



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 67 TAHUN 2015
TENTANG
PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA
DI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk menjaga lanjut usia agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis sesuai dengan martabat kemanusiaan, perlu dilakukan upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia;
- b. bahwa pusat kesehatan masyarakat sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama diharapkan mampu melakukan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif tingkat dasar bagi lanjut usia;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 190, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3796);

2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Lanjut Usia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4451);
6. Keputusan Presiden Nomor 52 Tahun 2004 Komisi Nasional Lanjut Usia;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA DI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT.

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Lanjut Usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas.
2. Pasien Geriatri adalah pasien Lanjut Usia dengan multi penyakit dan/atau gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu

dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin.

3. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Pasal 2

Pengaturan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas bertujuan untuk:

- a. meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan di Puskesmas dan sumber daya manusia lainnya dalam melaksanakan pelayanan kesehatan Lanjut Usia;
- b. meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan dalam merujuk pasien Lanjut Usia yang membutuhkan penanganan lebih lanjut di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan;
- c. meningkatkan pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) bagi kesehatan Lanjut Usia; dan
- d. menyelenggarakan pelayanan kesehatan Lanjut Usia secara terkoordinasi dengan lintas program, organisasi kemasyarakatan, dan dunia usaha dengan asas kemitraan.

Pasal 3

Pelayanan kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas meliputi:

- a. pelayanan kesehatan bagi pra Lanjut Usia; dan
- b. pelayanan kesehatan bagi Lanjut Usia.

Pasal 4

- (1) Pelayanan kesehatan bagi pra Lanjut Usia meliputi:
 - a. peningkatan kesehatan;

- b. penyuluhan kesehatan;
 - c. deteksi dini gangguan aktivitas sehari-hari/masalah kesehatan dan pemeriksaan kesehatan secara berkala;
 - d. pengobatan penyakit; dan
 - e. upaya pemulihan kesehatan.
- (2) Pelayanan kesehatan bagi Lanjut Usia meliputi:
- a. pengkajian paripurna Lanjut Usia;
 - b. pelayanan kesehatan bagi Lanjut Usia sehat; dan
 - c. pelayanan kesehatan bagi Pasien Geriatri.
- (3) Pelayanan kesehatan bagi Pasien Geriatri sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c merupakan pelayanan kesehatan Pasien Geriatri dengan penyakit yang masih dapat ditangani sesuai dengan kompetensi dokter di Puskesmas.
- (4) Dalam hal Pasien Geriatri membutuhkan pelayanan lebih lanjut, dokter harus melakukan rujukan Pasien Geriatri ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.

Pasal 5

- (1) Pelayanan kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas dilakukan di ruangan khusus Lanjut Usia.
- (2) Dalam hal Puskesmas tidak memiliki ruangan khusus Lanjut Usia, pelayanan kesehatan Lanjut Usia dapat menggunakan ruangan pemeriksaan umum dan ruangan pelayanan lain sesuai dengan pelayanan yang diberikan.

Pasal 6

- (1) Untuk meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas dapat dilakukan pelayanan luar gedung sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pelayanan luar gedung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. pelayanan di posyandu/paguyuban/perkumpulan Lanjut Usia;
 - b. pelayanan perawatan Lanjut Usia di rumah (*home care*); dan/atau

- c. pelayanan di panti Lanjut Usia.

Pasal 7

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas harus didukung oleh ketersediaan sumber daya meliputi sumber daya manusia, bangunan, prasarana, dan peralatan.

Pasal 8

- (1) Untuk mencapai Lanjut Usia yang sehat, mandiri dan aktif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas, perlu dilakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor.
- (2) Koordinasi lintas program sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan seluruh program di Puskesmas yang terkait, paling sedikit meliputi kesehatan jiwa, keperawatan kesehatan masyarakat, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan inteligensia, gizi, kesehatan tradisional dan komplementer, kesehatan olah raga, dan promosi kesehatan.
- (3) Koordinasi lintas sektor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan unsur pemerintahan, swasta, dan organisasi kemasyarakatan.

Pasal 9

Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan pelayanan kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 10

- (1) Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas sesuai dengan kewenangannya masing-masing.

- (2) Dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengikutsertakan organisasi profesi kesehatan terkait, Komisi Nasional Lanjut Usia dan Komisi Daerah Lanjut Usia.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui
 - a. advokasi dan sosialisasi;
 - b. pendidikan dan pelatihan; dan/atau
 - c. monitoring dan evaluasi.

Pasal 11

- (1) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (3) huruf c dilakukan dengan cara :
 - a. memanfaatkan data hasil pencatatan dan pelaporan berkala yang meliputi aspek masukan (*input*), proses, dan luaran (*output*);
 - b. pengamatan langsung terhadap pelaksanaan kegiatan pelayanan untuk mengetahui kemajuan dan hambatan yang ada; dan/atau
 - c. studi atau penelitian khusus untuk mengetahui dampak dari pembinaan kesehatan Lanjut Usia yang sudah dilaksanakan.
- (2) Dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menggunakan indikator yang dimuat dalam instrumen monitoring dan evaluasi sebagaimana tercantum dalam formulir 1 terlampir.

Pasal 12

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 12 Oktober 2015

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 5 November 2015

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2015 NOMOR 1663

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 67 TAHUN 2015
TENTANG
PENYELENGGARAAN PELAYANAN
KESEHATAN LANJUT USIA DI PUSAT
KESEHATAN MASYARAKAT

PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA DI PUSAT
KESEHATAN MASYARAKAT

BAB I
PENDAHULUAN

Pasal 138 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menetapkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia ditujukan untuk menjaga agar para lanjut usia tetap sehat dan produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk itu pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lanjut usia untuk tetap dapat hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Disamping hak atas kesehatan lanjut usia juga mempunyai hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan Lanjut Usia diarahkan agar Lanjut Usia tetap diberdayakan sehingga dapat berperan dalam kegiatan pembangunan dengan memperhatikan fungsi, ketrampilan, usia dan kondisi fisik dari lanjut usia tersebut.

Salah satu dampak keberhasilan pembangunan kesehatan adalah terjadinya penurunan angka kelahiran, angka kesakitan dan angka kematian serta peningkatan umur harapan hidup penduduk Indonesia. Berdasarkan data Riskesdas 2007, Umur Harapan Hidup (UHH) di Indonesia meningkat dari 68,6 tahun pada tahun 2004 menjadi 70,6 tahun pada tahun 2010. Pada tahun 2014 meningkat menjadi 72 tahun. Kondisi tersebut mengakibatkan terjadinya peningkatan jumlah penduduk Lanjut Usia. Menurut hasil Sensus penduduk tahun 2010 jumlah penduduk lanjut usia Indonesia adalah 18,04 juta jiwa atau 7,6 % dari total jumlah penduduk. Pada tahun 2025

diperkirakan jumlah penduduk lanjut usia akan meningkat menjadi 36 juta jiwa.

Meningkatnya jumlah penduduk lanjut usia juga akan mempengaruhi angka beban ketergantungan. Rasio ketergantungan penduduk tua (*olddependency ratio*) adalah angka yang menunjukkan tingkat ketergantungan penduduk tua terhadap penduduk usia produktif. Angka tersebut merupakan perbandingan antara jumlah penduduk tua (60 tahun ke atas) dengan jumlah penduduk produktif (15-59 tahun). Untuk mengurangi beban ketergantungan ini upaya yang dilakukan agar penduduk lanjut usia bisa hidup mandiri dan tetap produktif harus ditingkatkan.

Secara alami proses menjadi tua mengakibatkan seseorang mengalami perubahan fisik dan mental, spiritual, ekonomi dan sosial. Salah satu permasalahan yang sangat mendasar pada lanjut usia adalah masalah kesehatan sehingga diperlukan pembinaan kesehatan pada kelompok pra lanjut usia dan lanjut usia, bahkan sejak usia dini. Masalah kesehatan yang dialami oleh lanjut usia adalah munculnya penyakit degeneratif akibat proses penuaan, gangguan gizi (malnutrisi) penyakit infeksi serta masalah kesehatan gigi dan mulut.

Puskesmas sebagai unit terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat maupun perorangan telah tersedia disemua kecamatan. Sehubungan dengan hal tersebut Puskesmas diharapkan mampu melakukan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif tingkat dasar bagi Lanjut Usia. Pelayanan kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas harus dilakukan secara profesional dan berkualitas, paripurna, terpadu dan terintegrasi dengan memperhatikan aspek geriatri pada Lanjut Usia

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan lanjut usia di Puskesmas, diperlukan Pedoman Pelayanan Kesehatan lanjut usia di Puskesmas. Diharapkan buku pedoman ini dapat menjadi salah satu acuan bagi petugas Puskesmas dan para pemangku kepentingan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada lanjut usia.

BAB II MASALAH KESEHATAN PADA LANJUT USIA

A. PENYAKIT YANG SERING DIJUMPAI PADA LANJUT USIA

Salah satu permasalahan yang dihadapi oleh lanjut usia adalah masalah kesehatan akibat proses penuaan, terjadinya kemunduran fungsi sel-sel tubuh (degeneratif), dan menurunnya fungsi sistem imun tubuh sehingga muncul penyakit-penyakit degeneratif, gangguan gizi (malnutrisi) penyakit infeksi, masalah kesehatan gigi dan mulut dan lain- lain

Beberapa penyakit yang sering dijumpai pada lanjut usia sebagai berikut:

1. Pneumoni

Gejala awal berupa penurunan nafsu makan; keluhan akan terlihat seperti dispepsia. Keluhan lemas dan lesu akan mendominasi disertai kehilangan minat. Pada keadaan lebih lanjut akan terjadi penurunan kemampuan melakukan aktivitas kehidupan dasar (ADL) sampai imobilisasi; dan akhirnya pasien akan mengalami kondisi *acute confusional state* (= sindrom delirium). Selain itu, pasien juga dapat muncul ke hadapan dokter dengan keluhan utama *instabilitas postural* (sering terhuyung-huyung) atau 'jatuh'.

Jadi perlu diperhatikan bahwa gejala pneumonia pada lanjut usia tidak selalu berupa batuk, demam, dan sesak nafas. Dokter dan tenaga kesehatan lain perlu mewaspadaai hal tersebut. Dalam pemeriksaan laboratorium juga sering kali tidak muncul leukositosis namun hanya berupa peningkatan persentase sel segmen. Pemeriksaan jasmani yang teliti akan membantu menegakkan diagnosis dengan ditemukannya perubahan kesadaran, mungkin ada tanda-tanda dehidrasi, dan tentu adanya ronki basah pada auskultasi paru-paru.

Dalam pengelolaannya, selain memberikan antibiotik yang adekuat, intervensi gizi yang memadai, serta rehidrasi yang cukup, perlu pula dipertimbangkan untuk merujuk pasien ke rumah sakit (sesuai indikasi) agar dapat dikelola lebih intensif. Pengeluaran dahak yang sulit merupakan salah satu alasan mengapa pasien perlu dirawat di rumah sakit. Tindakan fisioterapi dada, inhalasi, *drainase postural*, serta melatih batuk yang efisien merupakan beberapa contoh mengapa rumah sakit dapat berperan lebih besar.

Jika status fungsional pasien masih mandiri, tanpa dehidrasi, dan asupan makanan masih dapat mencapai 75% dari yang dianjurkan maka pasien masih dapat dikelola di Puskesmas dengan pemberian antibiotik adekuat, nutrisi dan cairan yang memadai serta latihan nafas mau pun latihan batuk yang efektif. Jika dalam tiga hari tidak dijumpai perbaikan maka pasien harus segera dirujuk ke Rumah Sakit.

2. Penyakit Paru Obstruktif Kronis

Penyakit paru obstruksi kronik dapat disebabkan oleh beberapa penyakit; namun demikian apa pun penyebabnya harus diupayakan agar pasien terhindar dari eksaserbasi akut. Beberapa faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan eksaserbasi antara lain infeksi saluran pernafasan oleh bakteri banal maupun virus influenza. Gangguan menelan, tersedak, higiene gigi mulut yang buruk akan meningkatkan risiko masuknya kuman ke saluran nafas.

Perawatan saluran nafas yang baik dengan latihan nafas, sekaligus juga latihan batuk dan fisioterapi dada akan bermanfaat mempertahankan dan meningkatkan faal pernafasan. Penghentian merokok, perawatan gigi mulut teratur dan pengendalian asma juga bermanfaat menurunkan risiko kekambuhan.

Penggunaan obat-obatan pada penyakit obstruksi paru kronis yang dibutuhkan antara lain; bronkodilator dianjurkan dalam bentuk inhalasi kecuali pada eksaserbasi dapat menggunakan sediaan oral atau sistemik, mukolitik diberikan bilamana terdapat dahak yang lengket dan kental, antibiotik tidak dianjurkan untuk penggunaan jangka panjang dalam rangka pencegahan eksaserbasi, penggunaan antitusif secara rutin merupakan suatu kontra indikasi pemberian.

3. Gagal Jantung Kongestif

Hipertensi dan penyakit jantung koroner serta kardiomiopati diabetikum merupakan penyebab gagal jantung tersering pada lanjut usia. Gagal jantung dapat dicetuskan oleh infeksi yang berat terutama pneumonia; oleh sebab itu semua faktor yang meningkatkan risiko pneumonia harus diminimalkan.

Karena pengobatannya kompleks maka sangat perlu mewaspadaai efek interaksi di antara obat-obatan yang digunakan. Hati-hati terhadap efek hiponatremia dan hipokalemia akibat penggunaan furosemid sehingga pemantauan kadar elektrolit berkala

(setiap 1 hingga 2 bulan) akan membantu mencegah ketidakseimbangan elektrolit. Captopril yang diberikan dalam jangka waktu lama tetap mengandung risiko efek samping batuk dan depresi; gangguan faal ginjal juga perlu dicermati. Obat amlodipin potensial menimbulkan edema tungkai pada beberapa kasus sehingga penggunaannya bersama obat anti-inflamasi non-steroid harus sangat hati-hati.

Gagal jantung kongestif memang dapat menyebabkan imobilisasi namun demikian agar pasien terhindar dari berbagai penyulit akibat imobilisasi, maka tetap perlu dilakukan mobilisasi bertahap.

4. Osteoarthritis (Oa)

Salah satu penyakit degeneratif yang sering menyerang lanjut usia adalah osteoarthritis (OA). Organ tersering adalah artikulasio genu, *artikulasio talo-crural*, *artikulasio coxae*, dan sendi-sendi intervertebrae (disebut spondiloartrosis). Karena penyakit ini tidak dapat disembuhkan secara kausatif maka penatalaksanaan simptomatik dan edukasi serta rehabilitasi menjadi sangat penting. Risiko jatuh akibat nyeri atau instabilitas postural karena OA genu dan OA talo-crural harus selalu diingat karena mempunyai akibat yang dapat fatal (misalnya fraktur colum femoris).

Penggunaan obat analgesik parasetamol tetap merupakan lini pertama; sedangkan anti-inflamasi non-steroid tetap mempunyai risiko efek samping gangguan lambung (hingga tukak berdarah) dan ginjal. Dalam keadaan nyeri hebat obat ini dapat bermanfaat asalkan tetap diwaspadai efek samping dimaksud; obat antagonis reseptor H₂ atau *proton pump inhibitor* dapat diberikan untuk mengurangi keluhan lambung.

Modalitas rehabilitasi medik amat membantu untuk berbagai jenis keluhan dan spasme otot yang menyertai; namun jika fasilitas tidak memadai, tentu pasien harus dirujuk ke rumah sakit dengan sarana yang memadai; bila ada petunjuk senam untuk dilakukan di rumah sebagai modalitas pendukung tentu akan sangat bermanfaat.

5. Infeksi Saluran Kemih

Gejala awal dapat menyerupai infeksi lain pada umumnya yakni berupa penurunan nafsu makan; keluhan akan terlihat seperti dispepsia. Keluhan lemas dan lesu akan mendominasi disertai kehilangan minat. Pada keadaan lebih lanjut akan terjadi penurunan

kemampuan melakukan aktivitas kehidupan dasar (ADL) sampai imobilisasi; dan akhirnya pasien akan mengalami kondisi *acute confusional state* (= sindrom delirium). Selain itu, pasien juga datang dengan keluhan utama instabilitas postural (sering terhuyung-huyung) atau 'jatuh'. Gejala lain yang penting juga diperhatikan adalah munculnya inkontinensia urin. Polakisuri walaupun jarang ditemukan namun masih dapat dijumpai.

Urinalisis pada perempuan Lanjut Usia sering menunjukkan piuria; hal ini tidak berarti harus segera diobati dengan antibiotik. Asintomatik bakteriuria pada Lanjut Usia juga belum merupakan indikasi pemberian antibiotik. Sebaiknya dilakukan observasi atau pemantauan pemeriksaan biakan urin (untuk pembuktian infeksi saluran kemih) dan uji resistensi sebelum memulai pengobatan antibiotik. Dukungan nutrisi dan keseimbangan elektrolit serta hidrasi yang baik tetap merupakan butir-butir penting yang harus diperhatikan.

6. Diabetes Melitus

Prevalensi diabetes meningkat seiring pertambahan umur. Pengendalian gula darah sangat dipengaruhi oleh gaya hidup. Mengonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat kompleks dengan jumlah energi tertentu serta mempertahankan aktivitas olah raga ringan tetap merupakan pilihan utama pengobatan.

Obat hipoglikemik oral diberikan sesuai indikasi dan indeks massa tubuh. Jika terdapat keraguan akan asupan makanan yang memadai maka risiko hipoglikemia yang amat berbahaya sebaiknya diingat sehingga pemberian obat jenis kerja singkat (*short acting*) akan lebih sesuai dibandingkan dengan yang bekerja dalam jangka waktu lama (*long acting*). Akhir-akhir ini pemberian insulin basal amat dianjurkan karena memudahkan tercapainya kadar gula yang diinginkan. Jika terdapat penurunan nafsu makan (misalnya akibat gastroparesis diabetikum atau akibat infeksi berat) maka suplementasi nutrisi cair dapat diberikan sesuai keperluan.

7. Hipertensi

Di saat awal penegakan diagnosis, usahakan mengukur tekanan darah tidak hanya pada posisi berbaring namun juga setidaknya pada posisi duduk. Pemantauan tekanan darah sebaiknya dilakukan dalam dua posisi yakni posisi berbaring dan berdiri, setelah istirahat

sebelumnya selama 5 menit. Hal ini untuk menapis adanya hipotensi ortostatik yang potensial menimbulkan keluhan pusing hingga instabilitas postural dengan risiko jatuh dan fraktur.

Mengingat adanya arteriosklerosis pembuluh darah besar maka hipertensi sistolik terisolasi akan banyak dijumpai pada Lanjut Usia. Panduan pengobatan tidak berbeda dari hipertensi pada umumnya. Efek samping beberapa jenis obat yang sering dijumpai harus diwaspadai. Misalnya, depresi pada penggunaan captopril jangka panjang atau edema tungkai akibat penggunaan amlodipin. Pada penggunaan furosemid jangka lama sebaiknya dilakukan pemantauan kadar elektrolit (Na dan K) dalam darah secara teratur.

Agar penatalaksanaan hipertensi pada kelompok Lanjut Usia dapat berjalan secara optimal, perlu diimbangi dengan penerapan gaya hidup sehat sebagai perilaku sehari-hari. Dampak modifikasi gaya hidup terhadap penurunan tekanan darah tinggi sebagai berikut (tabel1).

Tabel 1. Dampak modifikasi gaya hidup terhadap penurunan tekanan darah

Modifikasi	Perkiraan Penurunan Tekanan Darah (mmHg)
Batasi konsumsi garam 1 sendok teh perhari	2-8
Banyak Makan sayur dan Buah-buahan.	8-14
Melakukan aktifitas fisik 30 menit perhari	4-9
Indeks Massa Tubuh; 18,25-23 Kg/m ²	5-20

Sumber; *The Seventh Report of the Joint National Commitee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatmet of High Blood Pressure, 2004*

Pada kelompok Lanjut Usia perlu diperhatikan bahwa dalam menurunkan tekanan darah dengan penggunaan obat harus dilakukan secara bertahap dan hati-hati agar tidak menimbulkan hipotensi ortostatik.

Bila terjadi peningkatan tekanan darah yang mendadak (sistole ≥ 180 mmHg dan/atau diastole ≥ 120 mmHg), dengan atau tanpa terjadi kerusakan organ target pada penderita hipertensi, segera dirujuk ke Rumah Sakit.

B. SINDROM GERIATRI

Sindrom geriatri adalah kumpulan gejala atau masalah kesehatan yang sering dialami oleh seorang pasien geriatri. Sindrom geriatri ini dikenal juga dengan istilah 14 i yaitu:

1. berkurangnya kemampuan gerak (*immobilisasi*);
2. jatuh dan patah tulang (*instabilitas postural*);
3. mengompol (*inkontinensia urin*);
4. infeksi (*infection*);
5. gangguan fungsi panca indera (*impairment of senses*);
6. gangguan gizi (*inanition*);
7. masalah akibat tindakan medis (*iatrogenik*);
8. gangguan tidur (*insomnia*);
9. gangguan fungsi kognitif (*intellectual impairment*);
10. isolasi/menarik diri (*isolation*);
11. berkurangnya kemampuan keuangan (*impecunity*);
12. konstipasi (*impaction*);
13. gangguan sistem imun (*immune deficiency*);
14. gangguan fungsi seksual (*impotence*)

Sindrom geriatri ini sangat penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan di Puskesmas karena sering merupakan gejala atau tanda awal dari penyakit yang mendasarinya. Tenaga kesehatan di Puskesmas agar dapat mengenali sindrom geriatri ini, menelusuri penyebabnya, mencari keterkaitan antara sindrom dan penyakit yang mendasarinya serta melakukan penatalaksanaan awal dari sindrom geriatri ini termasuk pencegahan dari dampak atau komplikasi yang mungkin terjadi.

