



KEPERAWATAN GERONTIK



Yeni Yulistanti ■ Yanti Anggraini ■ Aria Pranatha
Neneng Kurwiyah ■ Karyatin ■ Dely Maria ■ I Made Sudarta
Ressa Andriyani Utami ■ Devin Prihar Ninuk
Angelia Friska Tendean ■ Riska Amalya Nasution



KEPERAWATAN GERONTIK



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

Keperawatan Gerontik

Yeni Yulistanti, Yanti Anggraini, Aria Pranatha
Neneng Kurwiyah, Karyatin, Dely Maria, I Made Sudarta
Ressa Andriyani Utami, Devin Prihar Ninuk
Angelia Friska Tendean, Riska Amalya Nasution



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Keperawatan Gerontik

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2023

Penulis:

Yeni Yulistanti, Yanti Anggraini, Aria Pranatha
Neneng Kurwiyah, Karyatin, Dely Maria, I Made Sudarta
Ressa Andriyani Utami, Devin Prihar Ninuk
Angelia Friska Tendean, Riska Amalya Nasution

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Yeni Yulistanti., dkk.

Keperawatan Gerontik

Yayasan Kita Menulis, 2023

xiv; 156 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-751-7

Cetakan 1, Maret 2023

- I. Keperawatan Gerontik
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala, Tuhan Yang Maha Kuasa, yang telah memberikan limpahan nikmat, rahmat dan keberkahan kepada seluruh penulis sehingga dapat bekerjasama dengan baik untuk dapat menyelesaikan buku “Keperawatan Gerontik”. Kehadiran buku ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai salah satu media pembelajaran, sumber referensi dan pedoman belajar yang dapat digunakan oleh mahasiswa maupun tenaga kesehatan khususnya dalam bidang keperawatan lanjut usia.

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan memberi dampak terhadap meningkatnya umur harapan hidup masyarakat sehingga jumlah dan proporsi lanjut usia semakin meningkat. Peningkatan jumlah lanjut usia dapat dianggap sebagai bonus demografi, namun tidak bisa dipungkiri bahwa peningkatan tersebut dapat berpengaruh terhadap munculnya berbagai masalah kesehatan pada lanjut usia.

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kepada lanjut usia tentunya harus memahami berbagai informasi tentang lanjut usia. Pengetahuan dan pemahaman perawat sebagai dasar berpikir kritis dalam pengambilan keputusan akan berguna dalam menyelesaikan permasalahan pasien lanjut usia. Buku ini menghadirkan informasi-informasi penting seputar lanjut usia dan perawatannya. Buku ini bersumber dari berbagai literatur yang terpercaya dan berguna untuk menambah pengetahuan dan wawasan dalam melakukan perawatan lanjut usia.

Adapun materi yang dapat dipelajari pada buku ini meliputi:

Bab 1 Konsep Lansia Dan Penuaan

Bab 2 Konsep Dasar Keperawatan Gerontik

Bab 3 Perubahan Fisik Pada Lansia

Bab 4 Perubahan Psikososial Lansia

- Bab 5 Proses Keperawatan Pada Lansia: Pengkajian Keperawatan
- Bab 6 Proses Keperawatan Lansia: Diagnosa Dan Intervensi
- Bab 7 Proses Keperawatan Pada Lansia: Implementasi Dan Evaluasi
- Bab 8 Pelayanan Kesehatan Untuk Lansia
- Bab 9 Peran Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan Lansia
- Bab 10 Penyuluhan Kesehatan Dan Sosial Pada Lansia
- Bab 11 Evidences Based Practice Dalam Keperawatan Gerontik

Penyusunan buku ini melibatkan penulis dari berbagai institusi dan keterlibatan banyak pihak yang memberikan bantuan dan dukungan atas terselesaikannya buku ini. Terimakasih kami ucapkan kepada seluruh penulis, editor, dan penerbit atas kerjasama yang baik dalam proses penyusunan, editing hingga penerbitan buku ini.

Semoga buku ini memberikan manfaat kepada kita semua.
Selamat membaca.

Februari 2023

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Konsep Lansia Dan Penuaan

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Definisi Lanjut Usia	3
1.3 Konsep Penuaan	5
1.4 Teori Penuaan	5
1.4.1 Teori Biologi	6
1.4.2 Teori Psikososial	8
1.5 Tipe Kepribadian Lanjut Usia	10

Bab 2 Konsep Dasar Keperawatan Gerontik

2.1 Pendahuluan	13
2.2 Sejarah Terjadinya Keperawatan Lansia	14
2.3 Definisi	15
2.4 Batasan Lanjut Usia	16
2.5 Tipe Lansia	17
2.6 Tujuan Gerontik Dan Gerontologi	18
2.7 Sifat Pelayanan Keperawatan Gerontik	19
2.8 Ruang Lingkup Keperawatan Gerontik	20
2.9 Peran Dan Fungsi Perawat Gerontik	20
2.10 Mitos-Mitos Lanjut Usia Dan Kenyataannya	23
2.11 Masalah Kesehatan Lansia	24
2.12 Kemandirian Lansia	25
2.13 Peranan Who Terhadap Perawatan Lansia	26

Bab 3 Perubahan Fisik Pada Lansia

3.1 Perubahan Perubahan Fisiologis	29
3.1.1 Penurunan Fungsi Pada Sistem Pernafasan Lansia	29
3.1.2 Pendengaran	30
3.1.3 Penurunan Fungsi Panca Indera	30

3.1.4 Penurunan Fungsi Sistem Cardiovasculer	30
3.1.5 Proses Penuaan Pada Kulit	31
3.1.6 Sistem Pencernaan Pada Pencernaan Lansia.....	31
3.1.7 Penurunan Sistem Muskuloskeletal Lansia	32
3.1.8 Penurunan Sistem Endokrin Pada Lansia.....	32
3.1.9 Perubahan Sistem Reproduksi Dan Kegiatan Seksual	32
3.2 Sistem Genitalia.....	33

Bab 4 Perubahan Psikososial Lansia

4.1 Pendahuluan.....	35
4.2 Definisi Psikososial	37
4.3 Perubahan Psikososial	38
4.3.1 Penurunan Kondisi Fisik	38
4.3.2 Penurunan Fungsi Dan Potensi Seksual	38
4.3.3 Penurunan Aspek Psikososial	38
4.3.4 Perubahan Yang Berkaitan Dengan Pekerjaan.....	39
4.3.5 Perubahan Dalam Peran Sosial Di Masyarakat	40
4.4 Teori Perubahan Psikososial Lansia.....	41
4.5 Faktor Yang Memengaruhi Kesehatan Psikososial Lansia.....	42

Bab 5 Proses Keperawatan Pada Lansia: Pengkajian Keperawatan

5.1 Pendahuluan.....	45
5.2 Pengkajian Keperawatan Lansia	46
5.2.1 Tujuan Pengkajian	46
5.2.2 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pengkajian Pada Lansia	46
5.2.3 Pengkajian Fisik.....	47
5.2.4 Pengkajian Psikologis.....	48
5.2.5 Pengkajian Ekonomi	48
5.2.6 Pengkajian Spiritual.....	49
5.2.7 Pengkajian Persarafan	49
5.2.8 Pengkajian Kardiovaskuler	49
5.2.9 Pengkajian Gastrointestinal.....	50
5.2.10 Pengkajian Perkemihan.....	50
5.2.11 Pengkajian Seksualitas	50
5.2.12 Pengkajian Integumen (Kulit)	50
5.2.13 Pengkajian Muskuloskeletal	51
5.3 Pengkajian Khusus: Status Fungsional Dan Status Kognitif.....	51
5.3.1 Contoh Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Gerontik	54

Bab 6 Proses Keperawatan Lansia: Diagnosa Dan Intervensi

6.1 Pendahuluan.....	59
6.2 Diagnosis Keperawatan	59

Bab 7 Proses Keperawatan Pada Lansia: Implementasi Dan Evaluasi

7.1 Pendahuluan.....	75
7.2 Implementasi Keperawatan	76
7.2.1 Pengertian Implementasi Keperawatan Gerontik	77
7.2.2 Tahapan Pelaksanaan Keperawatan Gerontik.....	77
7.2.3 Cara Mempertahankan Kemampuan Aktivitas Sehari - Hari Pada Lansia	78
7.2.4 Manfaat Terapi Aktivitas Kelompok Bagi Lansia	82
7.2.5 Prinsip Terapi Aktivitas Kelompok.....	82
7.2.6 Tahapan Terapi Aktivitas Kelompok.....	83
7.2.7 Terapi Kognitif.....	85
7.3 Evaluasi Keperawatan.....	86
7.3.1 Pengertian Evaluasi Keperawatan Gerontik.....	86
7.3.2 Tujuan Evaluasi Keperawatan Gerontik	87
7.3.3 Manfaat Evaluasi Keperawatan Gerontik.....	87
7.3.4 Proses Evaluasi Keperawatan	88
7.3.5 Macam Evaluasi Keperawatan	88
7.3.6 Penilaian	89

Bab 8 Pelayanan Kesehatan Untuk Lansia

8.1 Pendahuluan.....	91
8.2 Demografi Lansia	93
8.3 Pelayanan Kesehatan Terintegrasi Untuk Lansia.....	95
8.4 Pelayanan Keperawatan Lansia.....	99

Bab 9 Peran Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan Lansia

9.1 Pendahuluan.....	107
9.2 Konsep Dasar Tugas Perawat Dalam Proses Menua.....	108
9.3 Lingkup, Peran, Dan Fungsi Keperawatan Gerontik.....	109
9.3.1 Lingkup Keperawatan Gerontik	109
9.3.2 Peran Keperawatan Gerontik	110
9.3.3 Fungsi Keperawatan Gerontik	111
9.4 Persyaratan Perawat Gerontik	112
9.5 Tugas-Tugas Perawat Dalam Setiap Teori Penuaan.....	113

Bab 10 Penyuluhan Kesehatan Dan Sosial Pada Lansia

10.1	Pendahuluan.....	119
10.2	Edukasi Untuk Lansia	120
10.2.1	Tidur	120
10.2.2	Kualitas Hidup	120
10.2.3	Olahraga	121
10.2.4	Pencegahan Penyakit.....	122
10.2.5	Nutrisi	122
10.2.6	Pengobatan	124
10.3	Strategi Penyuluhan Kesehatan Pada Lansia.....	124
10.3.1	Teknologi	125
10.3.2	Seni	125
10.3.3	Permainan.....	126
10.4	Tips Promosi Kesehatan Pada Lansia.....	127

Bab 11 Evidences Based Practice Dalam Keperawatan Gerontik

11.1	Pendahuluan.....	129
11.2	Evidences Based Practice Keperawatan Gerontik.....	130
11.2.1	Kelompok Baca Bersama Pada Lansia Dengan Dementia	130
11.2.2	Problem Solving Therapy (PST) Pada Lansia Ganggaun Depresi Mayor	130
11.2.3	Pelatihan Grup Musik Sebagai Intervensi Kognitif Multimodal Pada Lansia	131
11.2.4	Intervensi Terapi-Tango Pada Lansia Dengan Gangguan Kognitif Yang Tinggal Di Panti Jompo: Kualitas Hidup, Kemampuan Fisik, Dan Cara Berjalan	131
11.2.5	Terapi Kognitif Perilaku Pada Lansia Dengan Insomnia Dan Depresi.....	132
11.2.6	Terapi Yangsaeng (Manajemen Kesehatan) Pada Lansia Di Panti Jompo Korea.....	133
11.2.7	Refleksi Terapi Musik Pada Lansia Dari Perspektif Etnografi ..	133
11.2.8	Pengaruh Pijat Perut Terhadap Konstipasi Dan Kualitas Hidup Lansia	134
11.2.9	Efek "The Tell Me About Me Program“ Persepsi Dukungan Sosial, Harga Diri, Dan Kasih Sayang Diri Pada Orang Dewasa Yang Lebih Tua.....	135
11.2.10	Motivasi Dan Psikoterapi Pada Lansia Dengan Depresi.....	136
	Daftar Pustaka	137
	Biodata Penulis	151

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Persentase Lansia dan Umur Harapan Hidup Penduduk Indonesia	2
Gambar 1.2: Piramida Penduduk Indonesia berdasarkan Sensus dan Proyeksi	2
Gambar 9.1: Perawatan Gizi	114
Gambar 11.1: Aplikasi Pijak Perut	135

Daftar Tabel

Tabel 5.1: Pengkajian Katz Index.....	51
Tabel 5.2: Pengkajian Barthel Indeks.....	52
Tabel 5.3: Penilaian SPMSQ	52
Tabel 5.4: Penilaian MMSE.....	53
Tabel 6.1: Intervensi Keperawatan.....	60
Tabel. 10.1: Rekomendasi Nutrisi Lansia Dietary Reference Intakes (DRI), ..	123

Bab 1

Konsep Lansia dan Penuaan

1.1 Pendahuluan

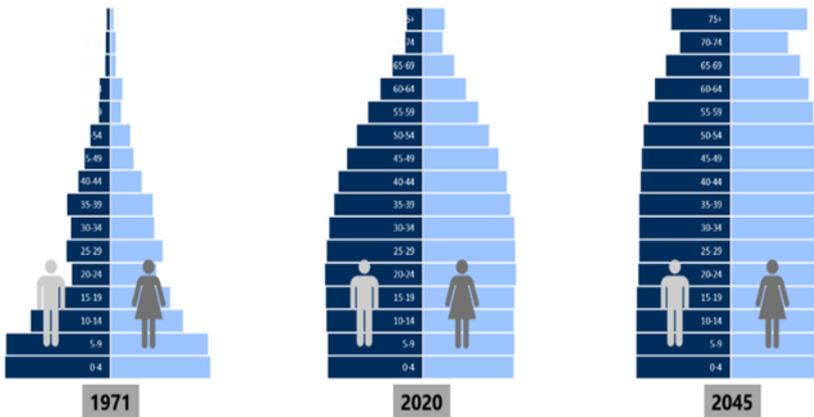
Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terutama di bidang kesehatan memberikan dampak terhadap menurunnya angka kematian dan meningkatnya umur harapan hidup manusia. Umur harapan hidup adalah perkiraan rata-rata lama hidup yang akan dicapai oleh penduduk sejak lahir, dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas menurut umur. Peningkatan umur harapan hidup manusia menyebabkan populasi lanjut usia semakin meningkat. Pada tahun 2030, diperkirakan setidaknya 1 dari 6 orang di dunia akan berusia 60 tahun atau lebih. Prediksi populasi penduduk dunia yang berusia 60 tahun ke atas akan berlipat ganda (2,1 miliar) pada tahun 2050 (WHO, 2022 dalam (Badan Pusat Statistik, 2022)).

