya dapat terpenuhi setiap saat yang dibutuhkan. Dalam kaitan ini tak terelakkan timbulnya lagi kemungkinan penelantaran (*elderly abuse*).

kesehatan akan mengalami peningkatan karena terjadinya pergeseran pola penyakit serta perubahan tuntutan dan kebutuhan masyarakat. Pengalaman di negara maju menunjukkan bahwa perawatan penderita lansia memerlukan perhatian khusus dan lebih besar karena berbagai hal, antara lain bermacam penyakit yang diderita (disebut multipatologi), fungsi organ yang sudah menurun, rentan terhadap penyakit dan stres, lebih sering memerlukan bantuan, serta fase pemulihan penyakitnya yang lama, sehingga membutuhkan penanganan yang tepat, perhatian serius, serta upaya khusus di bidang kesehatan. Untuk mengatasi permasalahan ini, diperlukan kerja sama yang baik antara pemerintah dan masyarakat, khususnya keluarga yang mempunyai lansia. Salah satu usaha sosial dari pemerintah untuk tetap melakukan pembinaan terhadap kesejahteraan lansia adalah melalui didirikannya panti werda yang berfungsi untuk memberikan akomodasi dan pelayanan perawatan bagi lansia yang tidak mempunyai sanak saudara, mempunyai masalah dengan keluarga, atau tak ingin membebani keluarga. Penempatan lansia di panti ini masih menimbulkan perdebatan di masyarakat karena ada sebagian masyarakat yang masih menganggap bahwa penitipan lansia di panti ini menyalahi tradisi dan nilai-nilai agama, dan bagi lansia sendiri antara lain merasakan harus berpisah dengan keluarga, kerabat, serta lingkungan sebelumnya dan harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru. Hal ini dapat menimbulkan rasa cemas, tidak berdaya, bahkan rasa malu.

Penitipan/tinggalnya lansia di panti ini dapat menimbulkan persepsi yang berbeda-beda pada lansia terhadap keluarganya yang tinggal di rumah bergantung pada latar belakang keluarga masing-masing lansia. Perawat dapat membantu lansia untuk mengekspresikan perasaannya dan secara bersama-sama menggali persepsi lansia, sehingga lansia tersebut dapat menerima keputusan keluarganya sebagai hal terbaik yang dilakukan, baik bagi dirinya sendiri maupun bagi keluarga yang ditinggalkan di rumah.

Perubahan secara psikis dan fisiologis yang terjadi pada lansia akan menimbulkan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan, khususnya pada lansia yang tinggal di panti. Mereka yang berusia lanjut umumnya memenuhi tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi biologis, psikologis, sosial, dan ekonomi. Perubahan ini akan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan termasuk kesehatannya. Proses menua di dalam perjalanan hidup manusia merupakan suatu hal yang wajar akan dialami semua orang yang dikaruniai umur panjang, hanya saja cepat lambatnya proses tersebut bergantung pada masing-masing individu yang bersangkutan. Dalam siklus



Buku **Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan** ini membahas serta mengkaji beragam aspek dalam permasalahan usia lanjut yang perlu dibaca dan dihayati, khususnya bagi mahasiswa keperawatan serta para pembaca yang berminat dalam pelayanan kesehatan usia lanjut.

Kemajuan yang pesat dalam dunia kedokteran, khususnya dalam bidang IPTEK medis dan keperawatan serta dalam praktik klinis telah membawa pengaruh besar dalam perikehidupan manusia modern. Penemuan-penemuan baru telah banyak terdapat dalam dunia kedokteran, seperti: obat-obatan, kemoterapi dan radiasi, serta penemuan vaksin dan imunisasi. Terkait dengan itu, walaupun sejumlah penyakit degeneratif sering mengancam usia lanjut, namun semakin dapat tertangani. Meskipun tetap dengan risiko perpanjangan masa perawatannya.

Peta populasi penduduk dunia, termasuk di negeri kita, semakin bergeser ke arah usia lanjut. Sebagai implikasinya, dunia medis dan keperawatan semakin disibukkan oleh meningkatnya *demand* (tuntutan) untuk merawat dan mengobati para penderita penyakit yang berusia lanjut.

Materi yang dibahas pada buku ini mencakup:

Bab 1: Pengantar

Bab 2: Konsep Dasar dan Perspektif Usia Lanjut

Bab 3: Asuhan Keperawatan pada Lansia.

Bab 4: Kegiatan Pembinaan pada Kelompok Lansia

Bab 5: Penutup



**Penerbit
Salemba Medika**

ISBN: 978-979-3027-65-4



9 789793 027654