1. Berkurangnya Kemampuan Gerak (*Immobilisation*)

Berkurangnya kemampuan gerak yang dikenal dengan istilah imobilisasi digunakan untuk menggambarkan suatu sindrom

penurunan fungsi fisik sebagai akibat dari penurunan aktivitas dan adanya penyakit penyerta. Tidak mampu bergerak selama minimal 3 kali 24 jam sesuai definisi imobilisasi. *Imobilisasi* seringkali diabaikan dan tidak di tatalaksana dengan baik sejak awal perawatan, baik di rumah maupun di rumah sakit.

Luka atau ulkus dekubitus merupakan salah satu masalah yang ditimbulkan oleh *imobilisasi* yang seringkali mempersulit perawatan dan bahkan dapat menimbulkan pemanjangan lama perawatan, tingginya biaya perawatan dan kematian. Tidak jarang pasien yang mengalami fraktur femur, penurunan kesadaran dan sakit berat lainnya harus mengalami *imobilisasi* lama yang pada gilirannya menimbulkan berbagai komplikasi seperti ulkus dekubitus, trombosis vena, hipotensi ortostatik, infeksi saluran kemih, *pneumonia aspirasi* dan *ortostatik*, kekakuan dan *kontraktur sendi*, *hipotrofi otot*, dan sebagainya.

Identifikasi dan penatalaksanaan sedini mungkin amat diperlukan baik pada penyakit penyebab *imobilisasi* maupun masalah *imobilisasi* itu sendiri, sehingga terjadinya komplikasi akibat *imobilisasi* dapat dicegah.

2. Jatuh dan Patah Tulang (*Instabilitas Postural*)

Perubahan cara jalan (*gait*) dan keseimbangan seringkali menyertai proses menua. *Instabilitas postural* dapat meningkatkan risiko jatuh, yang selanjutnya mengakibatkan trauma fisik maupun psikososial. Hilangnya rasa percaya diri, cemas, depresi, rasa takut jatuh sehingga pasien terpaksa mengisolasi diri dan mengurangi aktivitas fisik sampai *imobilisasi*.

Gangguan keseimbangan merupakan masalah kesehatan yang dapat disebabkan oleh salah satu atau lebih dari gangguan visual, gangguan organ keseimbangan (*vestibuler*) dan atau gangguan sensori motor

Pengasuh/keluarga dan bahkan tenaga kesehatan seringkali menganggap gangguan cara berjalan dan berkurangnya mobilitas pasien sebagai perubahan yang normal pada Lanjut Usia. Sebaliknya, gangguan cara berjalan sebenarnya sering merupakan gejala penyakit lain yang dapat disembuhkan. Seiring dengan penuaan, terjadi penurunan kecepatan cara berjalan sekitar 0,2 % pertahun sampai dengan usia 63 tahun dan penurunan kecepatan

tersebut meningkat sampai dengan 1,6% per tahun setelah usia 63 tahun.

Ketika seorang Lanjut Usia sampai mengalami fraktur femur, perlu dipertimbangkan berbagai masalah yang timbul seperti rasa nyeri yang akan sangat mengganggu kondisi fisik maupun mental, *imobilisasi* dengan segala komplikasi seperti yang telah dikemukakan di atas, serta gangguan asupan makanan dan cairan yang ikut memperburuk keadaan.

3. Mengompol (*Inkontinensia Urin*)

Secara umum inkontinensia urin didefinisikan sebagai ketidakmampuan menahan keluarnya urin atau keluarnya urin secara tak terkendali pada saat yang tidak tepat dan tidak diinginkan.

Beberapa penyebab timbulnya *inkontinensia urin* antara lain adalah *sindrom delirium*, *imobilisasi*, *poliuria*, *infeksi*, *inflamasi*, *impaksi feses*, serta beberapa obat-obatan. Inkontinensia urin dapat menimbulkan masalah kesehatan lain seperti dehidrasi karena pasien mengurangi minumnya akibat takut mengompol, jatuh dan fraktur karena terpeleset oleh urin yang berceceran, luka lecet sampai ulkus dekubitus akibat pemasangan pembalut, lembab dan basah pada punggung bawah dan bokong. Selain itu, rasa malu dan depresi juga dapat timbul akibat *inkontinensia urin* tersebut.

4. Infeksi (*Infection*)

Penyakit infeksi merupakan penyebab utama mortalitas dan morbiditas pada Lanjut Usia. Pasien Lanjut Usia yang dirawat inap biasanya disebabkan karena infeksi. Beberapa faktor penyebab terjadinya infeksi pada Lanjut Usia adalah adanya perubahan sistem imun, perubahan fisik (penurunan refleks batuk, sirkulasi yang terganggu dan perbaikan luka yang lama) dan beberapa penyakit kronik lain. Infeksi yang paling sering terjadi pada Lanjut Usia adalah infeksi paru, saluran kemih dan kulit. Gejala dan tanda infeksi pada Lanjut Usia biasanya tidak jelas.

Diantara penyakit-penyakit infeksi, pneumonia merupakan yang paling sering menyebabkan kematian. Prevalensi pneumonia cukup tinggi pada Lanjut Usia. Infeksi saluran kemih merupakan tipe infeksi kedua yang paling sering ditemui pada Lanjut Usia.

Sangat penting bagi tenaga kesehatan yang merawat Lanjut Usia untuk mengenali gejala dan tanda infeksi pada Lanjut Usia. Selain itu, pemberian vaksinasi yang sesuai dan meningkatkan status nutrisi Lanjut Usia juga penting dilakukan sebagai tindakan pencegahan terhadap penyakit infeksi.

5. Gangguan *Fungsi Indera (Impairment Of Senses)*

Gangguan fungsi indera merupakan masalah yang sering ditemui pada Lanjut Usia. Kedua hal tersebut dapat menyebabkan timbulnya gangguan fungsional yang menyerupai gangguan kognitif serta isolasi sosial. Untuk itu, sangat penting bagi tenaga kesehatan untuk dapat mengidentifikasi Lanjut Usia yang mengalami gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, gangguan penciuman gangguan pengecap dan gangguan perabaan, mengidentifikasi penyebabnya dan memberikan terapi yang sesuai. Contohnya saat berkomunikasi dengan pasien Lanjut Usia yang mengalami gangguan pendengaran perlu memperhatikan cara berbicara. Berbicaralah jangan terlalu cepat, intonasi jelas, yakinkan bahwa pasien dapat memperhatikan gerak bibir.

6. Kekurangan Gizi (*Inanition*)

Kekurangan zat gizi baik zat gizi makro (karbohidrat, lemak dan protein) maupun zat gizi mikro (vitamin dan mineral) seringkali dialami orang Lanjut Usia. Gangguan gizi pada Lanjut Usia dapat merupakan konsekuensi masalah-masalah somatik, fisik atau sosial. Kekurangan zat gizi energi dan protein terjadi karena kurangnya asupan energi dan protein, peningkatan metabolik karena trauma atau penyakit tertentu dan peningkatan kehilangan zat gizi. Asupan energi secara signifikan menurun seiring proses menua, karena berhubungan dengan penurunan aktivitas fisik pada Lanjut Usia serta perubahan komposisi tubuh.

Adanya gangguan mobilisasi (misalnya akibat artritis maupun stroke), gangguan kapasitas aerobik, gangguan input sensor (mencium, merasakan dan penglihatan), gangguan gigi-geligi, malabsorpsi, penyakit kronik (anoreksia, gangguan metabolisme) dan obat-obatan menyebabkan Lanjut Usia mudah mengalami kekurangan zat gizi. Faktor psikologis seperti depresi dan demensia serta faktor sosial ekonomi (keterbatasan keuangan, pengetahuan gizi yang kurang, fasilitas memasak yang kurang dan ketergantungan

dengan orang lain) juga dapat menyebabkan Lanjut Usia mengalami kekurangan zat gizi. Gizi kurang berhubungan dengan gangguan imunitas, menghambat penyembuhan luka, penurunan status fungsional dan peningkatan mortalitas.

7. Masalah akibat tindakan medis (*iatrogenik*)

Iatrogenik adalah masalah kesehatan yang diakibatkan oleh tindakan medis. *Polifarmasi* merupakan contoh yang paling sering ditemukan pada Lanjut Usia.

Polifarmasi didefinisikan sebagai penggunaan beberapa macam obat. Definisi lain dari *polifarmasi* adalah meresepkan obat melebihi dari obat yang secara klinis diperlukan atau penggunaan obat lebih dari lima jenis obat. *Polifarmasi* mengindikasikan bahwa pasien menerima terlalu banyak obat, menggunakan obat terlalu lama atau obat dengan dosis yang berlebihan.

Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan *polifarmasi* antara lain masalah penyakit kronik, mendapatkan resep dari beberapa dokter, kurang baiknya koordinasi perawatan kesehatan, adanya gejala penyakit yang tidak khas dan penggunaan obat-obatan tambahan untuk mengatasi efek samping obat-obatan yang sedang digunakan.

8. Gangguan Tidur (*Insomnia*)

Pasien sering datang dengan masalah *insomnia* karena :

- a) Keluhan sulit masuk tidur.
- b) Keluhan tidur gelisah atau tidur yang tidak menyegarkan.
- c) Mengeluh sering bangun atau periode bangun yang panjang.
- d) Tidak berdaya akibat sulit tidurnya
- e) Tertekan (*distress*) akibat kurang tidur

Insomnia dapat disebabkan oleh gangguan cemas, depresi, delirium, dan demensia.

Gangguan tidur yang kronik seringkali menyebabkan jiwa pasien tertekan (*distress*).

9. Gangguan Fungsi Kognitif (*Intellectual Impairment*)

Gangguan fungsi kognitif yang dikenal dengan istilah *Intellectual Impairment* adalah kapasitas intelektual yang berada dibawah rata-rata normal untuk usia dan tingkat pendidikan seseorang tersebut. Gangguan fungsi kognitif ini dapat disebabkan oleh sindrom delirium dan demensia.

Penanganan yang tidak adekuat dari sindrom delirium akan mengakibatkan berbagai penyulit sesuai penyebab. Penanganan yang tidak adekuat dari demensia akan mengakibatkan perburukan intelektual yang cepat, serta potensial menimbulkan beban terhadap keluarga dan masyarakat.

10. Isolasi (*Isolation*)

Yang dimaksud dengan isolasi adalah menarik diri dari lingkungan sekitar. Penyebab tersering adalah depresi dan hendaya fisik yang berat.

Dalam keadaan yang sangat lanjut dapat muncul kecenderungan bunuh diri baik aktif maupun pasif.

11. Berkurangnya Kemampuan Keuangan (*Impecunity*)

Impecunity mencakup pengertian ketidakberdayaan finansial. Walaupun dapat terjadi pada kelompok usia lain namun, khususnya pada Lanjut Usia menjadi sangat penting karena meningkatkan risiko keterbatasan akses terhadap berbagai layanan kesehatan, pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan asuhan psikososial.

12. Konstipasi (*Impaction*)

Kesulitan buang air besar (Konstipasi) sering terjadi pada lanjut usia karena berkurangnya gerakan (peristaltik) usus.

13. Gangguan Sistem Imun (*Immune Defficiency*)

Gangguan kesehatan yang disebabkan oleh perubahan sistem imunitas pada Lanjut Usia.

Sistem imunitas yang tersering mengalami gangguan adalah sistem *immunitas seluler*. Berkaitan dengan hal tersebut, kejadian infeksi tuberkulosis meningkat pada populasi Lanjut Usia ini sehingga memerlukan kewaspadaan.

14. Gangguan Fungsi Seksual (*Impotence*)

Gangguan fungsi ereksi pada laki-laki Lanjut Usia dapat berupa ketidakmampuan ereksi, ketidakmampuan *penetrasi*, atau ketidakmampuan mempertahankan ereksi.

Gangguan ini dapat disebabkan oleh obat-obat *antihipertensi*, *diabates melitus* dengan kadar gula darah yang tidak terkontrol, merokok, dan hipertensi lama.

Enam dari 14 i tersebut (yakni : imobilisasi, *instabilitas postural*, *intelectual impairment* dalam hal ini delirium dan demensia, isolasi karena depresi, dan *inkontinensia urin*) merupakan kondisi – kondisi

yang paling sering menyebabkan pasien geriatri harus dikelola lebih intensif. Karenanya keenam kondisi tersebut sering dinamakan *geriatric giants*. Untuk itu apabila petugas di Puskesmas menemukan salah satu dari enam tanda Sindroma Geriatri tersebut harus segera dirujuk ke RS

C. MASALAH GIZI PADA LANJUT USIA

1. Masalah Gizi Pada Lanjut Usia

a) Kurang Energi Kronik

Kurang Energi Kronik (KEK) merupakan salah satu masalah gizi pada lanjut usia, dan keadaan KEK merupakan akibat adanya penyakit kronik, kemiskinan, anoreksia, hidup sendiri, menurunnya fungsi mental dan fisik termasuk keadaan gigi. Penurunan BB pada umumnya mendahului keadaan KEK, sehingga penurunan BB juga digunakan pada penapisan adanya malnutrisi.

The Mini Nutritional Assessment (MNA) merupakan instrumen untuk mendeteksi adanya risiko malnutrisi ataupun adanya malnutrisi. Instrumen MNA terdiri dari dua tahap yaitu tahap I : tahap penapisan / skrining dan tahap II : penilaian. Apabila nilai/skor pada tahap I < 11, akan dilanjutkan ke tahap II. Selanjutnya seseorang diklasifikasi malnutrisi apabila jumlah total skor akhir <17, risiko malnutrisi apabila rentang skor antara 17-23,5.

Apabila subyek mempunyai masalah malnutrisi perlu dilakukan intervensi gizi dan selanjutnya dilakukan pemantauan dan evaluasi penatalaksanaan gizi.

b) Gizi Lebih (Obesitas)

Keadaan gizi lebih perlu untuk dideteksi secara dini (dengan menghitung indeks massa tubuh), untuk mencegah timbulnya berbagai masalah kesehatan yang dapat ditimbulkan. Khususnya obesitas sentral dapat secara mudah diketahui dengan mengukur lingkar pinggang. Bila didapatkan nilai >90 cm pada laki-laki dan >80 cm pada perempuan dikategorikan sebagai obesitas sentral.

Obesitas adalah penumpukan lemak yang berlebihan di dalam jaringan adiposa tubuh sehingga menimbulkan masalah

kesehatan. distribusi lemak yang berlebihan di suatu bagian tubuh, contohnya obesitas sentral, yaitu penumpukan lemak di daerah abdominal/obesitas sentral, juga dihubungkan dengan risiko penyakit degeneratif tertentu.

Obesitas disebabkan adanya ketidakseimbangan energi yaitu asupan energi lebih tinggi daripada energi yang dikeluarkan. Hal ini menyebabkan peningkatan cadangan energi dan BB. Banyak faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan energi, di antaranya faktor kebiasaan makan yang berlebih, genetik dan aktivitas fisik yang kurang.

Pada Lanjut Usia, keadaan obesitas maupun kurang gizi tingkat berat dapat mengakibatkan penurunan fungsi fisik yang lebih berat dibandingkan mereka dengan status gizi baik; kedua hal tersebut dapat mengakibatkan terjadi *frailty* atau kelemahan, dan mereka yang tergolong lemah mempunyai risiko tinggi untuk tergantung pada orang lain, jatuh, mengalami luka dan lain -lain

Untuk menjaga berat badan dalam batas-batas normal, seseorang harus berada dalam keseimbangan energi, yaitu jumlah asupan kalori sama dengan kalori yang dikeluarkan. Selain itu, asupan vitamin dan mineral harus terdapat dalam jumlah cukup sesuai kebutuhan tubuh. Bila kandungan energi makanan yang dikonsumsi lebih sedikit daripada energi yang keluar, maka cadangan tubuh digunakan untuk mencukupi kekurangan energi yang terjadi, sehingga BB menurun. Sebaliknya jika kita mengkonsumsi makanan lebih banyak daripada yang dibutuhkan tubuh, kelebihan hasil metabolismenya akan disimpan sebagai cadangan energi terutama di jaringan adiposa dan BB akan meningkat.

c) Anemia

Menurut *World Health Organization* (WHO) dikategorikan sebagai anemia apabila kadar hemoglobin / Hb < 13 g/dl pada laki-laki dan Hb <12 g/dl pada perempuan.

Berbagai penyakit yang terdapat pada kelompok Lanjut Usia dapat menyebabkan terjadinya anemia. Keadaan tersebut merupakan hal yang sering ditemukan, dan merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Salah satu penyebab

anemia adalah asupan yang kurang memadai dari zat gizi yang berperan pada pembentukan Hb.

Pengetahuan mengenai penyebab anemia yang ditemukan penting untuk diketahui agar dapat dilakukan pencegahan maupun terapi yang sesuai.

2. Kebutuhan Energi dan Gizi Pada Lanjut Usia

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pemberian gizi pada Lanjut Usia yaitu adanya perubahan fisiologik, penyakit penyerta, faktor sosial seperti kemiskinan, psikologik (demensia depresi) dan efek samping obat.

a) Energi

Kebutuhan energi menurun dengan meningkatnya usia (3% per dekade). Pada Lanjut Usia hal tersebut diperjelas disebabkan adanya penurunan massa otot (BMR ↓) dan penurunan aktivitas fisik. Berdasarkan Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG) tahun 2004; laki-laki 2050 Kal dan perempuan 1600 Kal.

Untuk perhitungan yang lebih tepat dapat digunakan persamaan *Harris Benedict* ataupun rumus yang dianjurkan WHO. Secara praktis dapat digunakan perhitungan berdasarkan *rule of thumb* sebagaimana tercantum dalam formulir 2 terlampir.

b) Protein: Dianjurkan kecukupan antara 0,8-1 g/kgBB/hari (10-15%) dari kebutuhan energi total.

c) Karbohidrat

Dianjurkan asupan karbohidrat antara (50-60%) dari energi total sehari, *dengan* asupan karbohidrat kompleks lebih tinggi daripada karbohidrat sederhana.

Konsumsi serat dianjurkan 10-13 g per 1000 kalori (25g/hari~5 porsi buah dan sayur). Buah dan sayur selain merupakan sumber serat, juga merupakan sumber berbagai vitamin dan mineral.

d) Lemak, Dianjurkan \pm 25% dari energi total per hari, dan diutamakan berasal dari lemak tidak jenuh.

e) Cairan

Pada Lanjut Usia masukan cairan perlu diperhatikan karena adanya perubahan mekanisme rasa haus, dan

menurunnya cairan tubuh total (dikarenakan penurunan massa bebas lemak). Sedikitnya dianjurkan 1500 ml/hari, untuk mencegah terjadinya dehidrasi, namun jumlah cairan harus disesuaikan dengan ada tidaknya penyakit yang memerlukan pembatasan air seperti gagal jantung, gagal ginjal dan sirosis hati yang disertai edema maupun asites.

f) Vitamin

Vitamin mempunyai peran penting dalam mencegah dan memperlambat proses degeneratif pada Lanjut Usia. Apabila asupan tidak adekuat perlu dipertimbangkan suplementasi; namun harus dihindari pemberian megadosis.

Tabel 2. Kebutuhan vitamin larut lemak

	A (RE)	D (mcg)	E (mg)	K (mcg)
Laki-laki > 65 th	600	15	15	65
Perempuan > 65 th	500	15	15	55

Sumber: WNPG VIII, 2004

Tabel 3. Kebutuhan vitamin larut air

	Thiamin (mg)	Riboflavin (mg)	Niacin (mg)	B ₁₂ (mcg)	As. folat (mcg)	B ₆ (mg)	C (mg)
Laki-laki > 65 th	1,0	1,3	16	2,4	400	1,7	90
Perempuan > 65 th	1,0	1,1	14	2,4	400	1,5	75

Sumber: WNPG VIII, 2004

Beberapa vitamin perlu mendapat perhatian khusus dikarenakan sering terjadi defisiensi (vitamin B₁₂, D) dan sifat sebagai antioksidan (vitamin C dan E).

Tabel 4. Kebutuhan beberapa mineral

	Ca (mg)	P (mg)	Fe (mg)	Zn (mg)	I (mcg)	Se (mcg)
Laki-laki > 65 th	800	600	13	13,4	150	30
Perempuan > 65 th	800	600	12	9,8	150	30

Sumber: WNPG VIII, 2004

Beberapa mineral yang perlu mendapat perhatian khusus antara lain 1) Ca. Kemampuan absorpsi Ca menurun baik pada laki-laki maupun perempuan 2) defisiensi Zn mengakibatkan gangguan imun dan gangguan pencernaan (yang memang menurun pada Lanjut Usia) 3) defisiensi Cu dapat mengakibatkan anemia. 4) Se karena bersifat antioksidan.