Komposisi penduduk lanjut usia diprediksikan mengalami perubahan yang sangat signifikan dari tahun 1970 an hingga tahun 2045. Peningkatan umur harapan hidup dan menurunnya angka kelahiran menyebabkan komposisi penduduk berubah. Kondisi penuaan penduduk terjadi ketika proporsi penduduk berumur 60 tahun ke atas meningkat dibanding total penduduk yang ada pada suatu wilayah diiringi dengan menurunnya proporsi penduduk berumur 15 tahun ke bawah (Adioetomo et al., 2018). Penurunan proporsi penduduk berumur 15 tahun ke bawah sebagai akibat dari rendahnya angka

kelahiran maupun masalah kesehatan yang terjadi pada kelompok usia tersebut (Rijanta, Listyaningsih and Amri, 2022).



Gambar 1.1: Persentase Lansia dan Umur Harapan Hidup Penduduk Indonesia (Badan Pusat Statistik, 2022)



Gambar 1.2: Piramida Penduduk Indonesia berdasarkan Sensus dan Proyeksi (Badan Pusat Statistik, 2022)

Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia akan menimbulkan konsekuensi dalam berbagai aspek kehidupan terutama kesehatan. Menua dalam keadaan sehat merupakan impian semua orang, namun pada kenyataannya tidak semua lanjut usia bertahan dengan kondisi kesehatan yang baik. Berbagai masalah

kesehatan dialami oleh lanjut usia sehingga hal ini menjadi tantangan bagi perkembangan ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Angka kesakitan pada lanjut usia di Indonesia dari tahun ke tahun mengalami penurunan yang dapat diartikan bahwa derajat kesehatan lanjut usia semakin baik. Angka morbiditas lansia dihitung berdasarkan jumlah lansia yang mengalami keluhan kesehatan dan yang mengalami gangguan pada aktivitas sehari-hari. Tahun 2018, angka kesakitan pada lanjut usia sebesar 25,99 persen dan mengalami penurunan hingga tahun 2022 angka kesakitan lanjut usia sebesar 20,71 persen (Badan Pusat Statistik, 2022).

Lanjut usia mengalami berbagai masalah kesehatan baik masalah fisik maupun masalah psikologis. Berbagai perubahan fisik dan psikologis pada lanjut usia akan berdampak kepada tingkat kesehatan dan tingkat ketergantungan terhadap pemberi layanan kesehatan. Perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan diharuskan untuk dapat melakukan pengkajian mendalam, menemukan masalah yang dialami lanjut usia, merumuskan rencana tindakan dan mengimplementasikannya sebagai upaya pemecahan masalah serta mampu melakukan evaluasi terhadap proses keperawatan yang telah dilakukan. Peran perawat tidak hanya sebagai care giver bagi lanjut usia, namun juga diharapkan dapat menjadi konselor atau konsultan bagi lanjut usia, keluarganya maupun masyarakat di sekitarnya (Karlina and Kora, 2020). Dalam melaksanakan peran tersebut, perawat harus memiliki pengetahuan yang tepat tentang proses menua (ageing process), perubahan yang terjadi pada lanjut usia serta metode pendekatan yang efektif pada lanjut usia.

1.2 Definisi Lanjut Usia

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, yang dimaksud dengan lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai 60 tahun atau lebih dan merupakan tahap terakhir dari kehidupan setiap individu.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 88 tahun 2021 menyebutkan lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas“ (Republik Indonesia, 2021)

Secara umum seseorang disebut sebagai lanjut usia (lansia) apabila usianya sudah 65 tahun keatas. Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan.

Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis (Stanhope and Lancaster, 2021).

1. Klasifikasi batasan lanjut usia menurut World Health Organization (WHO) meliputi :
2. Usia pertengahan (middle age) yaitu 45-59 tahun,
3. Lanjut usia (elderly) yaitu 60-74 tahun,
4. Lanjut usia tua (old) yaitu 75 – 90 tahun,
5. dan lanjut usia sangat tua (very old) yaitu 90 tahun atau lebih (AA and Boy, 2020)

Menurut Depkes RI (2013) klasifikasi lanjut usia terdiri dari:

1. Pra lansia yaitu berusia antara 45-59 tahun.
2. Lansia yaitu berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia risiko tinggi yaitu berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial yaitu lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
5. Lansia tidak potensial yaitu lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain

(Republik Indonesia, 1998) Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, menggolongkan lanjut usia menjadi tiga, yaitu:

1. Lanjut Usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas
2. Lanjut Usia Potensial adalah lanjut usia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan/atau jasa.

3. Lanjut Usia Tidak Potensial adalah lanjut usia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

1.3 Konsep Penuaan

Penuaan merupakan suatu perubahan pada seluruh aspek kehidupan yang terjadi secara multidimensional. Penuaan merupakan proses terjadinya perubahan akibat mekanisme perusakan dan perbaikan terhadap sel-sel tubuh yang terjadi secara bergantian dengan kecepatan dan waktu yang berbeda-beda (Tambayong, 2000).

Penuaan atau proses menjadi tua merupakan suatu proses yang berjalan perlahan di mana terjadi penurunan kemampuan tubuh dalam melakukan perbaikan terhadap sel-sel yang rusak sehingga fungsi jaringan tubuh mengalami penurunan. Penurunan fungsi tubuh disebabkan kerusakan sel-sel (aus) yang diiringi oleh ketidakmampuan memperbaiki sel-sel yang rusak disebut dengan proses degeneratif. Lanjut usia dapat mengalami masalah kesehatan akibat dari proses degenerasi tersebut (Maryam et al., 2008).

Penuaan merupakan proses yang terjadi secara alamiah dan tidak dapat dihindari. Proses ini berjalan secara terus menerus, berkesinambungan dan mempunyai kecepatan yang berbeda-beda antara satu orang dengan orang yang lainnya. Secara umum, manusia menginginkan untuk hidup lebih lama atau panjang umur dalam keadaan yang sehat (healthy aging), namun tidak dapat dipungkiri bahwa bersamaan dengan penambahan usia maka terjadi kerusakan sel-sel tubuh yang tidak dapat diperbarui yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan (Festy, 2018).

1.4 Teori Penuaan

Proses penuaan dapat dijelaskan melalui berbagai teori yang dikembangkan berdasarkan data terbaru. Teori akan memberikan jawaban terhadap pertanyaan „mengapa“ dan „bagaimana“ di balik munculnya suatu fenomena yang diwakili oleh adanya data atau fakta. Prediksi berdasarkan teori terdahulu

dapat merubah cara pandang terhadap suatu fenomena. Teori berdasarkan temuan data atau fakta tersebut berhubungan dengan arah kebijakan dan penanganan masalah yang muncul pada lanjut usia. Selain itu, teori akan mengarahkan kepada penelitian lanjutan untuk menemukan sesuatu yang baru yang berkaitan dengan temuan pada teori terdahulu. Hingga saat ini teori penuaan dikembangkan berdasarkan teori biologi, teori psikologis dan teori sosial (Bengtson and Settersten, 2016).

Berbagai macam teori tentang penuaan yang dikemukakan para ahli, namun pada dasarnya tidak ada satu teori yang dapat berdiri sendiri. Terdapat keterkaitan antara satu teori dengan teori yang lain. Pada bab ini akan dipaparkan teori tentang penuaan meliputi teori biologi dan teori psikososial.

1.4.1 Teori Biologi

1. Teori genetik

Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang terprogram oleh moleku-molekul DNA. Perubahan atau mutasi gen akan menyebabkan penurunan kemampuan fungsi sel. Terdapat bukti bahwa orang yang panjang umur mempunyai nenek moyang yang panjang umur pula, demikian sebaliknya. Mutasi gen juga berdampak pada penuaan. Gen yang mengalami mutasi akan memperpendek umur, namun tidak semua gen yang bermutasi memperburuk kondisi manusia, ada juga yang menguntungkan dan menciptakan keragaman genetik. Konsep kunci dalam genetika dan penuaan mencakup beberapa konsep mulai dari pemendekan telomer hingga peran sel punca pada proses penuaan. Penuaan sel mengacu pada proses di mana sel membusuk dari waktu ke waktu. Ini dapat dikaitkan dengan pemendekan telomere atau proses apoptosis (atau bunuh diri sel) di mana sel-sel tua atau rusak dihilangkan (Stibich, 2020).

Gen umur panjang (*longevity genes*) merupakan gen spesifik yang dikaitkan dengan hidup lebih lama. Faktor yang memengaruhinya antara lain adalah apolipoprotein E (APOE). Keterlibatan APOE dalam pencapaian umur yang ekstrem adalah dengan mengerahkan efek pleiotropik dalam konteks poligenik. Pola tersebut dapat terjadi karena banyak jalur biologis yang dimiliki gen ini dan kondisi

lingkungan yang berbeda yang harus dihadapi manusia terutama yang berkaitan dengan paparan patogen dan perubahan pola makan (Abondio et al., 2019).

2. Teori „wear and tear“

Teori keausan pada proses penuaan menegaskan bahwa penuaan disebabkan oleh kerusakan progresif pada sel dan sistem tubuh dari waktu ke waktu. Pada dasarnya, kerusakan sel pada tubuh manusia terjadi karena sel tersebut „aus“ karena digunakan bersamaan seiring dengan waktu. Begitu sel itu aus maka tidak bisa lagi diperbaiki sehingga sel dan sistem tubuh tidak dapat berfungsi dengan benar. Pada teori keausan ini dijelaskan bahwa ketika sel digunakan beberapa kali, pada awalnya sel ini masih bisa memperbaiki dirinya sendiri, namun pada penggunaan yang lama dan telah mengalami berkali-kali kerusakan maka pada akhirnya sel itu tidak mampu memperbaiki dirinya sendiri sampai akhirnya tidak dapat berfungsi (Stibich, 2022).

3. Teori Radikal Bebas

Teori radikal bebas pada awalnya dikemukakan oleh Denham Harman tahun 1950 an. Teori ini menyebutkan bahwa penuaan disebabkan oleh akumulasi radikal bebas. Reactive oxygen species (ROS), merupakan metabolit tereduksi sebagian dari oksigen molekuler sebagai produk reaksi metabolisme atau sebagai produk sampingan dari berbagai proses seluler, seperti respirasi. Selama bertahun-tahun dan hingga hari ini, teori ini telah menjadi konsep paling populer di bidang penuaan, dengan ribuan publikasi setiap tahunnya. Namun pada penelitian selanjutnya banyak peneliti yang membuktikan bahwa ROS bukan satu-satunya penyebab penuaan walaupun memang ROS berperan dalam penuaan (Gladyshev, 2014).

4. Teori Mutasi Somatik

Mutasi somatik yang terakumulasi selama proses pembelahan sel dapat mengakibatkan penuaan. Sinyal nutrisi mempercepat penuaan melalui efeknya pada tingkat sel. Mutasi menyebabkan proliferasi sel. Terjadi kesalahan dalam proses transkripsi DNA dan RNA dan dalam

proses translasi RNA protein/enzim. Obesitas dan pembatasan kalori mempercepat dan memperlambat penuaan karena efeknya pada proliferasi sel, di mana sebagian besar mutasi muncul (Wolf, 2021).

5. Teori Autoimun

Akumulasi dari Reactive oxygen species (ROS) secara langsung berkontribusi terhadap kerusakan makromolekul dan memengaruhi berbagai respons inflamasi. ROS bertindak sebagai mediator antara sel imun bawaan dan adaptif, sehingga memengaruhi proses penyajian antigen yang menghasilkan aktivasi sel T. Peran stres oksidatif dalam patogenesis penyakit autoimun, bervariasi dari kerusakan biomakromolekul hingga respon pro-inflamasi. ROS memengaruhi interaksi antara imunitas bawaan dan adaptif dengan mengontrol presentasi antigen dan pembersihan sel apoptosis (Lin et al., 2021).

1.4.2 Teori Psikososial

1. Teori „Emotional Well-Being“

Teori kesejahteraan menunjukkan bahwa perasaan sejahtera akan memberikan kesempatan pada seseorang untuk panjang umur. Kesejahteraan meningkat dengan semakin bertambahnya umur, semakin tua usia seseorang maka merasakan kesejahteraan dan tidak terlalu banyak stres (Raposo et al., 2020). Kesejahteraan psikologis yang tinggi diperoleh bila seorang individu memiliki perasaan positif yang lebih besar dibandingkan perasaan negatif. Demikian juga sebaliknya, apabila seorang individu memiliki perasaan negatif lebih besar dibanding perasaan positif maka individu tersebut mempunyai kesejahteraan psikologis yang rendah (Tumanggor, 2023).

Ada hubungan timbal balik antara kesejahteraan dengan penuaan. Individu yang sejahtera diprediksi memiliki umur yang panjang dan pada orang yang berumur panjang mempunyai perasaan sejahtera. Semakin tua usia seseorang maka semakin memiliki kemampuan kebijaksanaan dan dapat mengendalikan emosi (Bengtson and Settersten, 2016). Seseorang yang mempunyai kesejahteraan positif

dimungkinkan untuk hidup lebih sehat dan kesempatan hidup lebih lama (Zaninotto and Steptoe, 2019).

2. Teori Aktivitas

Teori aktivitas penuaan menjelaskan bahwa lanjut usia dapat mengalami perubahan aktivitas terkait dengan penambahan usia. Perubahan peran dan aktivitas dapat memengaruhi proses penuaan. Orang lanjut usia dapat melanjutkan aktivitas dan interaksi sosialnya dengan mengganti peran dan cara yang baru yang dapat mereka lakukan. Perubahan peran dan tetap aktif dapat mempertahankan konsep diri lanjut usia sehingga mampu beradaptasi dengan bertambahnya usia (Eddens, 2021).

Namun pada kenyataannya tidak semua lanjut usia dapat tetap aktif dalam kehidupan sehari-hari. Terdapat hambatan pada lanjut usia untuk tetap melakukan aktivitas yang dapat disebabkan oleh masalah fisik maupun psikologis.

3. Teori Kontinuitas (kesinambungan)

Teori kontinuitas menjelaskan bahwa lanjut usia seiring dengan bertambahnya usia akan melanjutkan ciri-ciri kepribadian dan aktivitas yang biasa dilakukan pada usia mudanya. Pada teori kontinuitas dikenal adanya struktur internal dan eksternal individu. Struktur internal meliputi pada ciri-ciri kepribadian, keyakinan, dan ide-ide. Struktur eksternal terdiri dari hubungan dan peran sosial. Teori kontinuitas menyatakan bahwa orang dewasa yang lebih tua mempertahankan struktur internal dan eksternal yang ada saat mereka mengatasi tantangan penuaan (Eddens, 2021).

4. Teori „Disengagement“ (pelepasan diri)

Teori „disengagement“ atau penarikan diri menjelaskan bahwa seiring dengan bertambahnya usia, maka secara bertahap akan menarik diri dari hubungan sosial di masyarakat. Hal ini terjadi sebagai akibat dari perubahan fisik dan mental lanjut usia. Teori ini menggambarkan bahwa dengan pelepasan diri lanjut usia, akan memberikan kesempatan berperan bagi generasi berikutnya (Eddens, 2021). Lansia akan merasa bahagia apabila peran dan tanggung

jawabnya di masyarakat berkurang, dan dapat digantikan oleh orang yang usianya lebih muda. Walaupun lanjut usia berlepas diri terhadap masyarakat, namun tetap membutuhkan pengakuan diri. Pengakuan masyarakat terhadap lanjut usia sesuai dengan kondisi yang sudah mengalami penurunan baik fisik, psikis dan sosial (Yusamah, 2020).

1.5 Tipe Kepribadian Lanjut Usia

Seiring dengan bertambahnya usia terdapat perubahan pada berbagai aspek kehidupan lanjut usia. Perubahan tersebut dapat memberikan dampak terhadap kesehatan fisik dan mentalnya. Perubahan yang terjadi pada lansia tidak terlepas dari kepribadian lansia.

Adapun tipe kepribadian lansia (Putri, 2022) sebagai berikut:

1. Tipe Kepribadian Konstruktif (*Construction Personality*)
Lansia dengan kepribadian konstruktif cenderung tidak mengalami banyak gejolak dalam perubahan kehidupannya, sikapnya tenang, dan mantap dalam menjalani kehidupan sampai usia sangat tua. Lansia dengan kepribadian konstruktif memiliki integritas yang tinggi, lebih fleksibel dalam menerima perubahan, memiliki rasa toleransi yang tinggi dan dapat menikmati kehidupannya. Pada umumnya lansia dengan tipe konstruktif ini menunjukkan sikap ramah terhadap masyarakat, menjadi panutan bagi keluarga maupun masyarakat dan bijaksana dalam menghadapi akhir kehidupannya (Karnain, 2022).
2. Tipe Kepribadian Mandiri (*Independent Personality*)
Lansia dengan kepribadian mandiri umumnya selektif terhadap suatu pekerjaan yang akan diperankan. Lansia merasa mampu melakukan segala sesuatunya sendiri. Pada beberapa lansia tipe mandiri cenderung mengalami post power syndrome (Karnain, 2022). Lansia tipe mandiri masih menuntut otonomi terhadap segala aktivitas yang dilakukannya (Juita and Shofiyyah, 2022).

3. Tipe Kepribadian Tergantung (*Dependent personality*)
Lansia dengan kepribadian tergantung merupakan tipe lansia yang pasif, tidak memiliki inisiatif, namun sikapnya baik di masyarakat sehingga tetap diterima oleh masyarakat. Tipe ini dipengaruhi oleh kehidupan keluarga yang selalu harmonis, selama kehidupan masa mudanya tidak pernah mengalami gejolak yang berat sehingga dimasa lansianya juga tidak mengalami gejolak. Lansia tipe ketergantungan ini sangat tergantung dengan pasangannya sehingga jika pasangan hidupnya meninggal maka akan merasa sangat merana terutama jika tidak segera bangkit dari rasa kehilangannya (Juita and Shofiyyah, 2022; Karnain, 2022).
4. Tipe Kepribadian Bermusuhan (*Hostility personality*)
Lansia dengan tipe kepribadian bermusuhan merasa tidak puas dengan pencapaian dalam kehidupannya. Lansia ini masih menunjukkan banyaknya tuntutan hidup dan banyaknya keinginan yang harus dipenuhi namun tidak memperhitungkannya dengan seksama sehingga tidak jarang berada pada kondisi kekacauan secara ekonomi (Juita and Shofiyyah, 2022). Lansia dengan kepribadian bermusuhan, tidak disenangi oleh masyarakat sekitarnya karena sikapnya yang selalu menyalahkan orang lain, iri terhadap pencapaian orang lain dan tidak dapat berpikir positif (Karnain, 2022).
5. Tipe Kepribadian Kritik Diri (*Self Hate personality*)
Lansia dengan tipe kepribadian kritik diri selalu menyalahkan dirinya, tidak memiliki ambisi, selalu terlihat sengsara dan merasa korban dari keadaannya. Lansia tipe ini umumnya sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya (Juita and Shofiyyah, 2022).

Bab 2

Konsep Dasar Keperawatan Gerontik

2.1 Pendahuluan

Teknologi dan ilmu pengetahuan yang mengalami peningkatan di bagian kesehatan di mana telah ditemukan obat yang dapat menyembuhkan manusia dari penyakit infeksi, angka mortalitas bayi dan anak menurun serta gizi dan sanitasi semakin baik. Keadaan ini mengakibatkan angka harapan hidup dan kualitasnya bertambah meningkat dan akhirnya jumlah lansia bertambah banyak (Wahjudi Nugroho, 2015).

Tetapi teknologi dan keilmuan masih ditantang dengan menjelaskan penyebab menjadi tua. Ada banyak teori tentang proses penuaan namun belum memuaskan oleh semua orang. Proses penuaan merupakan suatu anggapan kehidupan yang belum dapat dibuktikan dan permasalahan yang belum dipecahkan (Hadi dan Kris, 2011).

Berdasarkan WHO (2018), Di seluruh dunia populasi lansia meningkat hampir dua kali lipat dari 12% ke 22% dari tahun 2015 sampai 2050. Di Paris, jumlah lansia meningkat dari 10% sampai 20% dalam satu periode 150 tahun.

Sejak abad ke 20, Usia Harapan Hidup (UHH) dan angka kelahiran membuat jumlah lansia meningkat. Dari 46,6% (tahun 1971) menjadi 65,5% (tahun 1999), jumlah populasi lansia meningkat di mana hal ini menggambarkan 3 kali peningkatan. Pada tahun 1990, orang yang berusia lansia (60 tahun ke atas) berjumlah 10 juta jiwa atau 5,5 % dari total keseluruhan masyarakat Indonesia. Perkiraan nanti tahun 2020 akan meningkat 3x atau 29 juta jiwa (11,4% dari jumlah penduduk Indonesia) (Reny Yuli, 2014).

Masyarakat sering memandang lansia sebagai beban karena lansia merupakan manusia tidak kuat, lemah dan sering terkena penyakit. Keadaan fisik yang lemah membuat lansia ditelantarkan oleh keluarga karena keluarga tidak mampu merawat lansia tersebut. Karena keluarga tidak mampu merawat, akhirnya lansia hidup di jalanan atau ditinggal di panti Werdha. Ada anggapan di masyarakat berkata menjadi tua sama dengan semakin banyak masalah kesehatan yang terkena di dalam tubuh lansia. Tentu saja anggapan ini salah karena banyak lansia yang sehat dan berperan aktif dalam keluarga dan masyarakat. Oleh karena itu, lansia harus dilihat sebagai manusia yang mempunyai keperluan secara bio-psiko-sosio dan spiritual (Wahjudi Nugroho, 2015 dan Reny Yuli, 2014).

Lansia yang tidak mendapat perhatian ini membuat ruang kosong yang kemudian di atasi oleh dunia medis. Selanjutnya dunia nursing menyambut secara baik dengan memberi perhatian juga kepada para lansia. Bagian kesehatan sangat diperlukan oleh lansia karena kondisi biologis lansia yang kurang kuat dan sering sakit-sakitan. Keadaan inilah diperlukan keperawatan gerontik untuk para lansia (Wahjudi Nugroho, 2015).

2.2 Sejarah Terjadinya Keperawatan Lansia

Institute John A Hartford Foundation bidang keperawatan gerontik di Universitas Newyork bersama dengan The American Journal of Nursing, American Nurses Association (ANA) memberikan perhatian penuh terhadap pertumbuhan keperawatan gerontik. Tahun 1960, ANA memberikan saran untuk didirikannya group khusus perawat lansia. Tahun 1970, standar praktik gerontology dan jurnal keperawatan geriatric dipublikasi oleh ANA tahun 1970 dan 1975. Tahun 1970-an, Veteran Administrasi (VA) memberikan dana

terkait Pusat Pendidikan Penelitian Geriatri dan Klinis (GRECCS) di seluruh pusat medis VA, Amerika Serikat. Tahun 1980 mulai merancang S2 dan S3 serta dibangun pendidikan tinggi program geriatric. Yayasan Robert Wood Johnson bekerja sama dengan Institusi Keperawatan dan panti werdha untuk melakukan perkembangan keperawatan lansia. Tahun 1990-an dibangun Divisi Keperawatan di New York University (NYU) dan ANA memberikan sertifikasi geriatric nurses (Noor Rochmah, 2021).

Tahun 2001 diselenggarakan pertemuan ke 20 “ The Odyssey Of Aging di Holiday Inn Golden Gate, San Fransisco California tentang sindrom geriatric. Tahun 2003, John A Hartford Institue, *American Academy of Nursing* dan *American Association Of Collages Of Nursing* (AACN) bekerja sama untuk mendirikan Hartfor Geriatric Nursing Initiative (HGNI). Tahun 2008 terbit *Journal Of Gerontological Nursing Research* . Oktober 2010, ANA mengeluarkan Scope dan Standards Of Gerontological Nursing Practice Edisi ke 3. Tanggal 14-18 September 2011 di selenggarakan pertemuan yang ke 30 di Kota Washington DC. Pertemuan membicarakan tentang “ Improving The Lives Of Older Adults: Practice and Policy” di mana Evelyn Duffy datang sebagai Presiden Ketua *Gerontological Advance Practice Nurses Assosiation* (GAPNA). Pertemuan ini dihadiri 430 perawat praktisi yang merawat lansia tingkat lanjut dan mahasiswa. Tanggal 19-22 September 2021 di Red Rock Hotel dan Casino di Las Vegas diadakan Pertemuan ke 31 yaitu “ Promoting Clinical Excellence Through Vision, Vitality & Visibility. Dalam pertemuan ini membuat struktur organisasi baru di mana Kathryn Barnoski terpilih menjadi presiden geriatri baru dan anggota GAPNA diganti dan diberikan tugas menolong identifikasi minat atau keahlian klinis anggota serta adanya penghargaan kelompok minat khusus gerontik seperti grup LGBT (Noor Rochmah, 2021).