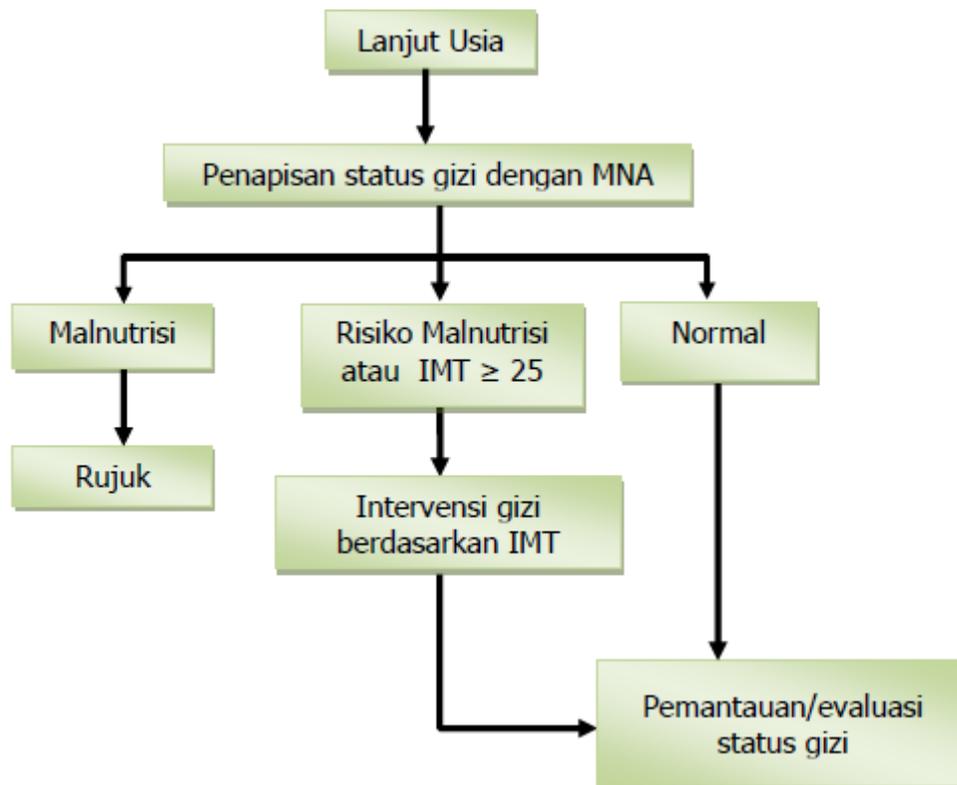
Agar dapat terpenuhi seluruh kebutuhan perlu diperhitungkan kebutuhan energi dan nutrien sesuai dengan kebutuhan tubuh (kuantitatif) dan mengandung seluruh nutrien (kualitatif) yang dikenal sebagai menu makanan seimbang, dan untuk mencapai hal tersebut perlu penganekaragaman makanan yang dikonsumsi.

3. Penatalaksanaan Masalah Gizi Lanjut Usia

Penatalaksanaan gizi bagi lanjut usia di Puskesmas dianjurkan dalam empat tahap yaitu :

- a) Penapisan/skrining menggunakan MNA
- b) Diagnosis masalah gizi
 - 1) Sangat kurus
 - 2) Kurus
 - 3) Gemuk
 - 4) Obesitas
- c) Intervensi gizi
 - 1) Penyuluhan gizi seimbang
 - 2) Rujukan
- d) Pemantauan dan evaluasi penatalaksanaan gizi.

Alur dan prosedur pelayanan kesehatan gizi lanjut usia di Puskesmas:



D. MASALAH KESEHATAN MENTAL

1. Depresi

Depresi adalah perasaan sedih dan tertekan yang menetap. Perasaan tertekan sedemikian beratnya sehingga yang bersangkutan tak dapat melaksanakan fungsi sehari – hari.

Lanjut Usia sering menderita depresi karena banyak mengalami kehilangan seperti kehilangan pekerjaan, kehilangan kemampuan fisik, kehilangan harga diri, kematian atau kehilangan pasangan hidup/ kerabat/ keluarga dekat, kepergian anak-anak.

Pasien mungkin mengemukakan kesepian, kehilangan sesuatu yang dicintai (*lost of love object*), ada perasaan kosong/hampa, pesimis, khawatir masa depan, tak ada kepuasan hidup, merasa hidupnya tidak bahagia, satu atau lebih gejala fisik (lelah, nyeri).

Penyidikan lanjutan akan menunjukkan depresi atau kehilangan minat akan hal-hal yang menjadi kebiasaannya. *Iritabilitas* (cepat marah, cepat tersinggung) kadang-kadang merupakan masalah yang dikemukakan.

Skrining depresi dapat dilakukan dengan instrumen *Geriatric Depression Scale* (GDS).

Penatalaksanaan Depresi

a) Konseling pasien dan keluarga :

- 1) Identifikasi adanya stres sosial atau problem kehidupan yang akhir-akhir ini dialami.
- 2) Identifikasi *suicide idea* atau ide bunuh diri.

Tanyakan tentang risiko bunuh-diri. Apakah pasien sering berpikir tentang kematian atau mati? Apakah pasien mempunyai rencana bunuh-diri yang khas? Apakah ia telah membuat rencana yang serius untuk percobaan bunuh-diri di masa lalu? Apakah pasien bisa yakin untuk tidak bertindak menurut ide bunuh-diri? Supervisi/pengawasan yang ketat oleh keluarga atau teman, atau hospitalisasi mungkin diperlukan. Tanyakan tentang risiko mencederai orang lain.

Rencanakan kegiatan jangka pendek yang memberikan pasien kesenangan atau membangkitkan kepercayaan diri.

- 1) Dorong pasien untuk berfikir positif untuk mengatasi rasa pesimis dan kritik-diri, tidak bertindak atas dasar ide pesimistik dan tidak memusatkan pada pikiran negatif atau bersalah.
- 2) Fokuskan pada langkah kecil yang khas, yang dapat diambil oleh pasien untuk mengurangi atau mengatasi problem dengan lebih baik. Hindari keputusan yang besar atau perubahan pola hidup.
- 3) Jika ada gejala fisik, bicarakan hubungan antara gejala fisik dengan suasana perasaan.
- 4) Sesudah ada perbaikan, rencanakan dengan pasien tindakan yang harus diambil jika tanda kekambuhan terjadi.

b) Informasi yang perlu untuk pasien dan keluarga

- 1) Depresi adalah penyakit yang lazim serta dapat dicegah dan diobati.
- 2) Depresi bukan merupakan kelemahan atau kemalasan; pasien berupaya keras untuk mengatasi, tetapi dia tidak berdaya.
- 3) Penderita dengan depresi mempunyai kecenderungan untuk melakukan percobaan bunuh-diri dibandingkan kelompok masyarakat lain.

- c) Pertimbangkan konsultasi (rujukan) jika pasien menunjukkan:
- 1) Risiko bunuh-diri atau bahaya terhadap orang lain secara bermakna/menonjol;
 - 2) Gejala psikotik;
 - 3) Depresi bermakna yang bertahan sesudah tindakan pengobatan di atas.

2. Demensia

Demensia adalah kondisi kemerosotan mental yang terus menerus, makin lama makin buruk (progresif) meliputi penurunan daya ingat akan hal yang baru saja terjadi, kemunduran kemahiran berbahasa, kemunduran intelektual, perubahan perilaku dan fungsi – fungsi otak lainnya sehingga mengganggu aktifitas sehari – hari.

Demensia dapat terjadi pada Lanjut Usia karena penyakit *alzheimer*, stroke berulang, trauma kepala, dan gangguan faal tubuh (hormonal, nutrisi, defisiensi vitamin) alkohol dan lain – lain.

Demensia merupakan kehilangan kemampuan daya ingat dan daya pikir lainnya sehingga dapat menyebabkan masalah tingkah laku misalnya menjadi gaduh gelisah, pencuriga, dan emosi yg meledak-ledak.

Dua jenis demensia yang tersering terjadi adalah demensia tipe *alzheimer* dan demensia vaskuler (pasca "*stroke*").

Keluhan utama pada pasien demensia yaitu pasien sering lupa hal-hal yang baru terjadi, tampak bingung, apatis atau murung, tetapi biasanya pasien tidak menyadari dirinya kehilangan kemampuan daya ingat sehingga ia bisa marah-marah atau menuduh orang karena kelupaannya. Adakalanya keluarga mengenali perubahan perilaku dan penurunan daya ingat/daya pikir pasien tapi kadang-kadang keluarga menyangkal atau justru memperhebat gejala pasien.

Umumnya keluarga mencari pertolongan bukan karena kegagalan daya ingat, tetapi karena perubahan kepribadian atau perilaku seperti marah, agitasi, curiga (*paranoid*), berdelusi / waham (isi pikir yang salah, tidak sesuai realitas dan tidak bisa dikoreksi), halusinasi, apatis, depresi, tidak bisa tidur, tidak kenal tempat tinggalnya atau tersesat di jalan.

Pada tahap demensia berat pasien menjadi seperti kanak-kanak lagi mengompol dan buang air besar sembarangan (*inkontinensia*) serta tidak bisa menunda kemauan. Ia menjadi sangat tergantung pada orang lain untuk menopang aktivitas kehidupan sehari-hari seperti mandi, makan, buang air dan sebagainya. *Higiene* perorangan yang buruk pada pasien Lanjut Usia bisa mempermudah terjadinya infeksi. Kehilangan daya ingat dapat mengakibatkan penelantaran diri seperti kurang gizi dan *higiene* buruk.

Penatalaksanaan Demensia

- a) Konseling pasien dan keluarga
 - 1) Monitor kemampuan pasien untuk melaksanakan tugas sehari-hari secara aman.
 - 2) Jika kehilangan daya ingat hanya ringan, pertimbangkan penggunaan alat bantu mengingat atau pengingat.
 - 3) Hindari penempatan pasien di tempat atau situasi yang asing.
 - 4) Pertimbangkan cara untuk mengurangi stres pada mereka yang merawat pasien (misalnya, kelompok saling membantu). Dukungan dari keluarga lain yang juga merawat anggota keluarga dengan demensia bisa bermanfaat.
 - 5) Bicarakan rencana tentang wasiat, warisan dan keuangan (masalah hukum)
 - 6) Bila sesuai, bicarakan pengaturan tentang dukungan di rumah, masyarakat atau program rawat-siang, atau penempatan pemondokan.
 - 7) Agitasi yang tak terkendali mungkin memerlukan perawatan di rumah sakit
- b) Informasi yang perlu untuk pasien dan keluarga
 - 1) Demensia sering dijumpai pada usia tua dan harus dicari penyebabnya
 - 2) Kehilangan daya ingat dan kebingungan bisa menyebabkan problem perilaku (misalnya, agitasi, kecurigaan, letupan emosional).
 - 3) Kehilangan daya ingat biasanya berkembang lambat, tetapi perjalanannya sangat bervariasi.
 - 4) Penyakit fisik atau stres mental (depresi) bisa

meningkatkan kebingungan dan mempengaruhi turunya fungsi kognitif.

- 5) Berikan informasi yang tersedia dan uraikan sumber pertolongan yang ada di masyarakat (*asosiasi Alzheimer, support group, family meeting*)
 - 6) Upayakan intervensi non obat dahulu untuk mengatasi gejala sebelum mempertimbangkan pemberian obat (*modifikasi lingkungan, analisis situasi dan hindari aktivitas yang memicu gejala, mengunjungi day care*)
- c) Pertimbangkan untuk dirujuk apabila mengalami gejala:
- 1) Agitasi tak terkendali; perselisihan dalam keluarga
 - 2) Onset mendadak perburukan daya ingat atau bahasa atau fungsi kognitif lainnya
 - 3) Penyebab demensia yang bisa dikoreksi dan memerlukan pengobatan spesialistik (*misalnya hidrosefalus tekanan normal, hematoma subdural, gangguan tiroid, tumor otak*).
 - 4) Pertimbangkan untuk merawat pasien di rumah sakit, jika perawatan intensif dibutuhkan.

3. Delirium

Delirium adalah suatu kebingungan akut yang ditandai dengan disorientasi, bicara ngelantur, gelisah, sulit mengalihkan perhatian, ketakutan dan lain-lain yang disebabkan oleh gangguan metabolisme di otak akibat gangguan metabolik/infeksi/trauma kepala/efek samping obat dan sebagainya.

Keluhan utama

- a) Keluarga mungkin minta pertolongan sebab pasien bingung/ bicara kacau atau agitatif atau sama sekali pasif.
- b) Pasien mungkin tampak tidak kooperatif atau ketakutan.

Penatalaksanaan Delirium

- a) Konseling pasien dan keluarga
 - 1) Ambil tindakan untuk mencegah pasien mencederai diri sendiri atau orang lain (*misalnya : singkirkan obyek berbahaya, batasi pasien bila perlu*).
 - 2) Kontak yang mendukung dengan orang yang dikenal bisa mengurangi kebingungan.

- 3) Sesering mungkin mengingatkan soal waktu dan tempat untuk mengurangi kebingungan.
 - 4) Hospitalisasi diperlukan karena ada agitasi atau karena penyakit fisik yang menyebabkan delirium.
- b) Informasi yang perlu untuk pasien dan keluarga
Perilaku atau pembicaraan yang aneh merupakan gejala suatu penyakit fisik.
- c) Pertimbangkan untuk merujuk apabila :
- 1) Penyakit fisik yang memerlukan pengobatan spesialisik;
 - 2) Agitasi yang tak terkendali.

4. Insomnia

Kebiasaan atau pola tidur Lanjut Usia dapat berubah, yang terkadang dapat mengganggu kenyamanan anggota keluarga lain yang tinggal serumah. Perubahan pola tidur dapat berupa tidak bisa tidur sepanjang malam, sering terbangun pada malam hari sehingga Lanjut Usia melakukan kegiatannya pada malam hari. Bila hal ini terjadi, carilah penyebab dan jalan keluar sebaik-baiknya.

Penyebab dapat berupa keadaan sebagai berikut :

- a) Kurangnya kegiatan fisik dan mental sepanjang hari, sehingga mereka masih semangat sepanjang malam.
- b) Tertidur sebentar-sebentar sepanjang hari
- c) Gangguan cemas dan depresi
- d) Tempat tidur dan suasana kamar kurang nyaman.
- e) Sering kencing pada waktu malam karena banyak minum pada malam hari
- f) Infeksi saluran kencing

Pasien sulit masuk tidur dan/atau mempertahankan tidur, sulit tertidur lagi setelah terbangun, kadang-kadang menjadi tidak berdaya akibat dari sulit tidurnya. Dampak kurang tidur, distress.

Penatalaksanaan Insomnia

- a) Cari *underlying disease insomnia*
(depresi, demensia, cemas)
- b) Konseling pasien dan keluarga
 - 1) Pertahankan kebiasaan tidur secara teratur dengan:
 - (a) Relaksasi pada sore hari.

- (b) Mulai tidur dan bangun pagi pada jam yang sama setiap hari, jangan terlalu mengubah jadwal tidur pada malam minggu.
 - (c) Bangun pada waktu yang sama di pagi hari walaupun malam harinya sulit tidur.
 - (d) Hindari tidur siang karena hal ini dapat mengganggu tidur malam harinya.
 - (e) Lakukan latihan relaksasi untuk menolong pasien masuk tidur.
 - (f) Anjurkan pada pasien untuk menghindari minum kopi dan alkohol.
- 2) Bila pasien tidak bisa tertidur dalam waktu 20 menit, anjurkan untuk bangun dari tempat tidur dan mencobanya kembali setelah merasa mengantuk.
 - 3) Olahraga pada pagi atau siang hari dapat menolong pasien tidur nyenyak.
- c) Informasi yang perlu untuk pasien dan keluarga :
- 1) Problem tidur yang temporer adalah hal yang lazim pada saat stres atau menderita penyakit fisik.
 - 2) Jumlah tidur yang normal sangat bervariasi dan biasanya menurun sesuai dengan meningkatnya usia.
 - 3) Perbaikan kebiasaan tidur (tanpa obat tidur) adalah terapi yang paling baik.
 - 4) Kekhawatiran tentang tidak bisa tidur dapat memperburuk keadaan insomnia.
 - 5) Alkohol dapat menolong untuk memulai tidur, tapi dapat menyebabkan tidur gelisah dan bangun terlalu pagi.
 - 6) Stimulus (misalnya kopi dan teh) dapat menyebabkan atau memperburuk insomnia.
- d) Pertimbangkan konsultasi:
- 1) Jika diduga gangguan tidur lebih kompleks (misalnya narkolepsi, "*sleep apnoea*").
 - 2) Jika insomnia berlanjut menetap walaupun hal di atas sudah dilaksanakan.

5. Gangguan Cemas

Mula-mula pasien memperlihatkan gejala fisik yang berkaitan dengan ketegangan (seperti sefalgia, jantung yang berdebar keras) atau dengan insomnia. Anamnesis lebih lanjut akan menampilkan ciri khas gangguan cemas yang menyeluruh yaitu kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan, hampir tiap hari tentang sejumlah peristiwa atau aktivitas.

Penatalaksanaan Gangguan Cemas

- a) **Konseling pasien dan keluarga**
 - 1) Bantu pasien mengenali, menghadapi dan menantang kekhawatiran yang berlebihan agar dapat mengurangi gejala anxietas.
 - 2) Kenali kekhawatiran yang berlebihan atau pikiran yang pesimistik (misalnya ketika cucunya terlambat pulang 5 menit dari sekolah, pasien mengkhawatirkan akan kemungkinan mengalami suatu kecelakaan).
 - 3) Diskusikan cara menghadapi kekhawatiran yang berlebihan ini pada saat pemunculannya (misalnya ketika pasien mulai khawatir, ia dapat mengatakan pada dirinya, saya mulai terperangkap dalam kekhawatiran lagi. Cucu saya hanya terlambat beberapa menit saja dari sekolah dan segera akan tiba di rumah. Saya tidak akan menelpon sekolahnya untuk mencari informasi, kecuali ia terlambat satu jam).
 - 4) Dukung motivasi pasien mempraktekkan metode relaksasi harian untuk mengurangi gejala fisik dari ketegangan.
 - 5) Dorong pasien untuk mengikuti aktivitas dan latihan yang menyenangkan, dan mengulang aktivitas yang pernah menolong di masa lalu.
 - 6) Metode pemecahan masalah yang terstruktur (*structured problem-solving methods*) dapat menolong pasien untuk menatalaksana masalah kehidupan atau stres saat ini yang dapat menambah gejala anxietas.
 - 7) Kenali peristiwa-peristiwa yang mencetuskan kekhawatiran yang berlebihan.
 - 8) Bicarakan apa yang akan dilakukan pasien untuk mengatasi situasi ini. Kenali dan perkuat hal-hal yang berhasil mengatasi situasi.

- 9) Latihan fisik yang teratur sering menolong.
- b) Informasi yang perlu untuk pasien dan keluarga
 - 1) Stres dan rasa khawatir keduanya mempunyai efek fisik dan mental.
 - 2) Belajar untuk mengurangi efek stres (bukan pengobatan sedatif) merupakan pertolongan yang paling efektif.

Bila gangguan cemas berlangsung lebih dari 3 bulan dilakukan rujukan ke rumah sakit.

E. MASALAH KESEHATAN GIGI DAN MULUT

Kehilangan gigi pada lanjut usia merupakan salah satu penyebab menurunnya kualitas kesehatan Lanjut usia. Kehilangan gigi akan sangat berpengaruh terhadap penyerapan dan metabolisme zat gizi yang diserap oleh tubuh sehingga tubuh tidak mengalami kekurangan gizi.

Permasalahan proses menua pada individu seperti perubahan normal fisik dan perubahan abnormal pada fisik lanjut usia juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kebutuhan Lanjut usia terhadap perawatan kesehatan gigi dan mulut, dikarenakan adanya dampak proses menua pada rongga mulut yaitu pada gigi dan mulut, jaringan periodontal, tulang alveolar dan *mandibula, mukosa, neuromuskular, saliva, Temporo Mandibular Joint (TMJ)* pada Lanjut usia dengan jumlah gigi asli yang sedikit lebih rentan menderita kelainan sendi, fungsi bicara, dan pengunyahan.

Masalah kesehatan gigi dan mulut yang sering terjadi pada lanjut usia adalah:

1. Karies gigi/gigi berlubang dan karies pada leher gigi.
2. Keausan email dan dentin (disebabkan proses penuaan atau *bruxism*)
3. Gingivitis dan periodontitis (infeksi/radang gusi dan penyangga gigi disebabkan keterbatasan dalam keterampilan membersihkan gigi)
4. Edentulous (gigi hilang) mengakibatkan dukungan pada wajah berkurang sehingga tinggi wajah berkurang, kerutan wajah tampak jelas wajah tampak lebih tua.
5. Xerostomia (mulut kering) mengakibatkan karies, halitosis candidiasis, penelanan terganggu dan retensi gigi tiruan.

Untuk melakukan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut perlu dilakukan secara periodik, karena tak jarang berkembangnya jamur dan timbulnya tumor pada stadium dini. "Hal ini biasanya terjadi pada orang

yang berusia di atas 50 tahun, maka penanggulangannya harus tetap memperhatikan pendekatan holistik dan pelayanan yang komprehensif.

Prinsip penatalaksanaan

1. Pencegahan: penyuluhan, kontrol plak, pemeriksaan berkala
2. Pemeliharaan:
 - a) Sikat gigi teratur dan benar minimal dua kali sehari dengan pasta gigi mengandung Fluor pagi sesudah makan dan malam sebelum tidur.
 - b) Hindari luka pada rongga mulut, bersihkan sela gigi dengan dental floss/ benang gigi.
 - c) Obat kumur antiseptik.
 - d) Pemeliharaan Gigi Tiruan (pelihara kebersihan disikat di luar mulut buka gigi tiruan pada saat tidur dan ditaruh pada gelas berisi air bersih kemudian ditutup dan digunakan kembali pada saat bangun tidur)
 - e) Diet seimbang makanan bergizi mengandung kalsium/susu, ikan, telur dsb, mengurangi makanan manis dan lengket diantara waktu makan.
 - f) Kontrol periodik pada sisa gigi yang ada ke dokter gigi yang merawat atau ke fasilitas pelayanan kesehatan gigi.