2.3 Definisi

Berdasarkan Caroline Bunker dan Mary Kowaiski (2015), Wahjudi Nugroho (2015) dan Reny Yuli (2014) Gerontology bermula dari Geros yang artinya lansia dan logos artinya ilmu. Gerontology adalah keilmuan yang mempelajari tentang terjadinya manusia mengalami penuaan dan gangguan yang berhubungan dengan lansia . Menurut Reny Yuli (2014), Geriatric terdiri dari Geros yang berarti lansia dan Eatrie artinya kesehatan/ medikal. Geriatrik

adalah ilmu tentang penyakit atau gangguan yang dialami lansia. Gerontik terdiri dari 2 kata yaitu gerontology dan geriatrik. Keperawatan gerontik merupakan suatu jenis pelayanan khusus berdasarkan keilmuan keperawatan gerontik yang terdiri biologis, psikologis, sosial, cultural dan spiritual yang menyeluruh pada lansia yang sehat dan tidak sehat secara pribadi, keluarga, group dan global.

Menurut Wahjudi Nugroho (2015) gerontology adalah keilmuan yang mempelajari tentang gangguan yang berhubungan dengan lansia. Gerontological nursing / geriatric nursing yaitu kekhususan perawat lansia yang mempunyai tugas merawat dan mengoptimalkan fungsi lansia secara menyeluruh. Mauk (2014) dalam Noor Rahmah (2021) Keperawatan gerontik adalah ilmu tentang seorang manusia yang menjalani proses menua yang dicirikan transformasi dalam segi fisik, perasaan dan sosial.

Lanjut Usia yaitu seseorang yang sudah menjalani proses kehidupan dari sejak bayi, anak, dewasa dan tua dan mengalami perubahan secara fisik, intelektual dan batin sehingga timbul perubahan biologis yang terdiri kulit lembek, rambut tidak hitam lagi, tidak ada gigi, kurang bisa mendengar dengan baik, mata kabur, kurang bisa beraktivitas dengan cepat dan bentuk badan tidak sepadan (Dede Nasrullah, 2016).

2.4 Batasan Lanjut Usia

1. Menurut WHO dalam Dede Nasrullah (2016), batasan lanjut usia meliputi:
 - a. Usia pertengahan (middle age) adalah kelompok umur 45-59 tahun
 - b. Lanjut usia (elderly) yaitu umur 60-74 tahun
 - c. Lanjut Usia (old) ialah umur 75 -90 tahun
 - d. Usia Sangat Tua (Very old) yaitu umur di atas 90 tahun
2. Berdasarkan Birren dan Jenner (1977) yang dikutip oleh Reny Yuli (2014), membagi usia lansia dalam tiga kelompok:
 - a. Usia Biologis: Menguraikan bahwa manusia lahir dalam keadaan hidup, tidak meninggal

- b. Usia Psikologis: menjelaskan bahwa orang mampu menyesuaikan diri pada keadaannya sendiri.
 - c. Usia Sosial: harapan peran yang diberikan ke banyak orang lain berdasarkan umur.
3. Menurut Depkes RI dalam Reny Yuli (2014), membagi lanjut usia menjadi dalam tiga kelompok yaitu:
 - a. Kelompok menjelang usia lanjut 45-54 tahun: kondisi ini disebut masa virilitas
 - b. Kelompok usia lanjut 55-64 tahun: masa presenium
 - c. Kelompok usia lanjut di atas 65 tahun: masa senium
4. Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2016, ada tiga kelompok lansia yaitu:
 - a. Pra Lanjut Usia: kelompok 45-59 tahun
 - b. Lanjut Usia: kelompok 60-69 tahun.
 - c. Lanjut Usia Risiko Tinggi: kelompok di atas 70 tahun atau di atas 60 tahun dengan gangguan kesehatan.
5. Menurut Noor Rahmah (2021), Lansia adalah seorang yang sudah berumur 65 tahun ke atas dan dikelompokkan berdasarkan umur.
6. Berdasarkan Touhy dan Jett (2014) yang dikutip oleh Noor Rahmah (2021): lansia dibagi dalam 4 kelompok yaitu:
 - a. Lansia muda: 65-74 tahun
 - b. Lansia pertengahan: 75- 84 tahun
 - c. Lansia tua: 85- 99 tahun
 - d. Lansia sangat tua: lebih dari 100 tahun

2.5 Tipe Lansia

Menurut Dede Nasrullah (2016), tipe lansia terbagi atas 5 bagian yaitu:

1. Tipe Arif Bijaksana
Lansia yang mempunyai pengalaman banyak, dapat beradaptasi dengan zaman yang ada, mempunyai aktivitas, ramah, tidak tinggi

hati, tidak sombong, tidak pelit dan dapat menjadi contoh untuk orang lain.

2. Tipe Mandiri

Lansia yang suka cari kegiatan yang beda, berhati-hati dalam segala hal, suka bekerja dan berteman dengan orang lain.

3. Tipe Tidak Puas

Lansia yang tidak puas dengan keadaannya sekarang di mana lansia tersebut tidak cantik lagi, tidak kuat lagi, tidak berkuasa lagi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani dan sering complain.

4. Tipe Pasrah

Lansia yang menerima keadaan apa adanya, rajin beribadah, suka menolong, menunggu nasib baik datang dan tidak pilih pekerjaan.

5. Tipe Bingung

Lansia yang sering tersentak, mengalami kepribadian yang hilang, sering menarik diri, rendah diri, tidak aktif dan cuek.

2.6 Tujuan Gerontik dan Gerontologi

Berdasarkan Noor Rahmah (2021), tujuan keperawatan gerontik terdiri dari:

1. Mengurangi gangguan kesehatan kronik yang mengarah ke komplikasi pada lansia.
2. Mengurangi kecacatan dan efek samping obat.
3. Agar kehidupan lansia berkualitas, gembira, damai dan tentram.
4. Agar lansia tidak banyak bergantung ke orang lain dan membantu lansia beraktivitas setiap hari.
5. Menyesuaikan kelemahan fisik dikarenakan lansia mengalami proses menua.
6. Agar lansia dapat bersosialisasi dengan baik dengan orang lain.
7. Lansia dapat menyelesaikan masalah kesehatannya sendiri dengan baik.

8. Mengembangkan partisipasi lansia dalam bersosialisasi dengan cekatan dan luwes.
9. Menyiapkan lansia menghadapi akhir hidup.
10. Lansia dapat sadar akan pentingnya merawat kesehatan sendiri.
11. Mendukung asuhan lansia di rumah.
12. Membantu keluarga lansia agar bisa percaya diri dalam memberikan pengasuhan.

Menurut Wahyudi Nugroho (2015), tujuan gerontology adalah

1. Meyakinkan lansia tentang perubahan fisik yang berhubungan dengan proses menua
2. Agar lansia dapat memiliki jati diri kepribadian dengan baik
3. Agar lansia dapat sehat dari segi fisik, keagamaan dan bersosialisasi secara baik.
4. Memberikan semangat dan mengaktifkan masyarakat dalam tindakan mensejahterakan lansia.
5. Agar keperluan lansia terpenuhi dengan baik setiap hari.
6. Meningkatkan kemampuan lansia beraktivitas setiap hari.
7. Agar lansia dapat pulih dan sembuh dari sakit.
8. Agar lansia memiliki kehidupan masa tua yang gembira dan berfungsi di dalam keluarga, masyarakat dan bangsa.

2.7 Sifat Pelayanan Keperawatan Gerontik

Menurut Reny Yuli (2014), sifat pelayanan keperawatan gerontik ada 4 bagian yaitu independen, interdependen, humanistik dan holistik.

1. Independen: dapat melakukan asuhan keperawatan secara mandiri.
2. Interdependen: Dapat melakukan proses keperawatan dengan berkolaborasi dengan bagian kesehatan lainnya.
3. Humanistik: Memandang lansia sebagai manusia yang dapat diberikan proses keperawatan secara cukup dan humanistik.

4. Holistik: Lansia mempunyai keperluan yang lengkap secara fisik, psikososial dan spiritual dengan perbedaan satu sama lain.

2.8 Ruang Lingkup Keperawatan Gerontik

Menurut Reny Yuli (2014), ruang lingkup keperawatan gerontik terdiri dari:

1. Pencegahan ketidakmampuan karena lansia mengalami proses menua.
2. Perawatan kebutuhan lansia akibat dari proses menua
3. Pemulihan mengatasi keterbatasan lansia.

2.9 Peran dan Fungsi Perawat Gerontik

Menurut Noor Rochmah (2021), perawat gerontik dituntut memberikan asuhan keperawatan yang maksimal yang berfungsi mencegah keadaan yang lebih buruk. Aktivitas yang berkaitan dengan psikologis, personal hygiene, mobilitas, bersosialisasi dengan orang lain memerlukan perawatan gerontik yang luwes dan bertanggung jawab. Fokus keperawatan gerontik untuk mengatasi keadaan kronis dan memaksimalkan peran perawat yang mulai menurun. Jenis keperawatan lansia adalah perawatan jangka panjang di panti werdha dan rumah di mana perawatan lanjutan mencakup perawatan primer, pencegahan, transisi, rehabilitasi dan manajemen keperawatan.

Berdasarkan Noor Rochmah (2021) dan Reny Yuli (2014), Peran dan Fungsi Perawat gerontik adalah sebagai care giver atau pemberi perawatan secara langsung yang terdiri dari:

1. Perawat menginformasikan ke lansia tentang gangguan dan keadaan yang dialami lansia yang berkaitan dengan bio-psiko-sosio.
2. Memfasilitasi keluarga lansia terhadap pelayanan kesehatan yang gampang dijangkau oleh lansia.

3. Melakukan nursing intervention yang berfungsi mengurangi penyebab dan akibat yang terjadi pada lansia.
4. Membuat lansia percaya diri dan tidak minder
5. Menginformasikan ke lansia tentang kerawanan malapetaka yang akan terjadi.
6. Mengkaji asuhan keluarga khususnya berkaitan dengan lansia
7. Mengkaji keperluan keluarga dalam merawat lansia di rumah
8. Merencanakan tindakan keperawatan dengan keluarga lansia di bagian keluarga dan masyarakat.
9. Mengajarkan tindakan perawatan ke pengasuh di rumah karena bisa terjadi gejala-gejala yang berbeda setiap lansia.

Menurut Noor Rochmah (2021) dan Reny Yuli (2014), peran dan fungsi perawat gerontik yang lain adalah:

1. Sebagai pendidik atau pengajar
Perawat mengajar tentang penyebab dan pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan gangguan –gangguan yang dialami lansia. Perawat lebih khusus mengajarkan lansia utk menghindari hal-hal yang bisa membuat lebih parah gangguan kesehatannya dengan berolahraga, mengolah masalah dengan mengurangi konflik, makan makanan bersih dan matang, tidak merokok dan menjaga berat badan.
2. Manajer
Perawat berfungsi sebagai pengatur perawat dan pengasuh lansia lainnya khususnya perawat praktisi berlisensi, pembantu perawat yang mempunyai sertifikat dan tenaga kesehatan lainnya yang ikut serta dalam melakukan proses keperawatan lansia.
3. Advokat
Perawat bertugas mendeskripsikan tindakan prosedur keperawatan, memberikan promosi kesehatan ke lansia dan mendukung dalam mengambil keputusan secara mandiri dengan tepat.
4. Peneliti (innovator)
Perawat gerontik perlu melakukan penelitian untuk menghasilkan hal-hal yang baru yang berkaitan dengan ilmu pengetahuan, banyak

membaca jurnal artikel, mengambil banyak hasil penelitian orang lain agar proses perawatan lansia menjadi berkualitas. Selain itu, perawat bisa menjadi motivator dan konselor, manajer kasus, koordinator pelayanan dan manajer perawatan lansia yang melakukan pelayanan sesuai dengan hasil innovator yang dihasilkan.

5. Perawat Sertifikasi

Perawat yang mempunyai ilmu pengetahuan dan keahlian dalam keperawatan lansia. Ijazah perawat diperoleh dengan melewati pendidikan formal dan ujian. Ada 2 tingkatan sertifikasi perawat lansia yaitu generalis dan advanced yang memiliki kompetensi masing-masing.

6. Perawat Generalis

Perawat yang belajar keperawatan dan lulus diploma keperawatan serta mempunyai lesensi minimal 2 tahun. Tanggung jawab perawatnya adalah memberikan penilaian, merawat lansia, melakukan evaluasi intervensi, melakukan identifikasi masalah dan mendukung dalam melakukan tindakan keperawatan serta mengoptimalkan lansia menjadi mandiri.

7. Perawat Sertifikat Lanjutan

Salah satu penyedia sertifikasi keperawatan gerontik adalah The American Nurses Credentialing Center (ANCC) yang menghasilkan 2 jenis ijazah yaitu klinis spesialis keperawatan gerontik (GCNS-BC) dan praktisi perawat gerontik (GNP-BC). Perawat dengan ijazah advanced bertugas sebagai pengajar, counselor, peneliti, mengelola manajemen kasus, melakukan administrasi dan advokasi. Perawat ini perlu keterampilan merawat lansia dan gangguan kesehatan akut, bekerja sama dengan unit penyedia kesehatan dan tim kesehatan lainnya.

Perawat memberi perawatan formal bertugas memberi asuhan keperawatan, Lingkungan yang nyaman dan sehat, merawat lansia baik biopsikososio dan spiritual. Tugas lainnya memberikan asuhan keperawatan harian, nutrisi gizi yang seimbang, memberi obat dan

terapi, mengobservasi tanda-tanda vital lansia, memfasilitasi rehabilitasi lansia serta mendengarkan curhatan lansia.

2.10 Mitos-Mitos Lanjut Usia Dan Kenyataannya

Menurut Sheiera (1974) yang dikutip oleh Reny Yuli (2014), ada 7 mitos lansia yang terdiri dari:

1. Mitos Kedamaian dan Ketenangan
Lansia bisa menikmati keuntungan dari pekerjaannya di masa muda bagaikan sudah sukses di masa muda dulu. Kenyataannya lansia menghadapi masalah Karena miskin dan sering sakit-sakitan, mengalami tekanan mental, cemas serta sering berpikir yang aneh-aneh.
2. Mitos Konservatisme dan Kemunduran
Banyak anggapan bahwa lansia tidak produktif, kuno, tidak mengikuti perkembangan zaman, childish, sering berfokus ke masa lalu, kepala batu dan bawel. Kenyataan: tidak semua lansia bertingkah laku seperti itu
3. Mitos Berpenyakitan
Lansia dilihat dari orang yang sering terkena penyakit dan mengalami penderitaan dan kemunduran perilaku. Kenyataan Lansia memang mengalami penuaan dan daya tahan berkurang sehingga sering terkena penyakit. Penyakitnya tidak dapat dikontrol dan tidak bisa diobati.
4. Mitos Senilitas
Lansia dianggap orang yang pikun karena bagian otaknya yang rusak. Sementara ada jalan untuk membuat daya ingat meningkat.
5. Mitos Tidak Jatuh Cinta
Banyak anggapan lansia tidak mencintai lawan jenis. Kenyataan lansia bisa mencintai dan mempunyai perasaan ke lawan jenis.

6. Mitos Aseksualitas

Ada anggapan bahwa lansia tidak mau melakukan hubungan seksual dengan lawan jenis dan kurang bergairah dalam melakukan hubungan seks. Kenyataannya kehidupan seksual lansia normal hanya frekuensi melakukan seksual menurun.

7. Mitos Ketidakproduktifan

Ada anggapan lansia merupakan orang yang tidak menghasilkan. Kenyataan lansia cukup matang, mantap dan produktif.

2.11 Masalah Kesehatan Lansia

Menurut Reny Yuli (2014) dan Wahjudi Nugroho (2015), masalah lansia akan dihadapi oleh setiap orang dan akan berkembang karena:

1. Usia harapan hidup (life expectancy) pada di atas 70 tahun yang lebih banyak dari balita yang berada pada tingkat keempat di dunia setelah RRC, india dan Amerika Serikat
2. Pensiun dan tunjangan kesehatan yang belum memadai padahal lansia yang sakit dan miskin terus bertambah.
3. Tidak adanya care provider yang mau jaga dan merawat lansia.
4. Lansia perempuan lebih banyak dari lansia pria di mana lansia perempuan kurang terampil, tidak berdaya, kurang mampu dan miskin.
5. Terbatasnya mobilitas lansia, kurangnya kesempatan lansia bekerja karena lansia kurang kreatifitas bekerja.
6. Lansia kurang mampu dan memanfaatkan sumber-sumber yang ada.
7. Berkembangnya penyakit lansia yang lebih spesifik dan jarang ditemukan pada anak dan dewasa.
8. Sehubungan dengan jumlah penduduk semakin banyak dan mengalami kemiskinan, maka banyak pula lansia yang mengalami kemiskinan pula dan terlantar karena lansia tidak bekerja dan tidak punya uang untuk menyambung hidup.

9. Nilai keakraban kehidupan keluarga besar berkurang karena terbentuknya keluarga kecil yang berkembang pesat.
10. Mobilitas penduduk meningkat sehingga kebutuhan komunikasi dan transportasi untuk lansia belum dipersiapkan.
11. Pembinaan agar lansia sejahtera sangat terbatas berupa kurangnya tenaga yang kompeten, kurangnya data yang valid dan lengkap.
12. Di dalam daerah tradisional, lansia sangat dihormati dan dihargai sehingga lansia masih bisa aktif dan berfungsi di warga daerah. Tetapi di daerah industri, lansia kurang dianggap sehingga lansia merasa kesepian dan sendirian.
13. Daya tahan tubuh lansia yang berkurang sehingga lansia susah mendapatkan pekerjaan formal.
14. Lansia yang mengalami kemunduran kemampuan fisik dapat mengakibatkan kurangnya berperan di masyarakat sehingga lansia sangat bergantung ke orang lain.
15. Karena keadaan fisiknya, lansia membutuhkan rumah dan prasarana yang khusus buat lansia.
16. Lansia tidak hanya mengalami kemunduran biologis tetapi juga lansia kurang bersosialisasi dengan orang lain dan kurang bersatu dengan Lingkungan sehingga menyebabkan lansia kurang berbahagia.
17. Lansia mengalami ketakutan karena mengalami ketergantungan fisik dan ekonomi, terkena penyakit kronis, kesepian, bosan dan merasa diabaikan.
18. Biaya pengobatan lansia hanya 5% dari perusahaan, terkena penyakit kronis yang akan menyebabkan lansia meninggal.

2.12 Kemandirian Lansia

Menurut Reny Yuli (2014), Lansia akan mengalami kehilangan mandiri dan semakin tergantung dengan orang lain. Ketergantungan bisa menjadi structural (sosiologi), fungsional/ fisik dan perilaku (psikologis). Ketergantungan

perilaku merupakan penurunan biologis dan akibat dari faktor sosial budaya yang kemudian lansia mudah terkena penyakit.

Kemandirian lansia berhubungan dengan tugas perkembangannya sehingga lansia harus mampu:

1. Menyesuaikan diri terhadap kurangnya kekuatan fisik dan kesehatan
2. Menyesuaikan diri pada pemasukan uang yang berkurang
3. Menyesuaikan diri pada suami atau istri yang telah pergi selamanya (berduka).
4. Membentuk hubungan dengan teman yang seumuran
5. Lansia mengalami penyesuaian diri dengan cara bersosialisasi ke orang yang seumuran
6. Lansia membentuk kehidupan biologis yang menguntungkan dirinya
7. Panti Werdha yang didirikan untuk lansia agar dibangun dengan adanya privacy buat lansia dan lansia bisa berteman akrab dengan lansia yang lain.

2.13 Peranan WHO terhadap Perawatan Lansia

Berdasarkan WHO (2018), unsur-unsur jenis perawatan lansia yang terdiri dari tiga tingkatan yaitu

1. Berfokus pada tujuan dan kebutuhan lansia. Semua elemen perawatan terpadu berfokus pada kebutuhan dan tujuan unik lansia
2. Menyediakan perawatan klinis terpadu buat lansia termasuk penilaian yang komprehensif, tujuan bersama dan rencana perawatan yang dibagikan ke semua penyedia
3. Penyelarasan sistem kesehatan untuk membuat lebih mudah mengintegrasikan perawatan untuk lansia.

Menurut WHO (2018), ada tiga hal yang bisa dilakukan petugas kesehatan penyedia perawatan primer untuk para lansia yaitu:

1. Menggunakan strategi manajemen kasus termasuk penilaian komprehensif, rencana keperawatan dan tindak lanjut yang proaktif.
2. Menerapkan intervensi klinik berbasis bukti.
3. Bekerja sama dengan penyedia perawatan lain.

Bab 3

Perubahan Fisik Pada Lansia

3.1 Perubahan Perubahan Fisiologis

Perubahan fisik yang terjadi pada lansia meliputi perubahan dari tingkat sel sampai semua sistem organ tubuh, diantaranya sistem pernapasan, pendengaran, penglihatan, kardiovaskuler, sistem pengaturan suhu tubuh, muskuloskeletal, gastro intestinal, genitourinaria, endokrin dan integumen Menurut Nugroho (2008). Begitu Pula perubahan yang terjadi pada lansia bukan hanya pada fisik saja, tapi membawa pengaruh serta perubahan menyeluruh baik fisik, sosial, mental, dan moral spiritual, yang keseluruhannya saling kait mengait antara satu bagian dengan bagian lainnya (padla, 2013).

3.1.1 Penurunan Fungsi Pada Sistem Pernafasan Lansia

Sistem Pernapasan Jumlah kantong udara (alveoli) pada usia lanjut akan berkurang dibandingkan pada saat usia dewasa. Otot pernafasan kaku dan kehilangan kekuatan, sehingga volume udara inspirasi berkurang, sehingga menyebabkan pernafasan cepat dan dangkal. Penurunan aktivitas paru (mengembang dan mengempisnya) sehingga jumlah udara pernafasan yang masuk ke paru mengalami penurunan, kalau pada pernafasan yang tenang kira kira 500 ml. Masalah gangguan pernapasan yang timbul pada lansia adalah

radang paru-paru, TB, bronchitis, emfiseme dan turunya daya tahan paru-paru yang menjadikan lansia rentan terhadap berbagai gangguan paru-paru dan pernapasan.

3.1.2 Pendengaran

Menurunnya pendengaran pada lansia terjadi karena degenerasi primer di organ korti berupa hilangnya sel epitel saraf yang dimulai pada usia pertengahan. Adapun masalah yang sering terjadi yaitu gangguan pendengaran (Presbiakuris), hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara, antara lain nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 65 tahun, membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis dan terjadinya pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkatnya keratin.

3.1.3 Penurunan Fungsi Panca Indera

Penglihatan Pada lansia telah terjadi penurunan kemampuan penglihatan atau degenerasi jaringan di dalam bola mata. Perubahan kemampuan ini berhubungan dengan perubahan struktur jaringan bola mata meliputi perubahan pada lensa mata, iris, pupil, badan kaca, dan retina. Permasalahan kesehatan yang sering terjadi pada lansia yaitu timbulnya sclerosis dan hilangnya respon pupil terhadap sinar, terjadinya kekeruhan pada lensa / lensa lebih suram, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, susah melihat dalam cahaya gelap, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang dan berkurangnya luas pandang.

3.1.4 Penurunan Fungsi Sistem kardiovaskuler

Penurunan sistem kardiovaskuler pada lansia akan menyebabkan beberapa masalah yang kemungkinan terjadi yaitu katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% per tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume, kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg (mengakibatkan pusing mendadak), dan tekanan darah meningkat akibat meningkatnya resistensi pembuluh darah prifer (normal + 170/95 mmHg).

3.1.5 Proses penuaan pada kulit

Penurunan fungsi tersebut dapat terjadi dari dua jenis fenomena yaitu fenomena ilmiah yang terjadi akibat keturunan, hormonal, malnutrisi dan sebagainya, serta fenomena photoaging yang diakibatkan oleh lingkungan. Adapun masalah lainnya yang ditemukan pada lansia yaitu: kulit keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kering dan berkurang elastis karena menurunnya cairan dan hilangnya jaringan adiposa, kelenjar keringat mulai tidak bekerja dengan baik sehingga tidak begitu tahan terhadap panas dengan temperatur yang tinggi, kulit pucat dan terdapat bintik-bintik hitam akibat menurunnya aliran darah dan menurunnya sel-sel yang memproduksi pigmen, menurunnya aliran darah dalam kulit juga menyebabkan penyembuhan luka kurang baik, kuku pada jari tangan dan kaki menjadi tebal dan rapuh, pertumbuhan rambut berhenti, rambut menipis dan botak serta warna rambut kelabu, pada wanita > 60 tahun rambut menurun akibat kecepatan metabolisme yang menurun dan keterbatasan refleks menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak, rendahnya aktivitas otot.

3.1.6 Sistem Pencernaan Pada Pencernaan Lansia

Sistem pencernaan pada lansia mengalami penurunan terjadi perubahan pada kemampuan digesti dan absorpsi yang terjadi akibat hilangnya opioid endogen dan efek berlebihan dari kolesistokinin sehingga dapat memunculkan anoreksia. Perubahan atrofik juga terjadi pada mukosa, kelenjar, dan otot-otot pencernaan. Berbagai perubahan morfologik akan menyebabkan perubahan fungsional sampai perubahan patologik, seperti gangguan mengunyah dan menelan, perubahan nafsu makan, sampai pada berbagai penyakit. Permasalahan kesehatan sistem pencernaan lain yaitu: kehilangan gigi sehingga menyebabkan adanya periodontal disease yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk. Begitupula indra pengecap menurun, adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atrofi indra pengecap (+80%), hilangnya sensitivitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa manis, asin, masam, dan pahit, esofagus melebar, sensitivitas lapar menurun, asam lambung menurun, peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi, fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu), liver (hati): makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

3.1.7 Penurunan Sistem Muskuloskeletal Lansia

Kelenturan, kekuatan otot, dan daya tahan sistem muskuloskeletal pada lansia umumnya berkurang. Penurunan sistem muskuloskeletal pada lansia dapat diperparah oleh penyakit seperti osteoarthritis, rematik, dan penyakit yang biasa menyerang muskuloskeletal. Permasalahan lansianya pada lansia yaitu kerapuhan tulang sehingga menyebabkan risiko terjadi fraktur, kyphosis, persendian besar dan menjadi kaku, pinggang, lutut, dan jari pergelangan tangan terbatas. Dan pada diskus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tinggi badan berkurang).