Upaya kesehatan gigi masyarakat untuk kelompok lanjut usia adalah peningkatan pengetahuan untuk meningkatkan kemampuan dan peran masyarakat dalam menjaga kesehatan gigi-mulut dengan integrasi pada upaya promotif dan preventif lainnya.

3. Target

Meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan pada lanjut usia dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut

4. Ruang lingkup

Pelaksanaan kegiatan upaya kesehatan gigi dan mulut masyarakat di posyandu lanjut usia.

5. Pelatihan

- a) Peningkatan upaya kesehatan gigi dan mulut yang diarahkan pada pendidikan dan pelatihan dengan menggunakan pendekatan geriatri atau gerodontologi
- b) Kader untuk lanjut usia diarahkan pada upaya pada pelaksanaan di posyandu lanjut usia dan kunjungan rumah pada perawatan kesehatan gigi dan mulut masyarakat.

- c) Pelatihan geriatric pada dokter gigi

F. MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI

1. Menopause

Menopause disebut juga klimaterik atau perubahan hidup dan merupakan pertanda berakhirnya bagian kehidupan reproduksi pada diri seorang perempuan.

Menopause mulai pada berbagai taraf usia, berbeda-beda antara satu perempuan dengan lainnya. Biasanya terjadi pada usia sekitar 50 tahun. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian tahun 2007 secara *cross sectional* dari 1.350 perempuan menopause Indonesia berumur 40-60. Rata-rata umur perempuan menopause di Indonesia adalah $48 \pm 5,3$ tahun.

Pada fase ini indung telur mulai berhenti bereaksi terhadap *Folicle Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormon* (LH) yang berakibat :

- a) Produksi hormon estrogen dan progesteron dari indung telur mulai berkurang
- b) Dinding dalam rahim menipis sehingga terjadi perubahan pola haid
- c) Rahim dan indung telur mulai mengecil.

Gejala-gejala yang timbul :

- a) Gejala psikologis berupa rasa lesu, sakit kepala, pusing, tidak bias tidur, perasaan suram, cepat tersinggung, sukar memusatkan pikiran, cemas, dan depresi
- b) Semburan atau rasa panas (*hot flush*) dan banyak berkeringat
- c) Jantung berdebar-debar
- d) Sukar menarik nafas panjang
- e) Selera makan tidak menentu, sering mengeluh gangguan pencernaan
- f) Perubahan pola haid
- g) Mengeringnya vagina dan timbul rasa gatal

Tindakan penanganan :

- a) Pengobatan dengan suplementasi hormon, perlu konsultasi terlebih dahulu dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi
- b) Masalah psikologis yang timbul biasanya tidak memerlukan pengobatan karena gejala tersebut sewaktu-waktu bisa hilang

- c) Bila gangguan sangat berat, pertimbangan untuk pemberian obat anti depresi atau anti cemas
- d) Pengaturan diet
- e) Bila hubungan seksual terganggu karena keringnya vagina dianjurkan penggunaan krim atau minyak pelumas.

2. Andropause

Istilah Adropause pada laki-laki masih merupakan sesuatu hal yang baru dan belum terbiasa didengar bahkan sebagian orang meragukan adanya keluhan yang timbul berkaitan dengan penurunan fungsi hormon androgen pada laki-laki berusia diatas 55 tahun.

Namun beberapa penelitian telah mendapatkan bahwa penurunan fungsi testostosterone pada laki-laki di usia lebih dari 50 tahun, terkait dengan beberapa gejala seperti penurunan keinginan seksual/libido, kekurangan tenaga, penurunan kekuatan otot, sedih dan sering marah tanpa sebab yang jelas, berkurangnya kemampuan ereksi, mudah mengantuk dan lain sebagainya.

Pada laki-laki berusia diatas 55 tahun akan terjadi penurunan beberapa hormon yaitu testostosterone, Dehidro-epiandrosteron (DHEA), Growth Hormone (GH), Melatonin, Insulin Like Growth Factors (IGF). Akibat berkurangnya hormone dan beberapa factor tersebut akan menimbulkan beberapa keluhan.

Ada sepuluh kriteria yang dapat dipakai untuk menilai apakah seseorang sudah andropause atau belum, yang disebut 10 kriteria ADAM yaitu :

- a) Penurunan keinginan seksual (libido)
- b) Kekurangan energi atau tenaga
- c) Penurunan kekuatan atau ketahanan otot
- d) Penurunan tinggi badan
- e) Berkurangnya kenyamanan dan kesenangan hidup
- f) Sedih dan atau sering marah tanpa sebab yang jelas
- g) Berkurangnya kemampuan ereksi
- h) Kemunduran kemampuan olahraga
- i) Tertidur setelah makan malam
- j) Penurunan kemampuan bekerja

Jika mengalami keluhan huruf a sampai dengan huruf g atau berbagai kombinasi dari empat atau lebih keluhan, maka pasien ini adalah laki-laki andropause.

Tindakan penanganan :

- a) Pengobatan dengan suplementasi hormon, perlu konsultasi terlebih dahulu dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi.
- b) Masalah psikologis yang timbul biasanya tidak memerlukan pengobatan karena gejala tersebut sewaktu-waktu bisa hilang.
- c) Pemberian Multivitamin. Dianjurkan pemberian multivitamin seperti vitamin B, C dan E yang dapat dimanfaatkan sebagai antioksidan. Dapat ditambah dengan vitamin D3 untuk mencegah osteoporosis.
- d) Pemberian Kalsium 800 – 1000 mg per hari, dapat bermanfaat untuk osteoporosis.

3. Kehidupan Seksual

Seks sering dianggap abnormal atau tabu untuk dibicarakan pada masa usia lanjut. Akan tetapi hal ini perlu dibahas agar kita mendapatkan pengertian yang tidak menyesatkan.

Kemampuan hubungan seksual dapat bertahan sampai orang mencapai lanjut usia dengan derajat penurunan berbeda-beda antara satu dengan yang lain. Keadaan ini tergantung pada perubahan-perubahan faali dari masing-masing orang, misalnya penurunan hormon serta penyakit-penyakit yang menyertai.

Seks merupakan hal yang biasa dan normal juga pada Lanjut Usia. Rasa cinta dan kasih sayang antara pasangan masih tetap dibutuhkan sampai masa Lanjut Usia.

Bila kondisi kesehatan masih baik dan lanjut usia masih hidup berpasangan, maka :

- a) Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia
- b) Hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual
- c) Bila kemampuannya berkurang pada lanjut usia, jangan cemas akan hal itu karena merupakan perubahan yang alami

BAB III

PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA DI PUSKESMAS

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjut usia di Puskesmas dilaksanakan secara komprehensif dengan prinsip yaitu :

- a. Memberikan pelayanan yang baik dan berkualitas
- b. Memberikan prioritas pelayanan kepada lanjut usia dan penyediaan sarana yang aman dan mudah diakses
- c. Memberikan dukungan/bimbingan pada lanjut usia dan keluarga secara berkesinambungan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, agar tetap sehat, mandiri dan aktif;
- d. Melakukan pelayanan secara proaktif untuk dapat menjangkau sebanyak mungkin sasaran lanjut usia yang ada di wilayah kerja Puskesmas melalui kegiatan pelayanan di luar gedung;
- e. Melakukan koordinasi dengan lintas program dengan pendekatan siklus hidup sebagai salah satu pendekatan untuk mewujudkan lanjut usia yang sehat, mandiri dan aktif; dan
- f. Melakukan kerja sama dengan lintas sektor, termasuk organisasi kemasyarakatan dan dunia usaha dengan asas kemitraan, untuk melakukan pelayanan dan pembinaan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup Lanjut usia.

Pelayanan lanjut usia di Puskesmas diberikan kepada pra lanjut usia, lanjut usia dan pasien geriatri sesuai dengan kompetensi dokter umum di Puskesmas

A. PELAYANAN KESEHATAN BAGI PRA LANJUT USIA

Kelompok pra lanjut usia (umur 45 – 59 tahun) merupakan kelompok usia yang akan memasuki masa lanjut usia. Pada usia ini sudah mulai terjadi proses degenerasi sel-sel tubuh sehingga beresiko munculnya penyakit degeneratif. Untuk kelompok ini upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit serta deteksi dini penyakit merupakan prioritas pelayanan.

Upaya kesehatan yang dilakukan pada kelompok pra lanjut usia ini adalah :

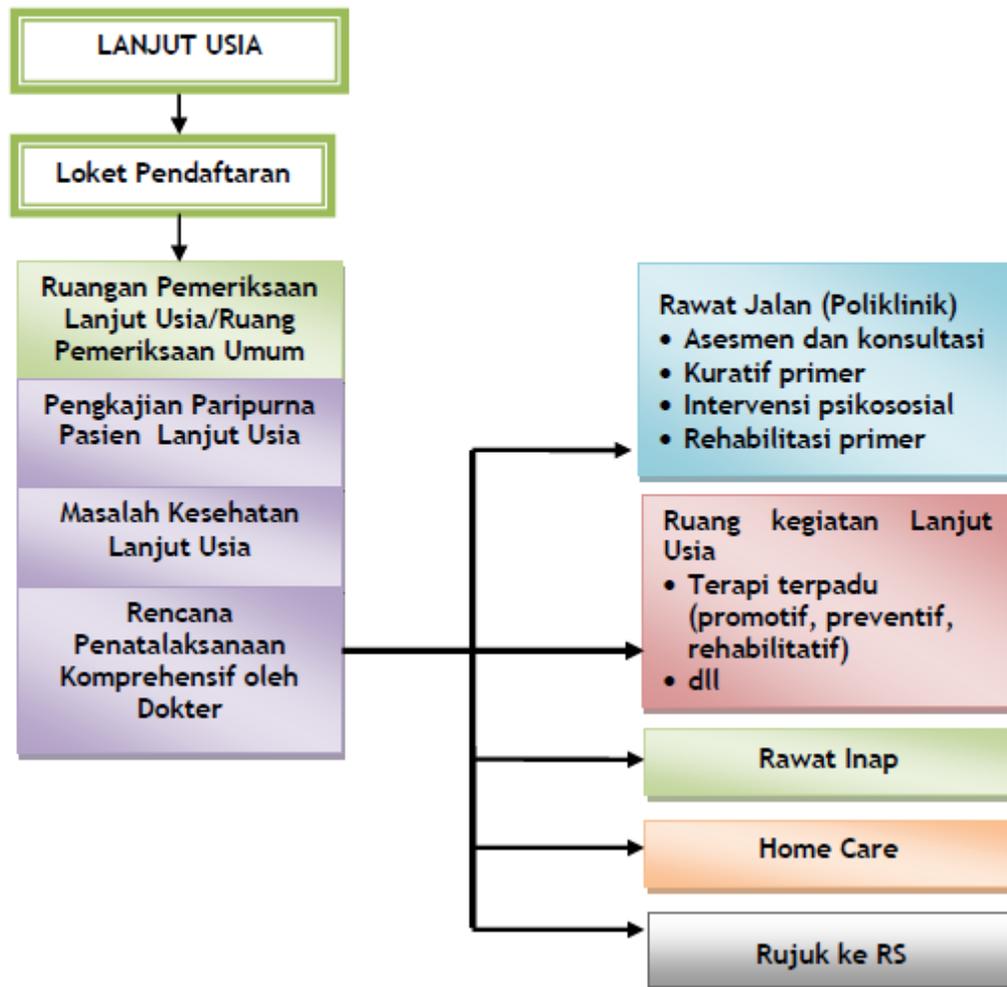
1. Peningkatan kesehatan melalui kegiatan senam/latihan fisik secara teratur dan senam vitalisasi otak
2. Penyuluhan kesehatan untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, konsumsi gizi seimbang dan aktifitas sosial
3. Deteksi dini gangguan aktifitas sehari-hari dan masalah kesehatan lainnya
4. Pemeriksaan kesehatan secara berkala, yang dilakukan setiap bulan melalui Kelompok Lanjut Usia (Posyandu/Posbindu/ Karang Lanjut usia, dan lainnya) atau di Puskesmas.
5. Pengobatan penyakit dilakukan apabila terdapat gangguan kesehatan/penyakit fisik dan/atau psikis sampai kepada upaya rujukan ke rumah sakit bila diperlukan.
6. Upaya rehabilitatif (pemulihan) berupa upaya medis, psikososial dan edukatif yang dimaksudkan untuk mengembangkan semaksimal mungkin kemampuan fungsional dan kemandirian.

Untuk pelayanan di Puskesmas, bagi pra lanjut usia sehat dapat mengikuti kegiatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit bersama-sama dengan pasien lanjut usia sehat di ruangan kegiatan lanjut usia. Pasien pra lanjut usia sakit diberikan pelayanan dan penatalaksanaan sesuai dengan masalah kesehatan yang dialaminya dan selanjutnya penatalaksanaan disesuaikan dengan standar yang berlaku.

B. PELAYANAN KESEHATAN BAGI LANJUT USIA

Pelayanan kepada lanjut usia yang datang di Puskesmas sebaiknya diberikan di ruangan khusus supaya lanjut usia tidak harus mengantri bersama dengan pasien umum lainnya. Tapi apabila kondisi Puskesmas tidak memungkinkan dapat dilakukan diruangan pemeriksaan umum dengan syarat pasien lanjut usia harus didahulukan. Mekanisme pelayanan bagi lanjut usia di Puskesmas dapat dilaksanakan seperti pada alur di bawah ini.

Alur pelayanan bagi lanjut usia di Puskesmas:



1. Pengkajian Paripurna Pada Lanjut Usia

Setiap Lanjut Usia yang berkunjung ke Puskesmas pada kunjungan atau kontak pertama dengan petugas kesehatan akan dilakukan program pengkajian paripurna menggunakan *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)*. Dengan CGA tenaga kesehatan melakukan penilaian menyeluruh terhadap lanjut usia dari aspek biologis, kognitif, psikologis, dan sosial untuk menentukan permasalahan dan rencana penatalaksanaan terhadap lanjut usia.

CGA dilakukan oleh tim yang dipimpin oleh dokter dengan anggota lainnya yaitu perawat, tenaga gizi, dan tenaga kesehatan masyarakat terlatih. Tim dapat ditambah sesuai kebutuhan dan tenaga yang tersedia.

Keparipurnaan yang dimaksud sebenarnya tidak saja terbatas pada apa yang harus dikaji namun juga menyangkut aspek lain. Aspek tersebut adalah: dokter tidak hanya melakukan pengobatan

(aspek kuratif) namun juga perlu melakukan berbagai pencegahan penyakit, serta pencegahan komplikasi (mencegah dekubitus, mencegah trombosis vena dalam pada kasus imobilisasi). Aspek berikutnya adalah melakukan pendekatan rehabilitatif untuk kasus-kasus dengan hendaya misalnya gangguan batuk, gangguan ekspektorasi dahak, gangguan menelan serta gangguan perubahan posisi. Pada akhirnya maka dokter juga harus melakukan upaya-upaya promotif seperti mempertahankan lingkup gerak sendi pada imobilisasi, merangsang aktivitas fisik dan mental, meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien Lanjut Usia di rumah dan sebagainya.

Unsur-unsur pengkajian paripurna bagi lanjut usia di puskesmas

Pasien lanjut usia harus dikelola dengan kaidah yang lazim secara *lege artis*. Pada komponen identitas, selain jati diri pribadi juga harus ditanyakan masalah ekonomi, sosial, lingkungan, dengan siapa pasien tersebut tinggal atau siapakah orang terdekat yang harus dihubungi bila terjadi sesuatu hal, dll. Pada komponen anamnesis, selain keluhan utama dan riwayat penyakit juga harus ditanyakan riwayat operasi, riwayat pengobatan (baik dari dokter maupun obat bebas), riwayat penyakit keluarga, anamnesis gizi sederhana serta anamnesis sistem. Anamnesis sistem amat penting artinya karena acapkali keluhan utama tak sesuai dengan masalah utama yang menjadi prioritas pengelolaan (yang mengancam jiwa). Selain itu, lanjut usia dan pasien geriatri sangat mungkin tak mengemukakan keluhannya kecuali bila ditanya.

Komponen pemeriksaan terdiri dari :

a) Pada Pemeriksaan Tanda Vital

Pemeriksaan tanda vital sangat dianjurkan untuk betul-betul memperhatikan derajat penurunan atau perubahan kesadaran (bila ada). Pemeriksaan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung harus dilakukan pada posisi berbaring dan duduk serta berdiri (bila memungkinkan); hipotensi ortostatik lebih sering muncul pada pasien Lanjut Usia dan geriatri.

b) Pemeriksaan Jasmani

Pemeriksaan jasmani dilakukan menurut sistematika sistem organ mulai dari sistem kardiovaskular, sistem

pernapasan, sistem gastrointestinal, sistem genitourinarius, sistem muskuloskeletal, sistem hematologi, sistem metabolikendokrinologi dan pemeriksaan neurologik.

c) Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi diawali dengan deteksi dini menggunakan MNA, dilanjutkan dengan catatan asupan gizi, pengukuran IMT (jika masih dapat berdiri tegak), atau mengukur panjang depa, tinggi lutut, atau tinggi duduk (jika pasien tidak dapat berdiri tegak).

d) Pemeriksaan Status Fungsional

Pemeriksaan status fungsional diartikan sebagai kemampuan seseorang melakukan aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri. Contoh, bangun dari posisi berbaring, duduk, berjalan, mandi, berkemih, berpakaian, bersolek, makan, naik-turun tangga dan buang air besar.

Karena penyakit akut yang menyerang, biasanya pasien geriatri akan mengalami penurunan status fungsional, misalnya dari mandiri menjadi ketergantungan ringan atau sedang, dari ketergantungan ringan menjadi ketergantungan sedang sampai berat bahkan ketergantungan total. Dalam menetapkan derajat ketergantungan seseorang maka perlu dicatat bahwa data yang diperoleh dari keterangan langsung harus disesuaikan dengan data dari keluarga yang tinggal bersama pasien serta dari pengamatan langsung oleh tenaga kesehatan.

Penentuan status fungsional ini harus dilakukan dengan cermat, seyogyanya dengan mengikut sertakan keluarga dan diamati sendiri. Penentuannya perlu dilakukan beberapa kali untuk mengevaluasi kemajuan maupun kemunduran yang mungkin terjadi. Status fungsional diperiksa dengan menggunakan indeks *ADL's Barthel*, *Test Up and Go*

e) Penilaian Status Psikososial

Penilaian status psikososial lanjut usia mengalami berbagai permasalahan psikologis yang perlu diperhatikan oleh dokter, perawat, keluarga maupun tenaga kesehatan. Penanganan masalah secara dini akan membantu lanjut usia dalam melakukan strategi pemecahan masalah. Perubahan status

psikososial yang sering terjadi pada lanjut usia adalah *mature, dependent, self hater, angry*, angkuh, dan lain-lain.

f) Penilaian Status Sosial

Penilaian status sosial yaitu untuk menilai perlakuan orang-orang yang ada di sekitar lanjut usia yang sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan mental lanjut usia seperti perlakuan yang salah terhadap lanjut usia (*mistreatment/abuse*), dan menelantarkan lanjut usia (*neglected*). Di samping itu penilaian status sosial dapat menemukan potensi keluarga yang dapat dimanfaatkan untuk membantu pemulihan pasien.

g) Pemeriksaan Status Kognitif

Pemeriksaan status kognitif merupakan penapisan untuk demensia (*pikun*); modalitas yang paling sederhana adalah *Abbreviated Mental Test (AMT)*, mengkategorikan menjadi gangguan kognitif ringan, sedang dan berat.

h) Pemeriksaan Status Mental

Pemeriksaan Status Mental dilakukan dengan penapisan ada tidaknya depresi. Untuk standardisasi juga dipergunakan modalitas sederhana

Untuk menjarang masalah gangguan mental emosional secara umum dilakukan pemeriksaan metode 2 menit. Selanjutnya bila ada indikasi depresi dilakukan pemeriksaan GDS dan bila ada indikasi demensia dilakukan pemeriksaan MMSE.

1) Metode 2 menit

Tahap 1: keluhan utama pasien (disampaikan secara spontan)

- (a) Mengalami sukar tidur
- (b) Sering merasa gelisah
- (c) Sering murung/menangis sendiri
- (d) Sering was-was/khawatir

Bila jawaban ≥ 1 YA, dilanjutkan ke pertanyaan tahap 2

Tahap 2: Pertanyaan aktif, ditanyakan apakah keluhan itu berlangsung :

- (a) Lebih dari 3 bulan/timbul 1 kali dalam satu bulan
- (b) Karena adanya masalah dan banyak pikiran

- (c) Disertai dengan minat kerja/nafsu makan yang menurun
- (d) Ada gangguan/masalah dalam keluarga/
- (e) masyarakat
- (f) Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter
- (g) Ada gangguan pada kesadaran, fungsi kognitif
- (h) Cenderung mengurung diri

Bila lebih dari satu jawaban YA, berarti ada gangguan mental emosional dengan atau tanpa disertai kelainan organik.

2) *Geriatric Depression Scale* (GDS)

Pemeriksaan ini digunakan untuk melakukan skrining awal gangguan depresi.

3) *Mini Mental State Examination* (MMSE)

Pemeriksaan ini digunakan untuk menilai fungsi kognitif global sebagai alat penapis demensia. Pada saat pemeriksaan perlu dipertimbangkan umur dan lama pendidikan.

- i) Pemeriksaan penunjang, dilakukan sesuai dengan kebutuhan.