3.1.8 Penurunan Sistem Endokrin pada Lansia

Fungsi endokrin yaitu organ yang mengeluarkan hormon-hormon. Sistem endokrin biasanya terganggu pada proses penuaan. Akibatnya metabolisme dalam sel-sel dan kemampuan tubuh untuk mengatasi stress terganggu (Soekirman, 2006). Adapun permasalahan lainnya yang terjadi yaitu: produksi hampir semua hormon menurun, pituitary: pertumbuhan hormon ada tetapi lebih rendah dan hanya ada di pembuluh darah dan berkurangnya produksi dari ACTH, TSH, FSH, dan LH, menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya produksi aldosterone, menurunnya sekresi hormon progesteron, estrogen, testosterone serta defisiensi hormon dapat menyebabkan hipotiroidisme, depresi dari sumsum tulang, serta kurang mampu dalam mengatasi tekanan jiwa (stress).

3.1.9 Perubahan sistem reproduksi dan kegiatan seksual

Pada lansia akan mengalami perubahan sistem reproduksi dan kegiatan seksual, hal ini disebabkan secara fisiologis terjadinya proses menua yang alami pada lansia. Adapun permasalahan pada lansia yaitu: selaput lendir vagina menurun/kering, menciutnya ovarium dan uterus, atrofi payudara, testis masih dapat memproduksi meskipun adanya penurunannya secara berangsur-angsur, dorongan seks menetap sampai usia di atas 70 tahun, asal kondisi kesehatan baik.

3.2 Sistem Genitalia

Pada sistem genitalia pada lansia biasanya akan ditemukan permasalahan yaitu sebagai berikut ginjal akan mengalami perubahan bentuk menjadi mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, aliran penyaringan di glomerulus menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang akibatnya berkurangnya kemampuan mengkonsentrasi urin, berat jenis urin menurun proteinuria (biasanya+1), vesika urinaria/kandung kemih: otot-otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi BAK meningkat, vesika urinaria susah dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga meningkatnya retensi urin, pembesaran prostat + 75% dimulai oleh pria di atas 65 tahun dan pada wanita akan terjadi atrofi vulva, pada bagian vagina selaput menjadi kering, elastisitas jaringan menurun juga permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifatnya lebih alkali terhadap perubahan warna serta daya frekuensi seksual cenderung menurun walaupun masih dapat melakukan dan menikmati kegiatan seksual.

Bab 4

Perubahan Psikososial Lansia

4.1 Pendahuluan

Usia lanjut adalah salah satu fase dalam kehidupan manusia. Fase ini dimulai ketika seseorang telah mencapai usia di atas 65 tahun. Pada periode ini, individu akan mengalami berbagai perubahan secara biologi, psikologi dan juga sosial. Konsep usia lanjut menekankan pentingnya mempromosikan kesejahteraan dan mengurangi masalah yang dihadapi oleh orang lanjut usia. Hal ini dapat dilakukan melalui peningkatan partisipasi dalam kegiatan sosial, meningkatkan keterlibatan dalam kegiatan kesehatan (termasuk perawatan kesehatan dan rehabilitasi) dan menyediakan dukungan dan pelayanan yang tepat untuk membantu para orang tua tetap produktif dan berpartisipasi aktif dalam kehidupan masyarakat. Usia lanjut adalah salah satu fase dalam kehidupan manusia. Fase ini dimulai ketika seseorang telah mencapai usia di atas 65 tahun.

Konsep usia lanjut menekankan pentingnya mempromosikan kesejahteraan dan mengurangi masalah yang dihadapi oleh orang lanjut usia. Hal ini dapat dilakukan melalui peningkatan partisipasi dalam kegiatan sosial, meningkatkan keterlibatan dalam kegiatan kesehatan (termasuk perawatan kesehatan dan rehabilitasi) dan menyediakan dukungan dan pelayanan yang tepat agar dapat memfasilitasi para usia lanjut tetap produktif serta dapat berpartisipasi aktif dalam kehidupan masyarakat. Lanjut usia merupakan masa kehidupan

individu yang biasanya memasuki pada usia 65 tahun ke atas. Pada saat ini, orang yang berusia lanjut akan mengalami perubahan psikososial sebagai akibat dari banyak faktor eksternal dan internal. Faktor-faktor ini meliputi kondisi medis, status sosial dan ekonomi, stres di tempat kerja atau rumah tangga, gaya hidup di luar pekerjaan, pendidikan formal maupun informal dan juga budaya lingkungannya (Keller & Veevers et al., 2018; Ryff & Singer et al., 2014).

Penelitian terbaru telah menemukan hubungan antara perubahan psikologis dengan munculnya beberapa masalah kesehatan fisik pada usia lanjut (López-Otín & Blanco et al., 2013). Oleh karena itu penting untuk mempelajari dampak negatif berkelanjutan dari gangguan psiko-sosial tersebut agar bisa mendapatkan solusi yang tepat untuk mengamalkannya. Tujuannya adalah untuk memberikan pelayanan optimal bagi para lansia agar mereka tetap produktif secara social maupun spiritual. Proses menua adalah perubahan kronologis yang terjadi pada tubuh manusia seiring dengan bertambahnya usia. Proses ini biasanya dimulai pada usia 40-50 tahun.

Proses ini meliputi perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial. Secara fisiologis, proses menua ditandai dengan menurunnya fungsi organ tubuh, seperti penurunan penglihatan, pendengaran, dan daya ingat. Secara psikologis, proses ini ditandai dengan perubahan suasana hati dan tingkah laku, termasuk perubahan orientasi dan ambisi. Secara sosial, proses menua ditandai dengan perubahan hubungan sosial, perubahan status sosial, dan keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. (Miller, 2015). Perubahan Psikososial pada usia lanjut adalah perubahan yang terjadi pada usia tua dalam hal kognisi, perilaku, sikap, emosi, dan kemampuan beradaptasi atau menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan. Perubahan ini dapat memengaruhi kualitas hidup dan kesehatan jiwa seseorang. Perubahan psikososial pada usia lanjut meliputi berbagai aspek. Beberapa dari aspek ini meliputi: kehilangan independensi, masalah kesehatan fisik, perubahan dalam hubungan sosial dan keluarga, kurangnya aktivitas fisik, penurunan daya ingat, dan berkurangnya kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan. (Ratnawati, 2017)

4.2 Definisi Psikososial

Konsep psikososial pada usia lanjut berkaitan dengan bagaimana seseorang di usia lanjut menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi. Konsep ini berfokus pada aspek biopikologis, sosial dan perilaku yang memengaruhi orang tua dalam situasi hidup mereka. Mereka harus beradaptasi dengan kehilangan pekerjaan, pasangan hidup atau anak-anaknya saat pensiun dan juga menghadapi perubahan fisiologis seperti penurunan fungsi kognitif secara alami akibat proses penuaan (Hendriks et al., 2020). Aspek biopikologis meliputi ekspresi emosi, masalah mental dan gangguan neurologis usia lanjut; aspek sosial meliputi hubungan interpersonal antar generasi muda-tua; sedangkan aspek perilaku adalah strategi coping untuk adaptasi kehidupannya (Vijay & Goyal, 2016). Usaha untuk meningkatkan kualitas hidup lansia harus dimulai sebelum mereka renta atau pensiun agar lebih siap menerima tantangan baru dalam lingkungan baru. Prinsip utama tentu saja adalah mendukung partisipasinya di semua bidang aktivitas guna memberikan pelayanan terbaik baginya (Beard et al., 2018). Kata Psikososial terdiri dari dua suku kata pertama yaitu *psyche*, kedua *social*. *Psyche* lebih pada aspek psikologis seseorang (pikiran, perasaan dan perilaku), sedangkan *social* mengarah pada hubungan eksternal seseorang dengan orang-orang di sekitarnya (Pusat Darurat Fakultas Psikologi UI dalam Yuanita, 2016). Psikososial adalah hubungan antara status sosial seseorang dengan kesehatan mental atau emosionalnya, yang meliputi aspek psikologis dan sosial. Psikososial mengacu pada hubungan dinamis antara faktor psikologis dan sosial yang saling berinteraksi dan memengaruhi. Perubahan psikososial adalah nilai seseorang, seringkali diukur dengan produktivitas dan identitas peran kerja seseorang. Ketika seseorang pensiun, mereka mengalami kehilangan pendapatan, kehilangan status, kehilangan hubungan dan aktivitas, yang dapat menyebabkan keterasingan dari lingkungan sosial dan perasaan kesepian akibat perubahan gaya hidup.

4.3 Perubahan Psikososial

4.3.1 Penurunan Kondisi Fisik

Ketika orang menjadi tua, mereka biasanya mulai menderita beberapa kondisi fisik patologis (banyak patologi) seperti penurunan energi, penurunan energi, kerutan pada kulit, kehilangan gigi, tulang yang lebih lemah, dan lain-lain. kondisi seseorang yang telah mencapai usia lanjut telah memburuk beberapa kali. Semua itu dapat mengakibatkan gangguan atau penyimpangan fungsi fisik, psikis dan sosial yang pada akhirnya dapat menimbulkan keadaan ketergantungan pada orang lain. Seorang lanjut usia harus dapat menjaga kebugaran fisik yang sehat seiring dengan kebutuhan fisik dan kondisi psikologis dan sosial dengan mengurangi aktivitas yang menuntut fisik. Lansia harus dapat mengatur gaya hidupnya dengan baik, seperti makan, tidur, istirahat dan bekerja secara seimbang.

4.3.2 Penurunan Fungsi dan Potensi Seksual

Kemunduran fungsional dan efisiensi seksual pada lansia sering dikaitkan dengan berbagai gangguan fisik, seperti: masalah jantung, gangguan metabolisme(diabetes, vaginitis), segera setelah operasi: pengangkatan prostat, kekurangan gizi, pencernaan yang buruk atau nafsu makan yang sangat buruk., penggunaan obat - obat tertentu, misalnya obat tekanan darah, golongan steroid, obat penenang.

Faktor psikologis yang menyertai lansia adalah:

1. Perasaan tabu atau malu untuk mempertahankan kehidupan seksual
2. Sikap keluarga dan masyarakat yang tidak didukung dan diperkuat oleh tradisi dan budaya.
3. Kelelahan atau kebosanan karena kurangnya variasi dalam hidup.
4. Suami meninggal.
5. Disfungsi seksual akibat perubahan hormonal atau masalah kesehatan mental lainnya seperti kecemasan, depresi, pikun

4.3.3 Penurunan Aspek Psikososial

Mayoritas manusia setelah mencapai usia lanjut akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotorik. Fungsi kognitif meliputi proses

pembelajaran, persepsi, pemahaman, perhatian, dan lain-lain, yang dapat memperlambat reaksi dan perilaku lansia. Fungsi psikomotorik (konatif) meliputi hal-hal yang berkaitan dengan impuls-impuls kehendak, seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang menyebabkan kemunduran pada lansia. Akibat penurunan kedua fungsi tersebut, lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan kepribadian lansia.

Beberapa perubahan tersebut dapat dibedakan berdasarkan lima tipe kepribadian lansia sebagai berikut:

1. Kepribadian konstruktif (*constructive personality*), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami kebingungan, tenang dan stabil hingga usia lanjut.
2. Tipe kepribadian mandiri, tipe ini cenderung mengalami *post-power syndrome*, terutama ketika lansia tidak banyak melakukan aktivitas yang dapat memberikan kemandirian.
3. Tipe kepribadian dependen, tipe ini biasanya sangat dipengaruhi oleh kehidupan keluarga, jika kehidupan keluarga selalu harmonis, usia lanjut tidak mengkhawatirkan, tetapi ketika pasangan meninggal, yang selamat menjadi tidak bahagia, apalagi jika tidak segera bangkit dari kesedihan.
4. Tipe kepribadian yang tidak baik, pada tipe ini lansia masih merasa tidak puas ketika dihidupkan kembali, banyak keinginan yang terkadang tidak diperhatikan dengan baik sehingga membuat keadaan ekonomi mereka berantakan.
5. Tipe kepribadian *Self-criticism* (kepribadian yang membenci diri sendiri), pada lansia tipe ini biasanya terlihat tidak bahagia karena tingkah lakunya sendiri yang menyulitkan orang lain atau cenderung mempersulit diri sendiri.

4.3.4 Perubahan yang Berkaitan Dengan Pekerjaan

Perubahan ini biasanya dimulai saat lanjut usia memasuki waktu pensiun. Meskipun tujuan pensiun yang ideal adalah agar lansia dapat menikmati hari tua atau menikmati adanya jaminan hari tua, namun pada realita nyata sering diartikan sebaliknya, karena pensiun sering diartikan sebagai pengurangan atau terhentinya mendapatkan penghasilan, jabatan, status, peran, fungsi, status dan

harga diri. Reaksi setelah pensiun lebih tergantung pada model kepribadian mereka seperti yang dijelaskan pada bagian di atas. Bahkan, ada yang menerimanya, ada yang takut kehilangannya, ada yang senang dengan asuransi pensiun, dan ada yang terkesan cuek dengan masa pensiun (menyerah). Semua sikap tersebut sebenarnya memengaruhi setiap orang, baik positif maupun negatif. Pengaruh positif lebih menenangkan lansia, dan pengaruh negatif merusak kesejahteraan lansia. Agar masa pensiun memberikan efek yang lebih positif, maka harus ada masa persiapan pensiun yang benar-benar sarat dengan kegiatan persiapan, bukan sekedar waktu masuk kerja atau tidak membayar gaji. Persiapannya terencana, terorganisir dan terkendali bagi setiap orang yang akan pensiun. Bila perlu diberikan penilaian untuk mengetahui arah minat, sehingga kegiatan berjalan dengan jelas dan positif. Merencanakan kegiatan setelah pensiun dan hari tua dapat dipraktikkan untuk memantapkan arah kepentingan masing-masing orang. Misalnya bagaimana bertindak sebagai wiraswasta, menyalurkan minat dan hoby, bagaimana membuka perusahaan sendiri, dan masih ada banyak sekali jenisnya.

4.3.5 Perubahan Dalam Peran Sosial di Masyarakat

Penurunan kemampuan fungsional organ pendengaran, organ penglihatan, gerakan tubuh, dan lain-lain, lansia mengalami gangguan fungsi sosial atau bahkan cedera. Misalnya, tubuh cacat, kemampuan mendengar sangat terganggu, kemampuan melihat menjadi berkurang, dan lain-lain, maka kondisi ini dapat menyebabkan lanjut usia merasa terasing. Kondisi ini harus dihindari dengan selalu mengajak mereka untuk berpartisipasi dalam kegiatan tersebut, selama yang bersangkutan masih mampu menghindari perasaan tersisih atau terasing. Karena dengan keterasingan, semakin menolak untuk berinteraksi dengan orang lain dan terkadang masih terlihat perilaku regresif, seperti mudah menangis, mengurung diri, mengumpulkan barang-barang yang tidak perlu serta menangis dan menangis saat bertemu orang lain sehingga tingkah lakunya seperti anak kecil. Menghadapi berbagai permasalahan tersebut di atas, para lansia yang telah berkeluarga umumnya masih sangat beruntung karena anggota keluarga seperti anak, cucu, cicit, kerabat bahkan mertua biasanya membantu dengan kesabaran dan pengorbanan. Namun, para lansia yang tidak memiliki keluarga atau sanak saudara karena lajang, atau yang memiliki pasangan tetapi anak dan pasangannya meninggal dunia, apalagi tinggal di luar negeri seringkali terlantar.

4.4 Teori Perubahan Psikososial Lansia

Teori perubahan pada usia lanjut adalah sebuah teori yang berfokus pada bagaimana orang tua menyesuaikan diri dengan perubahan fisik, psikologis, dan sosial di usia tua. Teori ini berfokus pada usia lanjut sebagai sebuah proses adaptasi yang mencakup berbagai elemen, termasuk pembelajaran, kesejahteraan, dan kesehatan. Teori ini menekankan bahwa orang tua harus menyesuaikan diri dengan perubahan fisik, sosial dan psikologis yang berkaitan dengan usia lanjut dan menggunakan strategi adaptasi yang efektif.

Liu, J (2021), terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan perubahan psikososial pada lansia yaitu teori Psikologis, yang terdiri dari:

1. Teori Tugas Perkembangan, menurut Havigurst (1972), teori ini menyebutkan bahwa tugas perkembangan pada usia lanjut adalah:
 - a. Adaptasi terhadap berkurangnya kekuatan fisik dan kesehatan
 - b. Adaptasi terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan
 - c. Adaptasi terhadap kehilangan teman hidup atau kematian pasangan
 - d. Menjalin hubungan dengan teman sebaya
 - e. Mengatur tempat tinggal fisik yang memuaskan
 - f. Beradaptasi dengan peran sosial dengan fleksibilitas tugas perkembangan.
2. Teori individu menurut Jung menyatakan kepribadian individu terdiri dari ego, ketidaksadaran dan ketidaksadaran kolektif. Kepribadian seseorang diibaratkan seperti melalui dunia luar atau pengalaman subyektif dan internal (introvert). Keseimbangan kekuatan ini penting untuk kesehatan mental.
3. Teori delapan tingkat kehidupan. Tugas perkembangan usia lanjut yang harus dialami adalah tercapainya keseimbangan hidup atau timbulnya perasaan putus asa. Teori perkembangan keselarasan keutuhan diri Erickson dapat dipilih pada tiga tingkatan, yaitu perbedaan diri dalam peran kerja profesional, perubahan tubuh dalam model profesional, dan perubahan diri antara diri profesional. Pada fase perbedaan ego, lansia harus menerima tugas perkembangan untuk menerima identitas mereka sebagai orang tua dan menerima

dukungan yang cukup dari lingkungan untuk menghadapi peran (perawatan) orang tua yang baru. Pensiun dan/atau melepaskan pekerjaan bisa terasa menyakitkan dan menyebabkan jatuhnya harga diri.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa teori tugas perkembangan pada masa usia lanjut merupakan teori yang menunjukkan bahwa orang dewasa tua harus menghadapi berbagai tugas untuk mencapai keseimbangan psikologis dan teori tugas perkembangan juga merupakan teori yang didasarkan pada gagasan bahwa selama usia lanjut, individu menghadapi berbagai tugas perkembangan yang harus dipenuhi untuk mencapai kepuasan dan kesejahteraan emosional

4.5 Faktor yang memengaruhi Kesehatan Psikososial Lansia

Menurut Miller (2015), faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan psikososial lansia adalah:

1. Kemunduran kondisi fisik setelah penuaan, biasanya mereka mulai mengalami kemunduran berbagai kondisi fisik (banyak patologi). Menurut Ratnawat (2017), perubahan fisik terdiri dari:
 - a. Perubahan kulit: kulit wajah, leher, lengan dan tangan menjadi kering dan keriput. Kantung mata dan lingkaran hitam di bawah mata menjadi lebih jelas dan permanen. Selain itu, warna biru-merah sering muncul di sekitar lutut dan di tengah leher. Rambut rontok, warna menjadi putih, kering dan tidak berkilau.
 - b. Perubahan otot: Pada orang paruh baya, otot di sekitar rahang, lengan, dan perut mengendur dan rileks.
 - c. Perubahan pada persendian: masalah persendian, terutama pada tungkai dan lengan, yang membuat sulit berjalan.

- d. Perubahan pada gigi: gigi mengering, patah dan rontok, oleh karena itu kadang-kadang orang tua memakai gigi palsu.
 - e. Perubahan mata: mata tampak kurang cerah dan cenderung mengeluarkan kotoran yang terkumpul di sudut mata, sebagian besar penderita presbiopi atau kesulitan melihat jarak jauh, kemampuan beradaptasi berkurang karena elastisitas mata berkurang.
 - f. Perubahan pada telinga: fungsi pendengaran mulai menurun, sehingga hanya sedikit orang yang menggunakan alat bantu dengar.
 - g. Perubahan pada sistem pernapasan: sesak nafas dan sesak napas sering terjadi karena penurunan volume paru total, volume residu, dan konsumsi oksigen yang mengurangi fleksibilitas dan elastisitas paru.
2. Kemunduran fungsi dan potensi seksual
- Kemunduran fungsi dan potensi seksual pada lansia sering dikaitkan dengan berbagai gangguan fisik, seperti:
- a. Masalah jantung.
 - b. Gangguan metabolisme.
 - c. Operasi terkini: mis. prostatektomi
 - d. Malnutrisi karena pencernaan yang tidak sempurna atau nafsu makan yang sangat buruk.
 - e. Penggunaan obat-obatan tertentu, seperti obat tekanan darah atau golongan steroid.

Berikut faktor psikologis yang berhubungan dengan lansia:

- a. Tabu atau kebingungan saat lansia menjalani kehidupan seksual.
- b. Sikap keluarga dan masyarakat kurang mendukung dan diperkuat oleh tradisi dan budaya.
- c. Kelelahan atau kebosanan karena kurangnya variasi dalam hidup.
- d. Suami meninggal.
- e. Disfungsi seksual karena perubahan hormonal atau masalah mental lainnya seperti kecemasan, depresi, demensia dan lain-lain.

3. Perubahan terkait pekerjaan Perubahan ini biasanya dimulai saat masa pensiun. Meskipun tujuan pensiun yang ideal adalah agar lansia dapat menikmati hari tua atau jaminan hari tua, namun pada kenyataannya seringkali diartikan sebagai hilangnya pendapatan, kedudukan, status, peran, fungsi, harga diri dan status. Lansia yang memiliki jadwal kerja terus menerus dan yang tidak mungkin pensiun. Pensiun adalah sebuah proses, bukan peristiwa. Lansia yang beradaptasi paling baik dengan masa pensiun adalah orang yang sehat, berkecukupan secara finansial, aktif, berpendidikan lebih baik, memiliki jaringan sosial yang luas termasuk teman dan keluarga, dan umumnya puas dengan pra-pensiun mereka. (Santrock, 2012)
4. Perubahan peran sosial dalam masyarakat Peran adalah seperangkat pola perilaku yang relatif homogen yang didefinisikan secara normatif dan diharapkan dari seseorang dalam posisi sosial tertentu. Peran berdasarkan harapan atau tugas peran membatasi apa yang harus dilakukan individu dalam situasi tertentu untuk memenuhi harapan mereka sendiri atau orang lain (Friedman, 2016). Peran dapat diartikan sebagai seperangkat perilaku yang diharapkan dari orang lain. Akibat gangguan pendengaran, penglihatan kabur, gerakan fisik, dan lain-lain, lansia mengalami disfungsi atau bahkan cedera yang menyebabkan keterasingan. Hal ini harus dicegah dengan selalu mengajak lansia untuk mengikuti kegiatan, selama lansia masih mampu, sehingga tidak merasa terasing. Keterasingan lansia dapat membuat lansia semakin menolak untuk berinteraksi dengan orang lain dan dapat terwujud dalam perilaku regresif seperti mudah menangis, mengunci diri, menimbun barang yang tidak berguna dan merengek seperti anak kecil sehingga lansia tidak mampu menyelesaikan tugasnya. peran sosial dengan tepat dan baik.

Bab 5

Proses Keperawatan pada Lansia: Pengkajian Keperawatan

5.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, pelayanan yang diberikan meliputi bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang ditujukan pada kebutuhan dasar manusia. Asuhan pelayanan keperawatan yang diberikan baik pada individu, kelompok, keluarga dan masyarakat baik sehat maupun sakit.

Perawat profesional dalam memberikan pelayanan keperawatan menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan, di mana langkah awal proses asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian yang meliputi pengumpulan data, analisis data, dan diagnosa keperawatan.

5.2 Pengkajian Keperawatan Lansia

Pengkajian keperawatan pada lansia merupakan suatu tindakan pengamatan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosis masalah, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia. Pengumpulan data mencakup data subyektif dan data objektif yang meliputi data bio, psiko, sosial dan spiritual, data yang berhubungan dengan masalah lansia serta data tentang faktor-faktor yang memengaruhi atau yang berhubungan dengan masalah kesehatan lansia seperti data tentang keluarga dan lingkungan yang ada.

5.2.1 Tujuan pengkajian

1. Menentukan kemampuan pasien untuk memelihara diri sendiri.
2. Melengkapi dasar rencana perawatan individu.
3. Membantu menghindari bentuk dan penandaan pasien.
4. Memberi waktu kepada pasien untuk menjawab.

5.2.2 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pengkajian pada Lansia

1. Interelasi (saling keterkaitan) antara aspek fisik dan psikososial: terjadi penurunan kemampuan mekanisme terhadap stres, masalah psikis meningkat dan terjadi perubahan pada fisik lansia.
2. Adanya penyakit dan ketidakmampuan status fungsional.
3. Hal-hal yang perlu diperhatikan saat pengkajian yaitu ruang yang adekuat, kebisingan minimal, suhu cukup hangat, hindari cahaya langsung, posisi duduk yang nyaman, dekat dengan kamar mandi, privasi yang mutlak, bersikap sabar, relaks, tidak tergesa-gesa, beri kesempatan pada lansia untuk berfikir, waspada tanda-tanda kelelahan.

5.2.3 Pengkajian Fisik

Data dapat diperoleh melalui wawancara meliputi:

1. Pandangan lanjut usia tentang kesehatannya.
2. Kegiatan yang mampu dilakukan lanjut usia.
3. Kebiasaan lanjut usia merawat diri sendiri.
4. Kekuatan fisik lanjut usia seperti otot, sendi, penglihatan, pendengaran,.
5. Kebiasaan makan, minum, istirahat tidur, BAK/BAB.
6. Kebiasaan gerak badan/olahraga/senam lanjut usia.
7. Perubahan fungsi tubuh yang sangat bermakna dirasakan.
8. Kebiasaan lanjut usia dalam memelihara kesehatan dan kebiasaan dalam minum obat.
9. Masalah seksual yang dirasakan.