Dari hasil pengkajian paripurna, selanjutnya Lanjut Usia tersebut akan terbagi menjadi beberapa kelompok, yakni

- a) Lanjut usia sehat dan mandiri;
- b) Lanjut usia sehat dengan ketergantungan ringan;
- c) Lanjut usia sehat dengan ketergantungan sedang;
- d) Lanjut usia dengan ketergantungan berat/ total;
- e) Lanjut usia pasca-rawat (dua minggu pertama);
- f) Lanjut usia yang memerlukan asuhan nutrisi; atau
- g) Lanjut usia yang memerlukan pendampingan (memiliki masalah psiko-kognitif).

Berdasarkan kelompok tersebut akan dilakukan program yang sesuai bagi Lanjut Usia tersebut, meliputi:

- a) Kelompok a (lanjut usia sehat dan mandiri) dan kelompok b (lanjut usia sehat dengan ketergantungan ringan) dapat langsung mengikuti program Lanjut Usia dalam Ruang tertentu.
- b) Lanjut Usia yang tergolong kelompok c (lanjut usia sehat dengan ketergantungan sedang) dan kelompok d (lanjut usia dengan

ketergantungan berat/ total) harus mengikuti program layanan perawatan di rumah (*home care service*) bila perlu melibatkan pelaku rawat/pendamping (*caregiver*) atau mungkin perlu dirujuk ke RS.

- c) Untuk kelompok e (lanjut usia pasca-rawat dua minggu pertama), kelompok f (lanjut usia yang memerlukan asuhan nutrisi), dan kelompok g (lanjut usia yang memerlukan pendampingan, memiliki masalah psiko-kognitif) dengan status fungsional mandiri dapat dilayani di ruang kegiatan, sedangkan lanjut usia dengan derajat ketergantungan ringan sampai sedang harus dipantau dokter selama mengikuti program di ruang kegiatan.

2. Pelayanan Bagi Lanjut Usia Sehat

Lanjut usia yang sehat adalah lanjut usia berdasarkan hasil pengkajian paripurna geriatri masuk dalam kategori kelompok 1 dan 2 yaitu lanjut usia yang bebas dari ketergantungan kepada orang lain atau tergantung pada orang lain tapi sangat sedikit, atau mempunyai penyakit yang terkontrol dengan kondisi medik yang baik.

Dari hasil pengkajian paripurna geriatri, bagi Lanjut Usia sehat atau kelompok 1 dan 2 sesuai pengelompokan di atas akan diberikan pelayanan di ruang kegiatan Lanjut Usia dengan berbagai kegiatan seperti:

- a) Latihan fisik (senam lanjut usia, senam osteoporosis dan lain-lain)
- b) Latihan fisik sesuai kebutuhan individu/kelompok
- c) Stimulasi kognitif
- d) Edukasi, konseling, dan bila perlu pemberian makanan tambahan
- e) Pemberian makanan tambahan
- f) Penyuluhan kesehatan primer
- g) Berinteraksi sosial

Kegiatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan Puskesmas dengan jadwal direncanakan oleh Puskesmas. Dimana kegiatan dapat dilakukan 1 sampai 2 kali/minggu atau 1 sampai 2 kali perbulan sesuai kesepakatan.

C. PELAYANAN KESEHATAN BAGI PASIEN GERIATRI

Bagi lanjut usia yang mempunyai masalah kesehatan akan diberikan pelayanan pengobatan dan konsultasi di ruang pemeriksaan umum Puskesmas. Bagi Lanjut Usia yang tidak mampu ditangani oleh petugas Puskesmas akan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan.

Prinsip layanan pasien lanjut usia di Puskesmas adalah berdasarkan hasil pengkajian paripurna geriatri. Tidak semua pasien geriatri harus dirujuk ke RS, ada kasus-kasus pasien geriatri sebenarnya masih bisa ditangani di Puskesmas. Pengkajian paripurna pasien geriatri di Puskesmas bertujuan untuk menggolongkan pasien lanjut usia yang datang di Puskesmas apakah pasien tersebut termasuk pasien lanjut usia yang sehat/dengan ketergantungan ringan, pasien geriatri yang harus dirujuk ke RS atau pasien geriatri yang masih bisa dilayani di Puskesmas. Pasien geriatri yg bisa ditangani di Puskesmas adalah pasien geriatri dengan gangguan/ penyakit yang bisa ditangani sesuai dengan kompetensi dokter umum.

1. Pengertian Geriatri

Geriatri berasal dari kata *geros* (tua) dan *iatrea* (rumatan), jadi jelas bahwa ilmu geriatri adalah bagian dari ilmu kedokteran dan gerontologi yang khusus mempelajari kesehatan dan penyakit-penyakit pada Lanjut Usia.

Pasien Lanjut Usia pun mengacu pada ketentuan bahwa ia berusia 60 tahun ke atas. Sedangkan pasien geriatri mengacu pada pengertian bahwa selain berusia 60 tahun ke atas juga memiliki beberapa ciri tertentu yang membedakannya dari pasien Lanjut Usia maupun pasien dewasa muda lainnya.

Pasien geriatri memiliki sejumlah karakteristik yang membedakannya dari pasien dewasa pada umumnya. Karena karakteristik dan sindrom pada pasien geriatri bersifat multipatologis dan tidak khas maka diperlukan pendekatan khusus secara holistik dan komprehensif. Pendekatan yang berorientasi bio-psiko-sosial mutlak diperlukan agar penatalaksanaannya paripurna. Pengkajian paripurna ini sendiri merupakan instrumen dasar yang harus dipahami oleh setiap dokter, perawat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik dan lain-lain yang mengelola pasien geriatri sesuai dengan kompetensinya masing-masing yang dilaksanakan oleh tim.

2. Karakteristik Pasien Geriatri

Pasien geriatri memiliki beberapa karakteristik yaitu multipatologi, tampilan gejala dan tanda tak khas, daya cadangan faali menurun, biasanya disertai gangguan status fungsional dan di Indonesia pada umumnya dengan gangguan nutrisi.

Multipatologi mengacu pada pengertian bahwa seorang pasien geriatri memiliki lebih dari satu penyakit pada saat yang sama. Penyakit-penyakit yang diderita biasanya merupakan akumulasi penyakit degeneratif yang telah melekat pada dirinya selama bertahun-tahun dan karena suatu kondisi akut tertentu mengakibatkan pasien harus dirawat di rumah sakit atau menjadi terpaksa terbaring di rumah (bedridden). Kondisi multipatologi mengakibatkan gejala dan tanda yang muncul pada seorang pasien menjadi tidak jelas.

Gejala dan tanda (*sign and symptom*) pasien geriatri biasanya tidak khas. Misalnya seorang pasien geriatri dengan pneumonia, jarang menunjukkan gejala lengkap seperti demam, batuk, sesak dan leukositosis. Gejala yang acap kali muncul adalah hilang nafsu makan, kelemahan umum dan pada pemeriksaan fisik dapat terlihat gangguan kesadaran seperti apatis maupun delirium. Demikian pula pasien geriatri dengan riwayat premorbid osteoarthritis pada beberapa sendi besar yang mengalami gagal jantung kongestif, tidak jarang datang ke instalasi gawat darurat dengan keluhan 'jatuh'. Pada anamnesis lebih lanjut tidak dijumpai keluhan sesak napas, *dyspnoe d'effort* maupun *paroxysmal nocturnal dyspnoe*. Selain perubahan kesadaran dan 'jatuh' maka presenting symptom pasien geriatri sering lebih ringan dari kondisi parah yang sesungguhnya ada, hal ini menyebabkan tenaga kesehatan harus mempunyai kemampuan observasi yang cermat serta tingkat kewaspadaan yang tinggi.

Karena perjalanan usia maka fungsi organ lanjut usia akan mengalami penurunan. Penurunan faal ini akan membawa konsekuensi menurunnya daya cadangan faali. Sebagai contoh, seorang pasien geriatri yang menderita pneumonia biasanya disertai penurunan daya tahan tubuh non spesifik seperti penurunan aktivitas silia saluran nafas serta refleks batuk. Kedua hal tersebut mengakibatkan pasien geriatri tak mungkin hanya diobati dengan antibiotika dan mukolitik; diperlukan beberapa upaya untuk

meningkatkan daya tahan tubuh non spesifik tadi seperti tapping, latihan bernafas dan drainase postural. Contoh lain misalnya penurunan jumlah glomerulus ginjal yang menyebabkan pemberian obat pada pasien geriatri memerlukan pertimbangan penyesuaian dosis (karena ekskresi obat sebagian besar melalui ginjal).

Pasien geriatri juga sering datang berobat disertai gangguan status nutrisi. Gizi kurang acapkali tidak diperhatikan oleh pasien maupun keluarganya sampai pasien benar-benar jatuh dalam status gizi yang buruk. Indeks massa tubuh menggambarkan status nutrisi yang lebih akurat. Defisiensi vitamin dan mineral sering menyertai gizi kurang dan gizi buruk.

Berbagai karakteristik tersebut mengakibatkan seorang dokter atau perawat harus memiliki kepekaan yang tinggi dalam menyusun daftar diagnosis atau daftar masalah kesehatan pasien sesuai urutan prioritas. Diagnosis medik saja tidak akan cukup menggambarkan masalah kesehatan yang dimiliki pasien. Kondisi imobilisasi, ketidakmampuan transfer tubuh secara mandiri, kesulitan makan, gangguan komunikasi adalah beberapa contoh masalah kesehatan yang sering luput dari penetapan diagnosis medik padahal sangat berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan secara keseluruhan.

3. Prinsip Penatalaksanaan Pasien Geriatri

Penatalaksanaan masalah kesehatan pada lanjut usia, perlu memperhatikan karakteristik pasien geriatri yang dapat mempengaruhi tampilan klinik, program penatalaksanaan yang diberikan termasuk pemberian obat, serta risiko penyulit yang potensial muncul. Status fungsional merupakan alat pemantauan yang sangat bermanfaat dalam menilai berat ringannya penyakit serta keberhasilan pengobatan.

a) Prinsip Pemberian Obat

Dimulai dari dosis rendah dan ditingkatkan secara bertahap sampai mendapatkan efek yang diinginkan (Start Low and Go Slow), kecuali pemberian antibiotik. Sedapat mungkin pasien jangan terlalu banyak mendapat obat; walau pun untuk istilah polifarmasi sendiri belum terdapat kesepakatan, namun setidaknya jika terdapat satu macam obat yang tidak tepat indikasi maka pengamatan terhadap efek merugikan sudah seharusnya dilakukan. Semakin banyak obat yang dikonsumsi

semakin tinggi pula risiko iatrogenic yang mungkin terjadi. Sering kali terjadi pasien menyampaikan keluhan subyektif yang ternyata merupakan efek samping dari obat-obat yang diberikan, sehingga dokter harus melakukan peninjauan berkala terhadap obat-obat yang dikonsumsi pasien.

b) Farmakokinetik

Farmakokinetik obat sangat besar pengaruhnya terhadap efek pengobatan pada pasien lanjut usia. Penurunan komposisi cairan tubuh dan peningkatan komponen lemak sentral akan mempengaruhi konsentrasi obat di organ sasaran. Untuk obat yang larut lemak (*lipofilik*) maka akan terlarut dan terikat lebih lama di jaringan (terutama susunan saraf pusat) sehingga memperpanjang waktu paruh; implikasi kliniknya adalah dosis obat *lipofilik* harus dijarangkan. Untuk obat yang larut air (*hidrofilik*) maka konsentrasinya di plasma akan meningkat sehingga dosis pemberian perlu diturunkan.

Metabolisme obat terjadi di hepar melalui jalur konyugasi atau oksidasi. Jalur oksidasi yang menggunakan enzim sitokrom P-450 akan mengalami penurunan aktivitas sejalan dengan penambahan usia. Sehingga obat-obat yang akan dimetabolisme melalui jalur ini perlu diperhatikan besaran dosisnya. Jalur konyugasi biasanya tidak mengalami penurunan aktivitas sejalan dengan pertambahan umur seseorang. Setelah dimetabolisme, obat akan diekskresikan melalui ginjal. Jumlah glomerulus dan faal ginjal akan mengalami penurunan secara bertahap sesuai dengan usia seseorang sehingga obat yang dikeluarkan hanya melalui ginjal mempunyai risiko akumulasi. Obat yang selain mempunyai jalur ekskresi ginjal dan juga hati (empedu) akan mempunyai risiko yang lebih rendah.

c) Farmakodinamik

Setelah obat masuk ke peredaran darah akan terikat pada albumin. Setiap obat mempunyai afinitas berbeda terhadap albumin. Semakin tinggi afinitasnya semakin rendah konsentrasinya di plasma dan semakin rendah ikatannya dengan albumin semakin tinggi kadar bebasnya di plasma. Hal ini akan mempengaruhi distribusi dan farmakodinamik atau efek obat di jaringan.

D. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK UNTUK LANJUT USIA DI PUSKESMAS

Layanan rehabilitasi medis dilaksanakan berangkat dari falsafah rehabilitasi medik, yaitu pendekatan medis, psikis, sosial dalam perawatan dan asuhan melalui berbagai teknik intervensi yang didesain untuk meningkatkan kemampuan fungsional pasien ataupun para penyandang cacat. Filosofi ini mengandung makna positif, bahwa kapasitas fungsional seseorang dapat dirancang, dibentuk, walau pada orang cacat ataupun Lanjut Usia sekalipun.

Ruang lingkup layanan rehabilitasi medik pada lanjut usia tidak terbatas hanya di rumah sakit, baik rawat inap ataupun rawat jalan. Namun dapat dikembangkan di rumah, di tempat kerja, di kegiatan komunitas, bahkan ditempat tidur ataupun dikursi roda. Karena setiap aktifitas organ tubuh yang dilakukan dengan baik dan terstruktur, mempunyai makna pelatihan bagi organ tubuh, dan memberi manfaat pengembalian fungsi organ. Layanan rehabilitasi medik bersifat komprehensif, menyentuh aspek medis, psikologis dan sosial. Pendekatannya sangat natural, sehingga mampu laksana bagi para Lanjut usia. Untuk menjamin kesinambungan layanan kesehatan bagi para lanjut usia, maka Puskesmas merupakan sarana kesehatan terdepan dan terdekat dengan masyarakat luas yang mampu melaksanakan layanan rehabilitasi medik primer.

1. Penilaian Potensi Rehabilitasi Pasien Lanjut Usia

Sebelum melakukan program rehabilitasi pada para lanjut usia, harus dilakukan penilaian kemampuan fungsional. Penilaian medis dilakukan seperti layaknya pemeriksaan pasien, yaitu anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan penunjang lainnya, sehingga dapat ditegakkan diagnosis anatomi dan diagnosis etiologi. Diagnosis fungsional diperoleh melalui pengamatan kemampuan fungsional pasien

Banyak perangkat penilaian fungsional pasien yang dapat dipakai secara umum, ataupun secara spesifik.

Dengan menegakkan diagnosis anatomi, etiologi dan fungsional, maka prognosis kemandirian dapat ditentukan untuk dijadikan target keberhasilan. Pada kenyataannya, pencapaian 75% dari target, merupakan keberhasilan tertinggi yang pernah dicapai oleh para Lanjut Usia

Potensi aktifitas fungsional pasien dinilai dari kemampuan pada 5 (lima) komponen dasar gerak, yaitu fleksibilitas otot sendi, kekuatan otot dan tulang, keseimbangan, koordinasi gerak dan endurans (daya tahan). Pada awalnya, kondisi ke lima komponen tersebut dinilai terlebih dahulu. Tahap berikutnya adalah menilai kemampuan fungsional dengan indeks barthel sebagaimana tercantum dalam Formulir 3 terlampir.

Tahap terakhir adalah menilai dan menentukan kemampuan pasien apakah mampu melakukan peran seperti sediakala.

Dari hasil penilaian seluruh potensi tersebut, dapat dilakukan:

- a) Rencana terapi latihan
- b) Menentukan pilihan terapi tepat guna
- c) Pemeliharaan kesinambungan terapi (dirumah, dikomunitas)
- d) Mencari alat bantu yang sesuai
- e) Meningkatkan tahap terapi, sampai mencapai target

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Program dan Hasil Rehabilitasi

Banyak alasan yang menyebabkan program rehabilitasi pada Lanjut Usia, berbeda dan lebih sulit dibandingkan dengan usia muda. Perbedaan ini meliputi 2 faktor yaitu

a) Faktor Usia

Biologis : terjadi perubahan pada :

- 1) Kekuatan otot
- 2) Fungsi jantung
- 3) Fungsi paru
- 4) Kapasitas aerobik
- 5) Kapasitas vital
- 6) Perubahan ortostatik
- 7) Tahanan perifer sistim vaskuler

Psikologis

- 1) Kelambatan proses belajar
- 2) Informasi harus diulang-ulang
- 3) Kepercayaan terhadap program rehabilitasi
- 4) Kepercayaan tentang penyembuhan
- 5) Percaya diri

b) Faktor Penyakit

Biologis

- 1) Penyakit majemuk
- 2) Sindroma dekondisi
- 3) Kontraktur
- 4) Interaksi penyakit
- 5) Polifarmasi
- 6) Disfungsi organ subklinik

Psikologis

- 1) Defisit kognisi
- 2) Depresi
- 3) Penampilan yang atipikal
- 4) Motivasi

Sosial "*social prejudice*"

- 1) Kurang pelayanan
- 2) Kurang asesibilitas
- 3) Masalah asuransi

Faktor-faktor tersebut diatas harus mampu dideteksi sejak dini, akan menjadi pertimbangan dalam menyusun program rehabilitasi medik.

3. Proses Rehabilitasi Medik

Proses rehabilitasi medik pada lanjut usia berbeda dibandingkan dengan usia muda, walaupun diagnosis sama. Perbedaan yang paling jelas adalah pada target pencapaian keberhasilan baik proses ataupun tingkat capaiannya. Pada Lanjut Usia umumnya target capaian lebih rendah, serta kecepatan langkah-langkah tahapan rehabilitasi umumnya lebih lambat.

a) Langkah 1

Upayakan agar masalah medis utama diatasi terlebih dahulu sampai pasien berada dalam keadaan stabil. Batasan kondisi stabil adalah keadaan umum dan tanda-tanda vital stabil. Untuk mencapai kondisi stabil pada Lanjut Usia, sering memerlukan waktu lama dan perlu pendekatan khusus, apalagi bila pasien ini menderita gangguan medik majemuk yang saling interaksi. Misalnya, kemampuan ambulasi adalah target pencapaian yang amat berat bagi pasien stroke Lanjut Usia.

Berjalan dengan hemiparese/plegi membutuhkan energi sangat lebih besar dibandingkan berjalan dengan dua tungkai normal. Untuk pasien stroke usia muda, mungkin tujuan ambulansi dapat dicapai lebih mudah, tidak demikian dengan pasien yang berusia 80 tahun. Kondisi stabil, menjadi landasan untuk mengawali program rehabilitasi medis secara intensif.

b) Langkah 2

Cegah komplikasi sekunder, karena komplikasi sekunder sangat sering terjadi pada pasien lanjut usia, seperti :

- 1) Malnutrisi
- 2) Gangguan kognisi
- 3) Kontraktur
- 4) Sindroma dekondisi
- 5) Depresi
- 6) Inkontinensia
- 7) Pneumonia
- 8) Dekubitus
- 9) Ketergantungan psikologis
- 10) Trombosis vena dalam

Resiko terjadinya komplikasi sekunder akan meningkat bila pasien inaktif atau imobilisasi. Oleh karena itu, upaya pencegahan komplikasi sekunder harus segera dilakukan dengan cara mobilisasi dini, baik secara pasif (dibantu penuh oleh orang lain), aktif asistif (pasien aktif ditambah dengan bantuan oleh orang lain) ataupun aktif (pasien melakukannya mandiri). Aktifitas mobilisasi dini meliputi kegiatan latihan lingkup gerak sendi, latihan perubahan posisi (miring, duduk, berdiri), latihan penguatan otot, latihan keseimbangan statis baik duduk ataupun berdiri. Semua latihan dilakukan secara bertahap, sesuai kondisi pasien.

c) Langkah 3

Tujuan untuk mengembalikan fungsi yang hilang. Sangat tergantung berapa besar kemampuan fungsional yang hilang, dan seberapa berat kondisi penyakitnya. Bila mungkin pasien kembali mampu berpakaian, jalan, aktif menolong diri dan bekerja, serta bersosialisasi. Hilangnya penyebab gangguan fungsi, bukanlah tujuan utama. Artinya walaupun penyebab

gangguan tak dapat dihilangkan, pasien tetap mampu mandiri atau beraktifitas dengan bantuan ringan.

d) Langkah 4

Latihan dilangkah ke 3, mengacu kepada masalah yang terjadi pada komponen dasar fisik (kekuatan, kelenturan, keseimbangan, koordinasi dan daya tahan jantung paru) dan tingkat penilaian fungsi aktifitas menggunakan *indeks barthel*. Adaptasi pasien kemampuan beradaptasi bagi pasien, agar mampu bersosialisasi dilingkungannya. Adaptasi bagi pasien meliputi adaptasi fisik, dengan bantuan berbagai jenis alat bantu (kursi roda, walker, tongkat dan lain-lain) adaptasi penyesuaian psikis dan adaptasi sosial.

e) Langkah 5 Adaptasi Lingkungan

Ciptakan lingkungan yang bersahabat untuk kemudahan pasien beraktifitas. Seandainya pasien secara fisik telah mampu ambulasi dengan walker, tetapi pintu rumah terlalu sempit untuk dilalui, dengan sendirinya kemandirian pasien tidak tercapai.

f) Langkah 6

Adaptasi keluarga. Hampir 85% aktivitas pasien dilakukan dirumah, dilingkungan keluarga. Tanpa dukungan keluarga, program rehabilitasi tak akan tercapai tujuannya. Tidak mudah bagi para Lanjut Usia , untuk mengubah cara hidup menyesuaikan dengan kondisi kecacatan. Mereka butuh waktu untuk mengerti, memahami, dan menerima kondisinya yang "berbeda". Dukungan positif dari keluarga menjadi dorongan semangat bagi pasien. Sangat diperlukan informasi dari tenaga medis/para medis untuk keluarga, agar keluarga tidak canggung untuk mendampingi pasien.

Pengawasan dan evaluasi pada setiap langkah, mutlak harus dikerjakan, dengan ketentuan :

- 1) Lakukan reevaluasi dan reprogram
- 2) Setiap kali, tentukan target baru, agar motivasi terjaga.
- 3) Target pencapaian merupakan kesepakatan dokter (dan tim) dengan pasien.

4. Pemilihan Program Terapi

Prinsip dasar program terapi adalah :

a) Tujuan Rasional

Tujuan disusun bertahap, mulai dari tujuan jangka pendek, tujuan jangka menengah dan tujuan jangka panjang. Target peningkatan kemampuan komponen dasar fisik dan indeks barthel, dapat dipakai sebagai tolok ukur.

b) Dosis latihan tepat, jelas dan aman menuju target pencapaian.

Sebagai pemantau latihan, senantiasa awasi : Nadi, tensi, frekuensi pernapasan, suhu, derajat nyeri, ekspresi wajah pasien.

Dosis latihan meliputi

1) Frekuensi gerak

2) Durasi (waktu) yang ditentukan,

3) Frekuensi latihan perhari atau perminggu.

c) Latihan dilaksanakan bertahap, perhatikan langkah-langkah proses program rehabilitasi.

d) Jenis latihan mampu laksana, mudah dan aman

e) Latihan dapat disesuaikan dengan kondisi pasien. Dapat sambil berbaring, sambil duduk bersandar, sambil duduk, sambil berdiri ataupun sambil berjalan. Sedapat mungkin, tiada hari tanpa latihan.

Keempat prinsip dasar tersebut diatas, dibagi porsinya baik untuk perawat, fisioterapi ataupun okupasi terapi dan keluarga pasien, sesuai kompetensi masing-masing.

5. Pengawasan Dan Evaluasi Program

Pelaksanaan rehabilitasi medis di puskesmas merupakan layanan rehab medis primer. Artinya, bila layanan perlu ditingkatkan, maka dapat dirujuk ke rumah sakit tingkat layanan sekunder atau tertier. Demikian pula sebaliknya, pasien dari layanan tertier atau sekunder, dapat melanjutkan pemeliharaan potensi aktifitas fungsionalnya di Puskesmas.

E. AKTIVITAS FISIK DAN LATIHAN FISIK PADA LANJUT USIA

Aktivitas fisik dan latihan fisik bagi lanjut usia perlu mendapat perhatian khusus, karena selain rentan dengan risiko penyakitnya juga rawan terhadap cedera. Bagi lanjut usia, kegiatan yang penting dilakukan berupa aktivitas fisik dan latihan fisik. Aktivitas fisik dapat dilakukan saat di rumah ataupun tempat rekreasi.

Latihan fisik yang dilakukan di Puskesmas perlu mendapat pengawasan dan dipandu oleh tenaga kesehatan yang terlatih. Latihan fisik harus bersifat baik, benar, terukur dan teratur. Bersifat baik jika latihan dilakukan secara bertahap. Setiap latihan dimulai dengan pemanasan, diikuti latihan inti dan diakhiri dengan pendinginan. Dilakukan dengan benar sesuai kondisi fisik dan penyakit yang dimiliki serta tidak menimbulkan dampak yang merugikan. Latihan dilakukan secara terukur sesuai dengan takaran denyut nadi latihan atau ada tidaknya keluhan subyektif saat melakukan latihan dan secara teratur sesuai dengan frekuensi latihan per minggu. Kegiatan ini dapat dilakukan secara berkelompok walau sarana penunjang yang tersedia terbatas.

Kegiatan latihan fisik yang telah dilakukan di Puskesmas sebaiknya dapat pula dilakukan secara mandiri di rumah sehingga menjadi perilaku sehari-hari sebagai bagian dari penerapan pola hidup bersih dan sehat.

1. Aktivitas Fisik

adalah setiap gerakan tubuh yang dapat meningkatkan pengeluaran tenaga atau energi. Contoh aktivitas fisik meliputi olahraga, membersihkan rumah, mencuci, berkebun, memasak, menyeterika, mencuci kendaraan, dan sebagainya. Olahraga adalah salah satu bentuk aktivitas fisik yang dilakukan secara terstruktur, terencana, dan berkesinambungan dengan mengikuti aturan-aturan tertentu dan bertujuan untuk meningkatkan kebugaran jasmani dan prestasi. Contoh olahraga meliputi sepakbola, bulutangkis, bola basket, tenis meja, dan sebagainya.

2. Latihan Fisik

adalah semua bentuk aktivitas fisik yang dilakukan secara terstruktur dan terencana, dengan tujuan untuk meningkatkan kebugaran jasmani. Contoh latihan fisik meliputi jalan kaki, jogging, stretching, latihan kekuatan otot, latihan keseimbangan, senam aerobik, bersepeda, dan sebagainya.

Kebugaran jasmani sebagai tujuan dari latihan fisik terdiri dari 2 (dua) komponen yaitu :

- a) Komponen yang berhubungan dengan kesehatan (*health related fitness*) :

Komponen yang berhubungan dengan kapasitas fungsional tubuh dalam menjaga kesehatan dan mencegah atau sebagai terapi penyakit. Komponen ini terdiri dari unsur-unsur :

- 1) daya tahan jantung paru
- 2) komposisi tubuh : Indeks Massa Tubuh
- 3) kelenturan (fleksibilitas)
- 4) kekuatan dan daya tahan otot.

Komponen ini sering disebut juga sebagai komponen dasar dari kebugaran jasmani

- b) Komponen yang berhubungan dengan kemampuan motorik (*Skill related fitness*)

Komponen yang berhubungan dengan kemampuan untuk beraktivitas fisik dan sangat diperlukan selain komponen yang berhubungan dengan kesehatan. Komponen ini terdiri dari unsur-unsur kelincahan, keseimbangan, koordinasi, kecepatan bergerak, daya ledak otot dan waktu/ kecepatan reaksi.

Bagi Lanjut Usia komponen kebugaran jasmani yang sangat penting adalah:

- 1) komposisi tubuh
- 2) kelenturan (fleksibilitas)
- 3) kekuatan dan daya tahan otot
- 4) daya tahan jantung paru
- 5) keseimbangan.

Jika tanpa adanya intervensi latihan fisik, fleksibilitas akan mulai berkurang saat usia 30 tahun dan berkurang 37 %nya saat usia 60 tahun. Daya tahan dan kekuatan otot mulai berkurang saat usia 30 tahun dan berkurang 45 %nya saat usia 60 tahun. Daya tahan jantung paru mulai berkurang saat usia 30 tahun dan berkurang 50%nya saat usia 65 tahun. Dengan melakukan aktivitas fisik dan latihan fisik atau olahraga yang baik, benar, terukur dan teratur diharapkan komponen-komponen tersebut dapat dipertahankan dengan bertambahnya usia atau percepatan penurunannya dikurangi.

Latihan fisik pada lanjut usia hanya dilakukan pada lanjut usia yang sehat atau dengan ketergantungan ringan sesuai skala Barthel.

Prinsip-prinsip latihan fisik yaitu perlu menerapkan prinsip latihan fisik yang baik, benar, terukur, dan teratur guna mencegah timbulnya dampak yang tidak diinginkan, yaitu:

- 1) Latihan fisik terdiri dari pemanasan, latihan inti dan diakhiri dengan pendinginan. Pemanasan dan pendinginan berupa peregangan dan relaksasi otot serta sendi yang dilakukan secara hati-hati dan tidak berlebihan.
- 2) Frekuensi latihan fisik dilakukan 3-5 x/minggu dengan selang 1 hari istirahat.
- 3) Latihan fisik dilakukan pada intensitas ringan-sedang dengan denyut nadi : $60 - 70 \% \times \text{Denyut Nadi Maksimal (DNM)}$. $\text{DNM} = 220 - \text{umur}$.
- 4) Latihan fisik dilakukan secara bertahap dan bersifat individual, namun dapat dilakukan secara mandiri dan berkelompok

Tahapan Latihan Fisik :

a) Pemanasan (*Warming Up*)

Berupa latihan fleksibilitas/kelentukan dan sering disebut sebagai *stretching*, sehingga digunakan sebagai gerakan awal atau bagian dari pemanasan sebelum akan melakukan latihan inti, dengan cara meningkatkan luas gerak sekitar persendian serta melibatkan tulang dan otot. Peregangan dilakukan: :

- 1) Secara perlahan sampai mendekati batas luasnya gerakan sendi, kemudian ditahan selama 8 hitungan dalam 10 detik dan akhirnya direlaksasikan;
- 2) Sampai terasa ada regangan yang cukup tanpa ada rasa nyeri.
- 3) Frekuensi 4 - 5 x/ minggu selama 10 -15 menit dengan melibatkan persendian dan otot-otot tubuh bagian atas, bagian bawah serta sisi kiri dan kanan tubuh;
- 4) Tanpa memantul
- 5) Bernapas secara teratur dan tidak dibenarkan untuk menahan napas.

b) Latihan Inti :

Terdiri dari latihan yang bersifat aerobik untuk daya tahan jantung-paru, latihan kekuatan otot untuk daya tahan dan kekuatan otot serta latihan keseimbangan.

1) Latihan daya tahan jantung-paru :

Latihan aerobik dilakukan berdasarkan frekuensi latihan fisik per minggu, mengukur intensitas latihan fisik dengan menghitung denyut nadi per menit saat latihan fisik. Frekuensi dilakukan 3 – 5 x /minggu selama 20 – 60 menit, dapat dilakukan dengan interval 10 menit.

(a) Senam aerobik 1 x / minggu (kelompok)

Dosis latihan disesuaikan dengan kemampuan sehingga denyut nadi latihan mencapai = 60 – 70 % DNM dan bersifat *low impact* (gerakan-gerakan yang dilakukan tanpa adanya benturan pada tungkai)

(b) Jalan cepat 2 x/minggu (secara kelompok 1x dan secara mandiri 1x)

Latihan dilakukan dengan kecepatan secara bertahap: (untuk usia \leq 60 thn)

Tabel 5. Tahapan latihan untuk usia \leq 60 tahun

Bulan ke-	Jarak (Km)	Waktu tempuh (menit)	Frekuensi per sesi latihan	Selang Waktu istirahat (menit)
I	1,6	25 – 30	1	-
II	1,6	25	2	15
III	1,6	25	2	10
IV	1,6	25	2	5
V	1,6	20	2	10
VI	1,6	20	2	5

Keterangan :

Contoh pada bulan ke II :

Jalan cepat 1,6 km dengan waktu tempuh 25 menit, dilakukan 2 x dengan selang waktu istirahat 15 menit. Istirahat dilakukan tidak dalam keadaan duduk, tetapi secara aktif yaitu sambil berjalan pelan atau menggerakkan lengan dan tungkai.

Untuk usia > 60 tahun menggunakan latihan fisik dengan jalan cepat selama 6 menit dengan menghitung jarak tempuh yang dilakukan secara bertahap.

Tabel 6. Tahapan latihan untuk usia > 60 tahun wanita

Jalan 6 menit Wanita	60-64 Thn	65- 69 Thn	70- 74 Thn	75- 79 Thn	80- 84 Thn	85- 89 Thn	90- 94 Thn
Bulan 1	450	400	350	300	250	200	150
Bulan 2	500	450	400	350	300	250	200
Bulan 3	550	500	450	400	350	300	250
Bulan 4	600	550	500	450	400	350	300
Bulan 5	650	600	550	500	450	400	350

Tabel 7. Tahapan latihan untuk usia > 60 tahun laki-laki

Jalan 6 menit Laki2	60 - 64 Thn	65 - 69 Thn	70 - 74 Thn	75 - 79 Thn	80 - 84 Thn	85 - 89 Thn	90 - 94 Thn
Bulan 1	500 m	450	400	350	300	250	200
Bulan 2	550 m	500	450	400	350	300	250
Bulan 3	600 m	550	500	450	400	350	300
Bulan 4	650 m	600	550	500	450	400	350
Bulan 5	700 m	650	600	550	500	450	400

2) Latihan Kekuatan Otot :

Latihan kekuatan otot dilakukan berdasarkan jumlah set dan pengulangan gerakan (repetisi) dengan atau tanpa adanya penambahan beban dari luar. Jenis latihan kekuatan otot dapat pula berupa latihan tahanan otot (*resistance training*). Latihan dilakukan 2 – 3 x/ minggu selama 10 – 15 menit , pada hari saat tidak melakukan latihan aerobik.

3) Latihan Keseimbangan :

Latihan keseimbangan dilakukan dengan melatih tubuh pada posisi tidak seimbang dengan atau tanpa menggunakan alat bantu (kursi). Latihan dilakuan 2 – 3 x/ minggu selama 10 – 15 menit, waktunya setelah latihan kekuatan otot.

c) Pendinginan (*warming down*) : 5 – 10 menit

Bentuk kegiatan prinsipnya sama dengan kegiatan pemanasan hanya dilakukan dengan perlahan dan pelepasan

Jenis latihan yang tidak dianjurkan yaitu latihan yang bersifat:

- 1) Lebih lama dari 60 menit
- 2) Menahan nafas
- 3) Memantul dan melompat
- 4) Latihan beban dengan beban dari luar
- 5) Mengganggu keseimbangan (berdiri di atas 1 kaki tanpa berpegangan atau tempat latihan tidak rata dan licin)
- 6) Hiperekstensi leher (menengadahkan kepala ke belakang)
- 7) Kompetitif atau dipertandingkan

Hal-hal yang perlu diperhatikan:

- 1) Umum :
 - (a) Perlu melakukan pemeriksaan kesehatan awal untuk mengetahui ada tidaknya kontra indikasi (*medical clearance*);
 - (b) Meminta persetujuan tertulis untuk mengikuti program latihan fisik dengan memberikan penjelasan yang sebaik-baiknya (*informed consent*);

- (c) Melakukan pemeriksaan secara teratur untuk mengetahui ada tidaknya kontra indikasi untuk latihan fisik;
 - (d) Gunakan tempat latihan dengan ventilasi dan cahaya yang cukup, permukaan yang rata dan tidak licin;
 - (e) Selain latihan inti, Lanjut Usia disarankan tetap melakukan latihan peregangan, kekuatan otot dan keseimbangan.
- 2) Persiapan latihan fisik :
- (a) Sebaiknya memakai pakaian olahraga yang tidak tebal, dapat menyerap keringat dan elastis agar pergerakan tidak terganggu (seperti: kaos, training pack)
 - (b) Sebaiknya gunakan sepatu olahraga yang cukup dan sesuai dengan jenis latihannya.
 - (c) Pola hidangan yang dianjurkan menjelang latihan fisik:
 - Minum secukupnya sebelum, selama; dan sesudah latihan
 - Sebaiknya makan dengan:
 - Hidangan lengkap 3-4 jam sebelum latihan
 - Makanan kecil/ringan seperti biskuit/ roti 2-3 jam sebelum latihan
 - Makan cair misalnya bubur, jus buah 1-2 jam sebelumnya
 - 30 menit sebelum latihan dianjurkan minum air saja

BAB IV KEGIATAN LUAR GEDUNG

A. PELAYANAN DI POSYANDU/PAGUYUBAN/PERKUMPULAN LANJUT USIA

Posyandu Lanjut Usia adalah suatu wadah pelayanan kepada lanjut usia di masyarakat dimana proses pembentukan dan pelaksanaannya dilakukan oleh masyarakat berdasarkan inisiatif dan kebutuhan masyarakat itu sendiri dan dilaksanakan bersama oleh masyarakat, kader, lembaga swadaya masyarakat, lintas sektor, swasta dan organisasi sosial dengan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif.

Jenis pelayanan yang dapat diberikan kepada lanjut usia di posyandu/paguyuban/perkumpulan lanjut usia sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan

- a) Pemeriksaan aktifitas kegiatan sehari-hari (*activity of daily living*) meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan, seperti makan/minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar/kecil dan sebagainya untuk menilai tingkat kemandirian lanjut usia.
- b) Pemeriksaan status mental
Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional dengan menggunakan pedoman metode 2 menit (lihat KMS Usia Lanjut).
- c) Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan dicatat pada grafik Indeks Masa Tubuh (IMT).
- d) Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
- e) Pemeriksaan laboratorium sederhana yang meliputi:
 - 1) Pemeriksaan hemoglobin
 - 2) Pemeriksaan gula darah sebagai deteksi awal adanya penyakit gula (diabetes melitus).
 - 3) Pemeriksaan adanya zat putih telur (protein) dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal.
 - 4) Pemeriksaan kolesterol darah
 - 5) Pemeriksaan asam urat darah
- f) Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas bila mana ada keluhan dan atau ditemukan kelainan pada pemeriksaan.

- g) Penyuluhan bisa dilakukan di dalam maupun di luar kelompok dalam rangka kunjungan rumah dan konseling kesehatan yang dihadapi oleh individu dan atau kelompok usia lanjut.
 - h) Kunjungan rumah oleh kader dan tenaga kesehatan bagi anggota kelompok Lanjut usia yang tidak datang, dalam rangka kegiatan perawatan kesehatan masyarakat (*home care*).
2. Pemberian makan tambahan (PMT) penyuluhan sebagai contoh menu makanan dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi lanjut usia serta menggunakan bahan makanan yang berasal dari daerah tersebut.
 3. Kegiatan olahraga antara lain senam usia lanjut, gerak jalan santai, dan lain sebagainya untuk meningkatkan kebugaran
 4. Kegiatan non kesehatan di bawah bimbingan sektor lain seperti:
 - a) Kegiatan kerohanian
 - b) Arisan
 - c) Kegiatan ekonomi produktif
 - d) Berkebun
 - e) Forum diskusi
 - f) Penyaluran hobi dan lain-lain

Untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan di posyandu lanjut usia, dibutuhkan sarana dan prasarana penunjang, antara lain :

1. Tempat kegiatan (gedung, ruangan atau tempat terbuka)
2. Meja dan kursi
3. Alat tulis
4. Buku pencatatan kegiatan (buku register bantu)
5. Kit usia lanjut, yang berisi timbangan dewasa, meteran pengukuran tinggi badan, stetoskop, tensimeter, peralatan laboratorium sederhana, termometer
6. Kartu menuju sehat (KMS) lanjut usia
7. Buku Pedoman Pemeriksaan Kesehatan (BPPK) Lanjut Usia

Pelaksanaan kegiatan di posyandu lanjut usia dapat dilakukan oleh kader kesehatan yang sudah dilatih, dengan tenaga teknis adalah tenaga kesehatan dari Puskesmas. Untuk memberikan pelayanan kesehatan yang prima di posyandu lanjut usia, kegiatan yang sebaiknya digunakan adalah sistem 5 tahapan (5 meja) sebagai berikut :

1. Tahap pertama: pendaftaran lanjut usia sebelum pelaksana pelayanan.
2. Tahap kedua: pencatatan kegiatan sehari-hari yang dilakukan usia lanjut, serta penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
3. Tahap ketiga: pengukuran tekanan darah, pemeriksaan kesehatan dan pemeriksaan status mental.
4. Tahap keempat: pemeriksaan air seni dan kadar darah (laboratorium sederhana)
5. Tahap kelima: pemberian penyuluhan dan konseling.

Untuk jelasnya mekanisme kegiatan sistem 5 tahapan, lihat matriks berikut ini.

Tabel 8. Kegiatan kesehatan di kelompok lanjut usia dengan sistem 5 meja/tahapan.

Tahap	Kegiatan	Sarana yang dibutuhkan	Pelaksana
I	Pendaftaran	<ul style="list-style-type: none">• Meja, kursi, Alat tulis• Buku registrasi & buku pencatatan kegiatan• KMS, BPKP lanjut usia	Kader
II	Pencatatan kegiatan sehari-hari. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan	<ul style="list-style-type: none">• Meja, kursi, Alat tulis• Buku registrasi & buku pencatatan kegiatan• KMS, BPKP lanjut usia• Timbangan• Meteran	Kader (IMT perlu bantuan petugas)
III	Pengukuran tekanan darah. Pemeriksaan kesehatan. Pemeriksaan status mental	<ul style="list-style-type: none">• Meja, kursi, Alat tulis• KMS• Stetoskop• Tensimeter• BPKP lanjut usia	Petugas (bisa dibantu kader)

Tahap	Kegiatan	Sarana yang dibutuhkan	Pelaksana
IV	Pemeriksaan laboratorium sederhana	<ul style="list-style-type: none">• Combur test	Petugas (bisa dibantu kader)
V	Penyuluhan dan Konseling	<ul style="list-style-type: none">• Meja, kursi• KMS, BPKP lanjut usia• Leaflet, Poster	Tenaga kesehatan

B. PERAWATAN LANJUT USIA DI RUMAH (*HOME CARE*)

1. Ruang lingkup pelayanan keperawatan lanjut usia di rumah meliputi:
 - a) Pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif bagi lanjut usia dalam konteks keluarga.
 - b) Melaksanakan pelayanan keperawatan langsung (*direct care*) dan tidak langsung (*indirect care*) serta penanganan gawat darurat.
 - c) Melaksanakan pendidikan kesehatan bagi lanjut usia dan keluarganya tentang kondisi kesehatan yang dialami Lanjut usia dan penanganannya.
 - d) Mengembangkan pemberdayaan lanjut usia, pengasuh dan keluarga dalam rangka meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik.

2. Program asuhan keperawatan lanjut usia di rumah

Program asuhan keperawatan lanjut usia di rumah ditujukan untuk memberikan pelayanan kesehatan pada pasien lanjut usia yang tidak mampu secara fungsional untuk mandiri di rumah namun tidak terdapat indikasi untuk dirawat di rumah sakit dan secara teknis sulit untuk berobat jalan di Puskesmas.

Program asuhan keperawatan lanjut usia di rumah bertujuan sebagai berikut :

- a) Mengatasi keluhan/gejala/respon klien terhadap penyakit.
- b) Mempertahankan kemandirian dan kemampuan klien berfungsi.
- c) Memberikan bimbingan dan petunjuk pengelolaan perawatan pasien di rumah.
- d) Membantu pasien dan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas sehari-hari.
- e) Identifikasi masalah keselamatan dan keamanan lingkungan Menyediakan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar klien dan keluarga.

- f) Identifikasi sumber yang ada di masyarakat untuk memenuhi kebutuhan klien/keluarga.
 - g) Mengkoordinir pemenuhan kebutuhan pelayanan klien.
 - h) Meningkatkan kemandirian keluarga dalam melaksanakan tugas pemeliharaan kesehatan anggota.
3. Kasus prioritas yang perlu dilakukan asuhan keperawatan di rumah antara lain:
- a) Lanjut usia dengan masalah kesehatan:
 - 1) Penyakit degeneratif
 - 2) Penyakit kronis
 - 3) Gangguan fungsi atau perkembangan organ
 - 4) Kondisi paliatif
 - b) Lanjut usia risiko tinggi dengan faktor resiko usia atau masalah kesehatan
 - c) Lanjut usia terlantar
 - d) Lanjut usia pasca pelayanan rawat inap (hospitalisasi)
4. Proses asuhan keperawatan lanjut usia di rumah sebagai berikut:
- a) Pengkajian :

Dalam melakukan pengkajian kondisi kesehatan dan kebutuhan dasar lanjut usia, aspek yang perlu di kaji :

 - 1) Riwayat kesehatan lanjut usia dan riwayat kesakitan serta upaya penanggulangan yang telah dilakukan (status medik pasca-rawat dan status fungsional)
 - 2) Status kesehatan fisik, biologis, dan fisiologis yang terjadi pada Lanjut usia
 - 3) Fungsi kognitif lanjut usia
 - 4) Aktifitas sosial dan kehidupan sehari-hari
 - 5) Status kesehatan mental lanjut usia
 - 6) Konsumsi makanan dan cairan
 - 7) Sumber daya dan dukungan keluarga
 - (a) penggunaan perlengkapan rumah tangga.
 - (b) kondisi keamanan lingkungan rumah (tangga, bebatuan, licin, undakan, kompor, kondisi kamar mandi, pegangan)
 - (c) emosional pelaku rawat.
 - (d) dukungan keluarga/pelaku rawat

- 8) Struktur dan fungsi serta tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan

Melakukan pengkajian kebutuhan pelayanan keperawatan serta potensi lanjut usia/keluarga didasarkan pada :

- 1) Kondisi fisik lanjut usia untuk menentukan tindakan yang diperlukan, seperti pemasangan infus, pemberian oksigen, terapi fisik, atau perlu peralatan lain
- 2) Kondisi psikologis dan kognitif lanjut usia untuk menentukan kebutuhan dukungan emosional
- 3) Status sosial ekonomi keluarga untuk menentukan kebutuhan dan kemampuan mengakses pelayanan kesehatan
- 4) Pola perilaku dan ADL lanjut usia terkait dengan program diet, penggunaan obat, istirahat dan latihan, untuk menentukan apakah perlu rujukan atau pelayanan kesehatan lainnya
- 5) Menentukan kebutuhan akan pelayanan keperawatan sesuai kondisi pasien dan sumber yang tersedia.

b) Merumuskan Masalah/Diagnosis Keperawatan

Berbagai Kemungkinan Masalah Keperawatan Pada Individu Lanjut Usia

- 1) Kurang pengetahuan (*knowledge deficit*)
- 2) Kurang perawatan diri (*self care deficit*)
- 3) Perubahan proses pikir (*confuse*, demensia)
- 4) Keterbatasan/gangguan mobilitas fisik
- 5) Penurunan kemampuan aktifitas (*activity intolerance*)
- 6) Gangguan integritas kulit
- 7) Gangguan kenyamanan
- 8) Tidak efektifnya fungsi pernapasan
- 9) Gangguan eliminasi konstipasi, inkontinensia urine inkontinensia *urine/bowel*
- 10) Kehilangan/ penurunan sensori
- 11) Depresi, isolasi sosial
- 12) Abuse dan neglect (*drug*, alkohol)
- 13) Penyakit kronis (penyakit jantung, penyakit paru, hipertensi, DM)
- 14) *Communicable diseases* (pnemonia, influenza)

Masalah Keperawatan Pada Keluarga Dengan Lanjut Usia:

- 1) Kurang mampu mengenal masalah kesehatan yang dialami lanjut usia
 - 2) Kurang mampu memutuskan tindakan yang tepat bagi lanjut usia
 - 3) Kurang mampu merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan lanjut usia
 - 4) Kurang mampu memodifikasi lingkungan yang dapat mendukung kesehatan lanjut usia
 - 5) Kurang mampu memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia untuk mengatasi masalah kesehatan lanjut usia
- c) Menentukan Tindakan/Intervensi Keperawatan
- 1) Menyusun rencana pelayanan keperawatan (bersama Lanjut usia, keluarga)
 - (a) Menentukan tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan masalah/ diagnosa keperawatan yang ditetapkan
 - (b) Menyeleksi sumber-sumber yang tersedia di keluarga dan masyarakat sesuai kebutuhan lanjut usia
 - (c) Menentukan rencana kunjungan (jadwal kunjungan) yang berisi waktu, frekuensi dan petugas yang akan melakukan kunjungan rumah
 - 2) Koordinasi dengan Tim untuk menyelenggarakan tindakan yang telah direncanakan.
 - (a) Memberikan informasi kepada lanjut usia dan keluarga tentang tindakan atau pelayanan keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan kebutuhannya
 - (b) Membuat perjanjian (kesepakatan) dengan pasien dan keluarga tentang tenaga kesehatan yang akan memberikan pelayanan dan jenis pelayanannya
 - (c) Mengkoordinasikan rencana tindakan/intervensi keperawatan kepada tim yang bersangkutan sesuai jadwal kunjungan
 - (d) Melakukan rujukan sesuai kondisi lanjut usia, keterjangkauan pelayanan dan sumber-sumber yang tersedia

- d) Menetapkan Tujuan pelayanan keperawatan keluarga dengan lanjut usia di rumah
- 1) Individu lanjut usia diharapkan :
 - (a) Terpenuhi kebutuhan fisiologi oksigen, makan, minum, eliminasi, aktifitas sehari-hari
 - (b) Dapat beradaptasi dengan perubahan kesehatan yang terjadi pada dirinya
 - (c) Merasa nyaman dan aman dengan kondisi lingkungannya
 - (d) Mampu mempertahankan kemandirian dan berfungsi optimal dalam melakukan aktifitas sehari-hari
 - 2) Keluarga dengan lanjut usia diharapkan dapat :
 - (a) Mengenal masalah kesehatan yang dialami lanjut usia
 - (b) Merawat anggota keluarga lanjut usia dengan masalah kesehatan.
 - Mengatasi keluhan/gejala/respon klien terhadap penyakit
 - Menyediakan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar klien
 - Mengkoordinir pelaksanaan intervensi kesehatan bagi lanjut usia
 - (c) Mengidentifikasi masalah keselamatan dan memodifikasi lingkungan yang dapat mendukung kesehatan lanjut usia
 - (d) Mengidentifikasi dan memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia untuk mengatasi masalah kesehatan lanjut usia
- e) Menentukan strategi intervensi keperawatan lanjut usia di rumah
- 1) Strategi Intervensi Pencegahan Primer
Upaya Pencegahan Primer mencakup :
 - (a) Pemenuhan kebutuhan nutrisi
 - Pendekatan Kesehatan Tentang kebutuhan nutrisi
 - Menunjang Intake kebutuhan energi adekuat
 - Anjurkan diet tinggi : Ca, Fe, Vit A, B, C dan serat serta rendah lemak
 - Mempertahankan hidrasi

- (b) Pemeliharaan higiene
 - Mandi teratur menggunakan sabun Mild
 - Gunakan lotion mencegah kulit kering
 - Pertahankan oral higiene (sikat gigi teratur)
 - Perawatan rambut : Sampho, Sisir teratur
 - Hindarkan tangan lama terendam air
- (c) Menjaga Keselamatan dan keamanan
 - Gunakan topi saat terik matahari
 - Gunakan sepatu/sandal ukuran pas
 - Sediakan penerangan yg adekuat
 - Tempatkan furnitur sehingga dapat menghindarkan jatuh
 - Berikan pengaman pada peralatan listrik
 - Sediakan pengaman dikala lanjut usia beraktifitas
 - Menunjang ventilasi dan kehangatan udara di rumah yg adekuat
 - Sediakan kunci pintu dan cendela, jaga mobil tetap terkunci
 - Sertakan pendamping saat menyeberang jalan
 - Menunjang kemampuan koping keluarga
- (d) Pemenuhan kebutuhan istirahat dan latihan/ olah raga
 - Anjurkan olahraga ringan secara teratur
 - Atur aktifitas lanjut usia untuk mengakomodasi pemenuhan kebutuhan istirahat
- (e) Mempertahankan kemandirian lanjut usia
 - Sediakan dukungan yang memungkinkan klien hidup mandiri
 - Anjurkan anggota keluarga mendukung kemandirian lanjut usia
 - Libatkan lanjut usia dalam merencanakan pemeliharaan kesehatannya
- (f) Menata pola hidup dan persiapan menghadapi kematian
 - Bantu lanjut usia mendiskusikan kematian bersama anggota Keluarga

2) Strategi Intervensi Pencegahan Sekunder

Tindakan Pencegahan sekunder dilakukan jika telah terjadi masalah kesehatan akibat adanya proses penuaan. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah atau membatasi kemungkinan terjadinya perluasan masalah dan ketidakmampuan. Tindakan pencegahan sekunder mencakup upaya deteksi dini kemungkinan adanya masalah akibat proses penuaan dan berupaya melakukan penanggulangan secara tepat jika ditemukan adanya masalah.

Berbagai tindakan pencegahan sekunder bagi lanjut usia

- (a) Pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari lanjut usia.
- (b) Melakukan Pemantauan secara teratur dan deteksi dini kemungkinan adanya gangguan kulit, eliminasi, pergerakan/ mobilisasi
- (c) Melakukan rujukan secara tepat sesuai masalah yang ditemukan dan kebutuhan pasien
- (d) Melakukan intervensi keperawatan secara tepat sesuai masalah kesehatan yang ditemukan
- (e) Bantu klien mendapatkan alat bantu sesuai kebutuhan misal kursi roda untuk mobilisasi, gigi palsu untuk mengunyah, kaca mata untuk penglihatan dll.
- (f) Kolaborasi dengan keluarga untuk menghilangkan faktor yang membahayakan di lingkungan dan penggunaan pengaman
- (g) Persiapan bantuan dari care giver sesuai kebutuhan dan sumber yang tersedia
- (h) Menata pola hidup dan persiapan menghadapi kematian

3) Strategi Intervensi pencegahan tersier

Tindakan pencegahan tersier difokuskan pada pencegahan komplikasi penyakit dan atau mencegah kambuh serta upaya pemulihan. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah terjadinya kecacadan atau ketergantungan

terhadap lingkungan. Tindakan pencegahan tersier tergantung dari masalah yang dialami klien (lanjut usia) dan tindakan pencegahan tersier untuk beberapa masalah hampir sama dengan tindakan pencegahan sekunder.

Berbagai tindakan pencegahan tersier bagi lanjut usia

- (a) Hindarkan tekanan pada kulit waktu lama, dan hindarkan tidur dengan kaki menyilang, penggunaan warna yang menyilaukan
- (b) Anjurkan penggunaan baju longgar dan sepatu pas, mengenali waktu untuk eliminasi dan biasakan defekasi dan miksi teratur, olah raga ringan secara teratur
- (c) Ajarkan *Kegel Exercise* dan bantu melakukan *Bladder Training*
- (d) Gunakan multi sensori saat berkomunikasi atau memberikan edukasi bagi lanjut usia
- (e) Lakukan prinsip-prinsip orientasi realita, anjurkan klien *ekpress feeling*
- (f) Bantu lanjut usia membangun jaringan sosial support
- (g) Rujuk ke tempat-tempat ibadah atau kelompok pembinaan lanjut usia
- (h) Bantu *caregiver* mengembangkan strategi koping yang positif, dan lakukan supervise untuk lanjut usia dengan masalah depresi, *confuse*
- (i) Hilangkan faktor yang membahayakan di lingkungan

C. PELAYANAN DI PANTI LANJUT USIA

Panti lanjut usia/panti werdha/panti jompo adalah suatu tempat perkumpulan para lanjut usia yang di rawat dan diberi fasilitas serta pelayanan yang memadai.

Puskesmas yang dalam wilayah kerjanya memiliki panti werdha/panti jompo/panti lanjut usia haru melakukan pembinaan dan pelayanan kesehatan secara berkala ke panti tersebut.

Kunjungan ke panti dilakukan minimal 1 kali dalam sebulan. Kegiatan yang dilakukan pada saat kunjungan di panti adalah:

1. Penyuluhan kesehatan
2. Senam/latihan fisik

3. Pemeriksaan kesehatan untuk deteksi dini penyakit
4. Pemeriksaan laboratorium sederhana
5. Pengobatan
6. Konseling
7. Rujukan apabila ada lanjut usia yang sakit dan tidak bisa ditangani di Puskesmas

Disamping kunjungan rutin satu bulan sekali, Petugas Puskesmas dapat melakukan kunjungan sewaktu-waktu ke Panti apabila diminta oleh pengelola panti sesuai dengan program/kegiatan yang disusun oleh pengelola panti

BAB VI SUMBER DAYA

Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan lanjut usia yang berkualitas dan paripurna di Puskesmas perlu didukung oleh ketersediaan sumberdaya manusia, bangunan dan prasarana, dan peralatan.

A. SUMBERDAYA MANUSIA (SDM)

SDM yang dibutuhkan minimal :

1. Dokter
2. Dokter gigi
3. Perawat
4. Tenaga gizi
5. Tenaga kesehatan masyarakat, diutamakan tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku

Sebaiknya tenaga di atas sudah mendapatkan pelatihan teknis pelayanan kesehatan lanjut usia di Puskesmas.

SDM lain yang dibutuhkan adalah:

1. Tenaga keterampilan fisik
2. Kader
3. Pekerja Sosial yang sudah dilatih gerontologi
4. Psikolog

B. BANGUNAN DAN PRASARANA

1. Ruangan

Dalam pengembangan pelayanan kesehatan lanjut usia di Puskesmas sebaiknya ruangan yang dipersiapkan adalah:

a) Ruangan Pendaftaran

Pendaftaran lanjut usia sebaiknya terpisah dengan pasien umum, tetapi bila tidak memungkinkan, dapat digabung dengan pasien umum dengan syarat pasien lanjut usia didahulukan dengan memberi label dan tempat khusus bagi pasien lanjut usia.

b) Ruangan Tunggu

Sebaiknya ruang tunggu untuk pasien Lanjut Usia berada di dekat ruangan pemeriksaan, dengan tempat duduk khusus yang aman dan nyaman bagi lanjut usia

c) Ruang Pemeriksaan

Pemeriksaan dan konsultasi bagi pasien Lanjut Usia sebaiknya dilakukan di ruangan khusus untuk lanjut usia, tapi bila tidak memungkinkan dilakukan di ruangan pemeriksaan umum dengan mendahulukan lanjut usia

d) Ruang untuk Kegiatan Lanjut Usia

Ruangan ini digunakan sebagai tempat :

- 1) Latihan fisik/ senam Lanjut Usia
- 2) Latihan fisik sesuai kebutuhan individu/kelompok
- 3) Terapi okupasi sesuai kebutuhan individu/kelompok
- 4) Pemberian makanan tambahan
- 5) Penyuluhan kesehatan
- 6) Sosialisasi dan aktivitas bermanfaat menstimulasi kognitif (*day care*)

Apabila tempat tidak memungkinkan maka kegiatan lanjut usia dapat menggunakan ruangan rapat, ruangan promosi kesehatan atau di halaman Puskesmas.

e) WC/Toilet khusus Lanjut Usia

Perlu dibuatkan WC dengan fasilitas khusus bagi lanjut usia yaitu:

- 1) Menggunakan WC duduk, jika perlu dengan peninggian.
- 2) Lantai tidak licin dan tidak timbul genangan
- 3) terdapat pegangan di dinding WC/toilet
- 4) Dilengkapi dengan bel
- 5) pintu membuka keluar

Semua ruangan tersebut sebaiknya memenuhi syarat dari segi keamanan, keselamatan, kesehatan, kenyamanan, dan kemudahan bagi lanjut usia yaitu :

- a) Ruang mudah dijangkau, nyaman dan aman misalnya ada di lantai satu
- b) Aliran udara / ventilasi optimal
- c) Sinar matahari dapat memasuki ruangan dengan baik (pencahayaan cukup)
- d) Pintu masuk cukup lebar untuk kursi roda
- e) Lantai rata, mudah dibersihkan, dan tidak licin. Bila terdapat perbedaan tinggi lantai yang kecil (undakan) harus dengan warna ubin yang berbeda agar jelas terlihat

- f) Jika terdapat perbedaan tinggi lantai (elevasi), disediakan ramp dengan pegangan di dinding
- g) Koridor atau selasar dilengkapi dengan pegangan (handrail) pada dinding.

Prasarana/utilitas bangunan secara umum mengikuti standar prasarana/utilitas di Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

C. PERALATAN

Pada umumnya peralatan yang dibutuhkan meliputi peralatan untuk pemeriksaan, terapi, latihan dan penyuluhan.

Selain peralatan yang harus ada di puskesmas, peralatan khusus yang diperlukan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjut usia adalah:

1. Pengukur tinggi lutut (*kneemometer*)
2. Lanjut usia kit
3. Media KIE untuk lanjut usia
4. Instrumen/Form:
 - a) *Activity Daily Living* (ADL)
 - b) *Geriatric Depression Scale* (GDS)
 - c) *Mini Mental State Examination* (MMSE)
 - d) *Abbreviated Mental Test* (AMT)
 - e) *Mini Nutritional Assesment* (MNA)
 - f) Indeks Massa Tubuh (IMT) /KMS Lanjut Usia
 - g) Lembaran catatan asupan makanan
 - h) KMS lanjut usia
 - i) Buku pemantauan kesehatan lanjut usia

Instrumen/form *Activity Daily Living* (ADL), *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Abbreviated Mental Test* (AMT), dan *Mini Nutritional Assesment* (MNA) tercantum dalam formulir 3 sampai dengan formulir 7 terlampir.

Peralatan di ruang kegiatan lanjut usia terdiri atas:

1. Meja bundar dan beberapa kursi
2. Meja dan kursi makan
3. *Pantry* sederhana
4. Perlengkapan terapi okupasi

5. Paralel bar
6. Kursi roda
7. Matras
8. Cermin
9. Walker
10. Tripod/Quadripod
11. Meja periksa
12. Food Model

Peralatan untuk fisioterapi terdiri atas:

1. Paralel bar : palang sejajar untuk latihan jalan.
2. Alat bantu jalan, kursi roda, walker, bermacam-macam jenis tongkat
3. Tempat tidur exercise : Tempat tidur latihan yang berukuran 1,2 m x 2 m dengan tinggi 0,6 m, beralaskan matras
4. Kursi : setinggi kursi makan dengan dudukan lengan dan harus kokoh.

Peralatan untuk terapi okupasi terdiri atas:

1. Perlengkapan furniture inti berupa meja, kursi makan dan lain-lain
2. Alat kebutuhan aktifitas sehari-hari berupa alat makan, alat mandi, alat berdandan, dan lain-lain
3. Alat latihan motorik halus dan terampil (*fine movement dexterity*) misalnya congklak dan lain-lain
4. Alat latihan keseimbangan, misalnya tongkat

Peralatan yang diperlukan untuk senam lanjut usia terdiri atas:

1. Alat pemeriksaan dokter sesuai standar Puskesmas
2. Timbangan berat badan dan pengukur tinggi badan
3. Kursi 4 – 6 buah
4. *Rubber band* atau lembar ban karet atau ban dalam sepeda
5. *Dumble* 0,5 – 1 Kg atau botol mineral 600 cc
6. *Stop watch* atau jam penunjuk waktu
7. Meteran rol 30 meter
8. Audio visual untuk senam lanjut usia
9. Pengeras suara

BAB VI KOORDINASI LINTAS PROGRAM DAN LINTAS SEKTOR

A. KOORDINASI LINTAS PROGRAM

Koordinasi lintas program sangat penting untuk mencapai lanjut usia yang sehat, mandiri dan aktif. Lanjut usia sehat, aktif dan mandiri perlu dipersiapkan sejak dini melalui pendekatan siklus hidup yang sudah dimulai semenjak janin dalam kandungan, bayi, anak, remaja, dewasa sampai menjadi lanjut usia.

Proses penuaan adalah proses yang alamiah dan normal. Proses penuaan tersebut akan menjadi penuaan sehat atau penuaan sakit dipengaruhi oleh banyak faktor dan kondisi kesehatan sejak janin. Penurunan faktor risiko berhubungan dengan penyakit atau kondisi kesehatan yang sudah dimulai semenjak seseorang masih dalam kandungan, balita, anak-remaja, dan usia dewasa, sehingga diperlukan berbagai upaya untuk mempertahankan kesehatan selama siklus kehidupan seseorang.

Hal-hal yang perlu diperhatikan sepanjang siklus kehidupan untuk mencapai lanjut usia sehat adalah

1. Peningkatan kesehatan dengan perilaku hidup sehat mulai ketika ibu mengalami kehamilan sampai lanjut usia.
2. Identifikasi faktor risiko (lingkungan dan perilaku) yang diikuti tindakan pencegahan .
3. Pencegahan penyakit dengan imunisasi, deteksi dini faktor risiko serta pengendalian lingkungan.
4. Segera mencari pertolongan bila sakit atau mengalami gangguan kesehatan
5. Mengidentifikasi berbagai faktor resiko yang akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang sejak dalam kandungan sampai lanjut usia dan mengupayakan pencegahan dan penatalaksanaannya seoptimal mungkin
6. Pendekatan yang dilakukan berhubungan dengan kesehatan fisik, kejiwaan dan psiko-sosial.
7. Pencegahan dan intervensi dini agar kecacatan akibat berbagai hal dapat ditunda sampai selanjut mungkin sehingga individu tersebut dapat aktif, sehat, produktif dan sukses dalam kehidupannya

Pelayanan kepada lanjut usia dilakukan secara terintegrasi dengan lintas program:

1. kesehatan jiwa
2. keperawatan kesehatan masyarakat
3. kesehatan gigi dan mulut
4. kesehatan inteligensia
5. gizi
6. kesehatan tradisional alternatif dan komplementer
7. kesehatan olah raga
8. promosi kesehatan
9. dan lain-lain

B. KOORDINASI LINTAS SEKTOR

Upaya pembinaan dan pelayanan kesehatan lanjut usia memerlukan penanganan terpadu melalui peningkatan kemitraan dengan lintas sektor, lembaga swadaya masyarakat serta partisipasi aktif dari masyarakat. Kemitraan dilakukan dengan kesepakatan bersama tentang tanggung jawab masing-masing sesuai dengan bidang dan kemampuan masing-masing, dengan prinsip kesetaraan dan keterbukaan sehingga hasil yang dicapai menjadi lebih optimal.

Untuk memudahkan dalam pelaksanaan kemitraan ini dapat dibentuk kelompok kerja tetap pembinaan lanjut usia di tingkat kecamatan yang terdiri dari unsur lintas sektor, lembaga swadaya masyarakat, generasi muda, tokoh masyarakat, dan lain-lain.

Kelompok kerja pembinaan lanjut usia di kecamatan ini bertugas :

1. Melakukan koordinasi pada setiap kesempatan dalam upaya pembinaan lanjut usia
2. Mendorong terbentuknya kelompok/posyandu lanjut usia di masyarakat
3. Memantau permasalahan lanjut usia dimasyarakat dan memberi masukan kepada pelaksana program

Di tingkat desa/kelurahan dapat dibentuk tim pelaksana pembinaan lanjut usia dengan anggota yang berasal dari aparat pemerintahan desa, organisasi sosial kemasyarakatan, tokoh agama, tokoh masyarakat, PKK, kader kesehatan, dan lain-lain.

Tim pelaksana pembinaa lanjut usia di kelurahan/desa bertugas:

1. Memfasilitasi pelaksanaan kegiatan Posyandu Lanjut Usia
2. Melakukan kegiatan-kegiatan sosial kemasyarakatan
3. Memfasilitasi kegiatan olah raga/senam
4. Menjadi penghubung antara masyarakat dengan petugas di puskesmas/kecamatan

BAB VII
PENUTUP

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjut usia di Puskesmas merupakan pelayanan kepada pra lanjut usia dan lanjut usia yang dilakukan secara komprehensif dengan pendekatan holistik yang diberikan kepada lanjut usia sakit maupun lanjut usia yang sehat agar tetap bisa mempertahankan kondisi kesehatannya secara optimal.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjut usia di Puskesmas sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri ini menjadi panduan atau acuan bagi petugas Puskesmas dalam melakukan pelayanan kesehatan lanjut usia di Puskesmas. Oleh karena itu, setiap Puskesmas menyesuaikan dengan ketentuan yang terdapat dalam Peraturan Menteri ini dan dapat mengembangkannya sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada di Puskesmas dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

CONTOH INSTRUMEN MONITORING EVALUASI
PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA DI PUSKESMAS

Puskesmas :
Kabupaten :
Provinsi :
Bulan :
Tahun :

NO	INDIKATOR	CAPAIAN	KETERANGAN
I	INPUT		
1	Jumlah petugas terlatih a. Dokter b. Perawat c. Tenaga kesehatan lain		
2	Ketersediaan dana untuk kegiatan kesehatan usia lanjut		
3	Ketersediaan sarana a. KMS b. Buku pemantauan kesehatan lansia c. Usila KIT d. Sarana lainnya		
4	Jumlah kelompok lanjut usia yang ada		
5	Jumlah kader kesehatan lanjut usia yang aktif.		
II	PROSES		
1	Frekuensi penyuluhan kesehatan berkala		
2	Frekuensi kegiatan deteksi dini kesehatan lanjut usia		
3	Frekuensi kegiatan konseling kesehatan lanjut usia		
4	Frekuensi kegiatan senam kebugaran jasmani lanjut usia		

NO	INDIKATOR	CAPAIAN	KETERANGAN
5	Frekuensi pertemuan koordinasi dan kemitraan		
6	Jumlah pasien geriatri yang dirujuk		
7	Jumlah kelompok lansia yang dibina		
8	Frekuensi pembinaan ke Panti Werda		
9	Pencatatan dan pelaporan ada/tidak		
III	OUTPUT		
1	Persentase cakupan pelayanan kesehatan lanjut usia		
2	Persentase lanjut usia yang dirujuk ke rumah sakit		
3	Persentase kelompok/posyandu lanjut usia yang dibina		
4	Persentase lanjut usia yang mandiri		
5	Persentase lanjut usia yang menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional		

PERHITUNGAN KEBUTUHAN ENERGI
BERDASARKAN *RULE OF THUMB*

Kebutuhan Energi (Kalori) 25-30 kalori/kgBB

1. BB ideal yang dipergunakan apabila seseorang termasuk katagori obes.
2. BB ideal (≥ 40 tahun) : $(TB-100) \times 1$ Kg
3. BB aktual yang dipergunakan apabila seseorang termasuk katagori non obes.
4. BB \uparrow : 25 Kalori/kg BB aktual
5. BB normal: 30 Kalori/kg BB aktual.

PENILAIAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL) DENGAN
INSTRUMEN INDEKS BARTHEL MODIFIKASI

- 1) BAB (dalam 1 minggu)
 - 0 = inkontinens (atau butuh diberikan pencahar)
 - 1 = terkadang BAB tanpa sengaja (1x/mgg)
 - 2 = kontinens

Jika memerlukan pencahar dari perawat, maka termasuk “inkontinens”

- 2) BAK (dalam 1 minggu)
 - 0 = inkontinens atau dikateterisasi atau tidak dapat mengatur
 - 1 = terkadang BAK tanpa sengaja (maksimal 1x dalam 24 jam)
 - 2 = kontinens (selama lebih dari 7 hari)

Terkadang = kurang dari 1x/hari

Pasien yang dapat melakukan kateterisasi secara mandiri dimasukkan dalam golongan kontinens

- 3) Kebersihan pribadi (dalam 24-48 jam)
 - 0 = membutuhkan pertolongan
 - 1 = mandiri untuk membersihkan wajah, menyisir, sikat gigi dan bercukur (atau boleh disiapkan oleh perawat)

- 4) Menggunakan toilet
 - 0 = bergantung
 - 1 = membutuhkan sedikit bantuan, tapi dapat melakukan sendiri
 - 2 = mandiri (dapat melepas dan memakai celana sendiri, dan membersihkan setelah BAB)

- 5) Makan
 - 0 = tidak mampu melakukan sendiri
 - 1 = membutuhkan sedikit bantuan, tapi dapat melakukan sendiri
 - 2 = mandiri (makanan disediakan dalam jangkauan pasien). Mampu makan semua jenis makanan (tidak hanya yang lunak). Makanan dimasak dan disajikan oleh orang lain tapi tidak dibantu memotong.

6) Transfer

0 = tidak mampu, tidak ada balans duduk

1 = membutuhkan bantuan besar (butuh 1 atau 2 orang, fisik), dapat duduk

2 = membutuhkan bantuan kecil (secara verbal atau fisik)

3 = mandiri

Tidak mampu = tidak ada balans duduk (tidak mampu duduk); perlu 2 orang untuk mengangkat

Bantuan besar = satu orang yang kuat/terlatih, atau 2 orang biasa. Dapat berdiri

Bantuan kecil = satu orang dengan mudah, atau hanya butuh supervisi untuk keamanan saja

7) Mobilitas

0 = tidak dapat bergerak

1 = mandiri dengan kursi roda

2 = berjalan dibantu 1 orang (secara verbal atau fisik)

3 = mandiri (boleh menggunakan alat bantu, seperti tongkat)

8) Berpakaian

0 = bergantung

1 = membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan separuh kegiatan tanpa dibantu

2 = mandiri (termasuk mengancing, resleting, mengikat, dan lain-lain)

Separuh : membutuhkan bantuan untuk mengancing, resleting, dan lain-lain

9) Naik turun tangga

0 = tidak mampu

1 = membutuhkan bantuan (verbal, fisik)

2 = mandiri naik dan turun

Naik dan turun tangga dengan alat bantu termasuk mandiri

10) Mandi

0 = bergantung

1 = mandiri (atau dengan shower)

REKAPITULASI :

Mengendalikan rangsang BAB	:	
Mengendalikan rangsang BAK	:	
Kebersihan Pribadi (seka, sisir, sikat gigi)	:	
Penggunaan toilet (in/out, lepas/pakai celana, siram)	:	
Makan	:	
Transfer	:	
Mobilisasi = ambulasi	:	
Mengenakan pakaian	:	
Naik turun anak tangga	:	
Mandi	:	
Total	:	

INTERPRETASI:

Setelah didapat total angka, maka dapat disimpulkan:

- Total angka 0-4 = Ketergantungan penuh
- Total angka 5-8 = Ketergantungan berat
- Total angka 9-12 = Ketergantungan sedang
- Total angka 13-17 = Ketergantungan ringan
- Total angka 18-20 = Mandiri

INSTRUMEN SKALA DEPRESI PADA LANSIA
(*GERIATRIC DEPRESSION SCALE/GDS*)

Pilihlah jawaban yang paling tepat, yang sesuai dengan perasaan pasien/responden dalam dua minggu terakhir:

1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	YA	TIDAK
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	YA	TIDAK
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	YA	TIDAK
4	Apakah anda sering merasa bosan?	YA	TIDAK
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	YA	TIDAK
6	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	YA	TIDAK
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	YA	TIDAK
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	YA	TIDAK
9	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	YA	TIDAK
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	YA	TIDAK
11	Apakah anda pikir bahwa hidup anak sekarang ini menyenangkan?	YA	TIDAK
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	YA	TIDAK
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	YA	TIDAK
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	YA	TIDAK
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda?	YA	TIDAK
	SKOR :.....		

Skor : hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal

Setiap jawaban bercetak **tebal** mempunyai nilai 1

Skor antra 5-9 menunjukkan kemungkinan besar depresi

Skor 10 atau lebih menunjukkan depresi

INSTRUMEN *MINI MENTAL STATE EXAMINATION* (MMSE)

Untuk Menilai Fungsi Kognitif Global Sebagai Alat Penapis Demensia
(pertimbangkan umur dan lama pendidikan)

Nama responden :
 Nama pewawancara :
 Umur responden :
 Tanggal wawancara :
 Pendidikan :
 Jam mulai :

Skor Maks.	Skor Manula	
		Orientasi
5	()	Sekarang (hari), (tanggal), (bulan), (tahun) berapa dan (musim)apa ?
5	()	Sekarang kita berada di mana? (jalan), (nomor rumah), (kota), (kabupaten), (propinsi)
		Registrasi
3	()	Pewawancara menyebutkan nama 3 buah benda, 1 detik untuk tiap benda. Kemudian mintalah Lansia mengulang ke 3 nama benda tersebut. Berikan 1 angka untuk tiap jawaban yang benar. Bila masih salah, ulanglah penyebutan ke 3 nama benda tersebut sampai ia dapat mengulanginya dengan benar. Hitunglah jumlah percobaan dan catatlah (bola, kursi, sepatu). Jumlah percobaan _____
		Atensi Dan Kalkulasi
5	()	Hitunglah berturut-turut selang 7 mulai dan 100 ke bawah. Berilah 1 angka untuk tiap jawaban yang benar. Berhenti setelah 5 hitungan (93, 86, 79, 72, 65). Kemungkinan lain, ejaah kata "dunia" dari akhir ke awal (a-i-n-u-d).

Petunjuk Penggunaan *Mini Mental State Examination* (MMSE) :

Orientasi

- (1) Tanyalah tanggal, bulan dan tahun. Kemudian tanyalah juga hari dan musim. Satu angka untuk tiap jawaban yang benar.
- (2) Tanyalah berturut-turut sebagai berikut: "Dapatkah Anda menyebutkan nama rumah sakit/institusi ini?" Kemudian tanyalah lantai/ tingkat/nomor; kota, kabupaten dan propinsi tempat rumah sakit/ institusi tersebut terletak.

Registrasi

Tanyalah responden bila Saudara dapat menguji ingatannya. Katakan 3 nama benda yang satu sama lain tidak ada kaitan, dengan terang dan perlahan, kira-kira 1 detik untuk tiap nama benda. Sesudah menyebutkan ketiga nama benda tersebut, mintalah responden mengulangnya. Pengulangan penyebutan ketiga nama benda tersebut yang pertama kali diberi skor 0-3. Bila responden tidak dapat menyebutnya dengan benar, ulanglah sampai responden dapat melakukannya. Jumlah maksimal pengulangan 6 kali. Bila responden masih tidak dapat menghapalnya, maka fungsi mengingat di bawah tidak dapat diukur secara bermakna.

Atensi Dan Kalkulasi

Mintalah responden menghitung selang 7 mulai dari 100 ke bawah. Hentikanlah setelah 5 kali pengurangan (93, 86, 79, 72, 65). Hitunglah skor dari jumlah jawaban yang benar.

Bila responden tidak dapat melakukan hal ini, mintalah responden untuk mengeja kata "dunia" dari akhir ke awal. Skor dihitung dari jumlah huruf dalam urutan terbalik yang benar. Contoh: ainud = 5, aiund = 3.

Mengingat

Tanyalah responden apakah responden dapat mengingat dan menyebut 3 nama benda yang sebelumnya telah diminta padanya untuk dihapal. Skor antara 0-3.

Bahasa

Penamaan: Perlihatkan pada responden arloji dan tanyalah padanya nama benda tersebut. Ulangi untuk pensil. Skor antara 0-2.

Pengulangan: Mintalah responden mengulang kalimat tersebut setelah Saudara mengucapkannya. Percobaan pengulangan tersebut hanya boleh 1 kali. Skor 0 atau 1.

Perintah 3 tahap: Berilah responden selembar kertas putih dan berikan perintah 3 tahap tersebut. Skor 1 angka untuk tiap tahap yang dilaksanakan dengan benar.

Membaca: Pada selembar kertas kosong, tulislah dengan huruf balok: "PEJAMKAN MATA ANDA". Huruf-huruf tersebut harus cukup besar bagi responden, sehingga terlihat dengan jelas. Mintalah responden untuk membacanya dan melaksanakan perintah tersebut. Skor 1 angka hanya jika responden memejamkan matanya.

Menulis: Berilah pasien sepotong kertas kosong dan mintalah responden menulis sebuah kalimat untuk Saudara. Jangan mendiktekan kalimat, karena hal ini harus dikerjakan responden dengan spontan. Kalimat tersebut harus mengandung subyek, kata kerja dan mempunyai arti. Tata bahasa dan tanda baca yang benar tidak perlu diperhatikan.

Meniru: Pada sepotong kertas yang bersih, gambarlah 2 segi lima yang berpotongan, panjang tiap sisi 2,5 cm dan mintalah responden untuk menirunya setepat mungkin. Ke 10 sudut harus tergambar dan 2 sudut harus berpotongan untuk memperoleh skor 1 angka. Gelombang dan putaran dapat diabaikan.

Nilailah tingkat kesadaran responden pada garis aksis, dari sadar penuh pada ujung kiri sampai dengan koma pada ujung kanan.

INSTRUMEN *ABREVIATED MENTAL TEST* (AMT)

Untuk menilai kognitif global orang Lanjut Usia

Umur	Tahun	: 1
Waktu / jam sekarang		: 1
Alamat tempat tinggal		: 1
Tahun ini		: 1
Saat ini berada di mana		: 1
Mengenali orang lain (dokter, perawat, dll)		: 1
Tahun kemerdekaan RI		: 1
Nama presiden RI sekarang		: 1
Tahun kelahiran pasien atau anak terakhir		: 1
Menghitung terbalik (20 s/d 1)		: 1

0-3 : Gangguan kognitif berat
4-7 : Gangguan kognitif sedang
8-10 : Normal

INSTRUMEN *MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT* (MNA)

I. SKRINING

Tanggal :
 Nama : Jenis kelamin :
 Umur :
 Berat badan (kg) : Tinggi badan (cm) :

FORMULIR SKRINING*

- A. Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan dalam 3 bulan terakhir disebabkan kehilangan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau menelan?
 0 = kehilangan nafsu makan berat (severe)
 1 = kehilangan nafsu makan sedang (moderate)
 2 = tidak kehilangan nafsu makan
- B. Kehilangan berat badan dalam tiga bulan terakhir ?
 0 = kehilangan BB > 3 kg
 1 = tidak tahu
 2 = kehilangan BB antara 1 – 3 kg
 3 = tidak mengalami kehilangan BB
- C. Kemampuan melakukan mobilitas ?
 0 = di ranjang saja atau di kursi roda
 1 = dapat meninggalkan ranjang atau kursi roda namun tidak bisa pergi/jalan-jalan ke luar
 2 = dapat berjalan atau pergi dengan leluasa
- D. Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam tiga bulan terakhir ?
 0 = ya
 2 = tidak
- E. Mengalami masalah neuropsikologis?
 0 = dementia atau depresi berat
 1 = demensia sedang (moderate)
 2 = tidak ada masalah psikologis

F. Nilai IMT (Indeks Massa Tubuh) ?

0 = IMT < 19 kg/m²

1 = IMT 19 - 21

2 = IMT 21 - 23

3 = IMT > 23

SKOR SKRINING

- Sub total maksimal – 14
- Jika nilai ≥ 12 – tidak mempunyai risiko, tidak perlu melengkapi form penilaian
- Jika ≤ 11 – mungkin mengalami malnutrisi, lanjutkan mengisi form penilaian

II. PENILAIAN

FORMULIR PENILAIAN **

G. Apakah anda tinggal mandiri ? (bukan di panti/rumah sakit)?

0 = tidak

1 = ya

H. Apakah anda menggunakan lebih dari tiga macam obat per hari

0 = ya

1 = tidak

I. Apakah ada luka akibat tekanan atau luka di kulit?

0 = ya

1 = tidak

J. Berapa kali anda mengonsumsi makan lengkap / utama per hari ?

0 = 1 kali

1 = 2 kali

2 = 3 kali

K. Berapa banyak anda mengonsumsi makanan sumber protein ?

- Sedikitnya 1 porsi *dairy* produk (seperti susu, keju, yogurt) per hari → ya/tidak

- 2 atau lebih porsi kacang-kacangan atau telur per minggu → ya/tidak

- Daging ikan atau unggas setiap hari → ya / tidak

0.0 = jika 0 atau hanya ada 1 jawabannya ya

0.5 = jika terdapat 2 jawaban ya

1.0 = jika terdapat 3 jawaban ya

L. Apakah anda mengkonsumsi buah atau sayur sebanyak 2 porsi atau lebih per hari ?

0 = tidak

1 = ya

M. Berapa banyak cairan (air, jus, kopi, teh, susu) yang dikonsumsi per hari?

0.0 = kurang dari 3 gelas

0.5 = 3 – 5 gelas

1.0 = lebih dari 5 gelas

N. Bagaimana cara makan ?

0 = harus disuapi

1 = bisa makan sendiri dengan sedikit kesulitan

2 = makan sendiri tanpa kesulitan apapun juga

O. Pandangan sendiri mengenai status gizi anda ?

0 = merasa malnutrisi

1 = tidak yakin mengenai status gizi

2 = tidak ada masalah gizi

P. Jika dibandingkan dengan kesehatan orang lain yang sebaya/seumur, bagaimana anda mempertimbangkan keadaan anda dibandingkan orang tersebut ?

0 = tidak sebaik dia

0.5 = tidak tahu

1.0 = sama baiknya

2.0 = lebih baik

Q. Lingkar lengan atas (cm)?

0 = < 21 cm

0.5 = 21 – 22 cm

1.0 ≥

R. Lingkar betis (cm) ?

0 < 31 cm

2 ≥ 31 cm

****PENILAIAN SKOR:**

I. Skor Skrining

II. Skor Penilaian

Skor total indikator malnutrisi (maksimum 30)

17-23.5 : risiko malnutrisi

Kurang dari 17 malnutrisi