Selain melalui wawancara data juga didapatkan melalui pemeriksaan fisik sebagai berikut:

1. Pemeriksaan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, untuk mengetahui perubahan pada sistem tubuh.
2. Pendekatan yang digunakan dalam pemeriksaan fisik adalah head to toe (dari ujung kepala sampai ke ujung kaki).

Dalam melakukan pengkajian yang harus diingat oleh perawat yaitu adanya perubahan fungsi yang mendasar pada proses menua yang mencakup seluruh organ tubuh, oleh karena itu pengkajian harus dilakukan pada semua sistem, status gizi, dan aspek psikososial. Pengkajian dasar meliputi diantaranya:

1. Temperatur (suhu)
 - a. Mungkin (hipotermi) kurang lebih 35^oC.
 - b. Lebih akurat diperiksa di bawah lidah.
2. denyut nadi
 - a. Kecepatan, irama, volume.
 - b. Apikal, radikal, pedal
3. Respirasi
 - a. Kecepatan, irama, kedalaman.

- b. Pernapasan tidak teratur.
4. tekanan darah
 - a. Saat baring, duduk, berdiri.
 - b. Hipotensi akibat posisi tubuh.
5. Berat badan perlahan hilang pada beberapa tahun terakhir.
6. Tingkat orientalis.
7. Memori.
8. Pola tidur.
9. Penyesuaian psikososial.

5.2.4 Pengkajian Psikologis

1. 1. Apakah mengenal masalah utamanya?
2. Bagaimana sikapnya terhadap proses penuaan?
3. Apakah dirinya merasa dibutuhkan atau tidak?
4. Apakah memandang kehidupan dengan optimis?
5. Bagaimana mengatasi stress yang dialami?
6. Apakah mudah dalam menyesuaikan diri?
7. Apakah lanjut usia sering mengalami kegagalan?
8. Apakah harapan pada saat ini dan akan datang?
9. Perlu dikaji juga mengenai fungsi kognitif, daya ingat, proses pikir, alam perasaan, orientasi dan kemampuan dalam penyelesaian masalah.

5.2.5 Pengkajian Ekonomi

1. 1. Sumber keuangan lanjut usia.
2. Apa saja kesibukan lanjut usia dalam mengisi waktu luang.
3. Dengan siapa dia tinggal.
4. Kegiatan organisasi apa yang diikuti.
5. Bagaimana pandangan lanjut usia terhadap lingkungan.
6. Seberapa sering berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
7. Siapa saja yang sering mengunjunginya.
8. Seberapa besar ketergantungannya.

9. Apakah dapat menyalurkan hobi atau keinginannya dengan fasilitas yang ada.

5.2.6 Pengkajian Spiritual

1. Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya?
2. Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan?
3. Bagaimana cara lanjut usia menyelesaikan masalah apakah dengan doa?
4. Apakah lanjut usia terlihat sabar dan tawakal?

5.2.7 Pengkajian Persarafan

1. Kesimetrisan wajah.
2. Tingkat kesadaran
3. Pergerakan mata, kejelasan melihat, dan adanya katarak.
4. Kesamaan dan dilatasi pupil.
5. Ketajaman penglihatan menurun karena proses menua.
 - a. Gunakan gambar atau tangan.
 - b. Cek kondisi kacamata.
6. Gangguan sensori.
7. Ketajaman pendengaran
 - a. Apakah menggunakan alat bantu dengar.
 - b. Adakah tinitus.
 - c. Adakah serumen.
 - d. Adanya rasa sakit atau nyeri.

5.2.8 Pengkajian Kardiovaskuler

1. Sirkulasi perifer (ada tidaknya sianosis)
2. Auskultasi denyut apical.
3. Periksa adanya pembesaran vena jugularis.
4. Pusing.
5. Nyeri.

6. Edema.

5.3.9 Pengkajian Gastrointestinal

1. Status gizi.
2. Asupan diet.
3. Anoreksi, tidak dapat mencerna, mual, muntah.
4. Kemampuan mengunyah dan menelan.
5. Keadaan rongga mulut, gigi dan rahang.
6. Auskultasi bising usus.
7. Perkusi, adanya kembung atau distensi.
8. Ada tidaknya konstipasi, diare dan inkontinensia alvi.

5.2.10 Pengkajian Perkemihan

1. Warna dan bau urine.
2. Ada tidaknya distensi kandung kemih, inkontinensia.
3. Frekuensi BAK, tekanan dan desakan BAK.
4. Disuria.

5.2.11 Pengkajian Seksualitas

1. Kurang minat melakukan hubungan seksual.
2. Adanya disfungsi seksual.
3. Gangguan ereksi.
4. Dorongan seksual menurun.

5.2.12 Pengkajian Integumen (Kulit)

1. Temperatur dan tingkat kelembaban kulit.
2. Keutuhan kulit, luka terbuka (robek).
3. Perubahan warna kulit.
4. Ada tidaknya jaringan parut.
5. Keadaan kulit kepala (kebersihannya).

5.2.13 Pengkajian Muskuloskeletal

1. Ada tidak nya kontraktur.
 - a. Atrofi.
 - b. Tendon mengecil.
 - c. Kekuatan otot menurun.
2. Tingkat mobilisasi.
 - a. Ambulasi dengan atau tanpa peralatan.
 - b. Keterbatasan gerakan.
 - c. Kemampuan melangkah atau berjalan.
 - d. Gerakan sendi.
 - e. Paralisis.
 - f. Kifosis, lordosis.

5.3 Pengkajian Khusus: Status Fungsional dan Status Kognitif

1. Pengkajian Status Fungsional dengan pemeriksaan Index Katz.

Tabel 5.1: Pengkajian Katz Index (Sumandar, 2019)

No	Kegiatan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
1	Mandi			
2	Berpakaian			
3	Ke kamar kecil/toilet			
4	Berpindah tempat			
5	BAK/BAB			
6	Makan/minum			

Termasuk/ kategori yang manakan pasien?

- a. Mandiri dalam makan, koninentia (BAB, BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi.
 - b. Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas.
 - c. Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain.
2. Pengkajian Fungsional Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 5.2: Pengkajian Barthel Indeks (Sumandar, 2019)

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
2	Minum	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
3	Berpindah dari kursi ke tempat tidur/sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	
5	Keluar/masuk WC	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi:
7	Jalan permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Menggunakan pakaian	0	5	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi: Konsistensi:
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	Frekuensi: Warna:
12	Olah raga/latihan fisik	5	10	Frekuensi:
13	Rekreasi	5	10	Frekuensi:

Keterangan:

- a. 130 : Mandiri
 - b. 65 – 125 : Ketergantungan
 - c. 60 : Ketergantungan total
3. Pengkajian Status Kognitif
- a. SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) adalah penilaian fungsi intelektual lansia.

Tabel 5.3: Penilaian SPMSQ (Retnaningsih, 2018)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		01	Tanggal berapa hari ini ?
		02	Hari apa sekarang ?

		03	Apa nama tempat ini ?
		04	Di mana alamat anda ?
		05	Berapa umur anda ?
		06	Kapan anda lahir ? (Minimal tahun)
		07	Siapa presiden Indonesia sekarang ?
		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
		09	Siapa nama ibu anda ?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.
			Total Nilai

Analisa hasil:

Skor salah: 0-2 fungsi intelektual utuh.

Skor salah: 3-4 kerusakan intelektual ringan.

Skor salah: 5-7 kerusakan intelektual sedang.

Skor salah: 8-10 kerusakan intelektual berat.

- b. MMSE (Mini Mental State Exam) adalah menguji aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, registrasi, perhatian, dan kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

Tabel 5.4: Penilaian MMSE (Retnaningsih, 2018)

Nilai Maksimum	Pasien	Pertanyaan
Orientasi		
5		Tahun, musim, tgl, hari, bulan, apa sekarang? Di mana kita (negara bagian, wilayah, kota) di RS mana? Ruang apa?
Registrasi		Nama 3 obyek (1 detik untuk mengatakan masing-masing) tanyakan pada lansia ke 3 obyek setelah anda katakan. Beri point untuk jawaban benar, ulangi sampai lansia mempelajari ke 3 nya dan jumlahkan skor yang telah dicapai.
3		
Perhatian dan kalkulasi		Pilihlah kata dengan 7 huruf, misal kata "panduan", berhenti setelah 5 huruf, beri 1 point tiap jawaban benar, kemudian lanjutkan, apakah lansia masih ingat huruf lanjutannya.

5		
Mengingat		Minta untuk mengulang 3 obyekdi atas, beri 1 point untuk tiap jawaban benar.
3		
Bahasa		Nama pensil dan melihat (2 point)
9		
30		

Analisa hasil:

Skor 24 – 30: tidak ada kelainan kognitif.

Skor 18 – 23: kelainan kognitif ringan.

Skor 0 – 17: kelainan kognitif berat.

5.3.1 Contoh Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Gerontik

1. Karakteristik Demografi.

a. Identitas diri klien.

Nama lengkap	.	Pendidikan terakhir: .
Tempat/tgl lahir	.	Diagnosisi medis: .
Jenis kelamin	.	Alamat: .
Status perkawinan	.	
Agama	.	
Suku bangsa	.	

b. Keluarga atau orang lain yang penting/dekat yang dapat dihubungi.

Nama :

Alamat :

No.Telpon :

Hubungan dengan klien :

c. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi.

Pekerjaan saat ini :

Pekerjaan sebelumnya .

Sumber pendapatan :

Kecukupan pendapatan :

d. Aktivitas rekreasi

Hobi :

Bepergian/wisata :

Keanggotaan organisasi :

Lain-lain :

e. Riwayat keluarga

- Saudara kandung

Nama	Keadaan saat ini	Keterangan
1.		
2.		
3.		
4.		

- Riwayat kematian dalam keluarga (1 tahun terakhir)

Nama :

Umur :

Penyebab kematian :

- Kunjungan keluarga:

2. Pola Kebiasaan Sehari-hari.

a. Nutrisi

Frekuensi makan :

Nafsu makan :

Jenis makanan :

Kebiasaan sebelum makan: .

Makanan yang tidak disukai:

Alergi terhadap makanan:

Pantangan makanan :

Keluhan yang berhubungan dengan makan: .

- b. Eliminasi
- BAK
Frekuensi dan waktu :
Kebiasaan BAK pada malam hari:
Keluhan yang berhubungan dengan makan:
 - BAB
Frekuensi dan waktu : . Konsistensi :
Keluhan yang berhubungan dengan BAB:
Pengalaman memakai pencahar :
- c. Personal Hygiene
- Mandi
Frekuensi dan waktu mandi :
Pemakaian sabun (ya/tidak) :
 - Oral hygiene
Frekuensi dan waktu gosok gigi: .
Menggunakan pasta gigi :
 - Cuci Rambut
Frekuensi :
Penggunaan shampo (ya/tidak) :
 - Kuku dan Tangan
Frekuensi gunting kuku :
Kebiasaan mencuci tangan pakai sabun: .
- d. Istirahat dan tidur
- Lama tidur malam :
Tidur siang :
Keluhan yang berhubungan dengan tidur: .
- e. Kebiasaan mengisi waktu luang
- Olah raga :
• Nonton TV :
• Berkebun/memasak :
• Lain-lain :
- f. Kebiasaan yang memengaruhi kesehatan (Jenis/ frekuensi/ jumlah/ lama pakai)

- Merokok (ya/tidak) :
 - Minuman keras (ya/tidak) :
 - Ketergantungan terhadap obat (ya/tidak): .
- g. Uraian kronologis kegiatan sehari-hari

Jenis Kegiatan	Lama waktu untuk setiap kegiatan

3. Status Kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

- Keluhan utama dalam waktu 1 tahun terakhir:
- Gejala yang dirasakan :
- Faktor pencetus :
- Timbulnya keluhan: (mendadak) (bertahap)
- Waktu mulai timbulnya keluhan:
- Upaya mengatasi
- Pergi ke RS/klinik pengobatan/dokter praktik:
- Pergi ke bidan/perawat:
- Mengonsumsi obat-obatan sendiri:
- Mengonsumsi obat-obatan tradisional:
- Lain-lain:

b. Riwayat kesehatan masa lalu

- Penyakit yang pernah diderita:
- Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu, lain-lain)
- Riwayat kecelakaan :
- Riwayat dirawat di RS :
- Riwayat pemakaian obat :

c. Pengkajian/pemeriksaan fisik (observasi, pengukuran, auskultasi, perkusi dan palpasi)

- Keadaan umum (TTV) :
 - BB/TB :
 - Rambut :
 - Telinga :
 - Mulut, gigi dan bibir :
 - Dada :
 - Abdomen :
 - Kulit :
 - Ekstremitas atas :
 - Ekstremitas bawah :
4. Lingkungan Tempat Tinggal
- a. Kebersihan dan kerapihan ruangan :
 - b. Penerangan :
 - c. Sirkulasi udara :
 - d. Keadaan kamar mandi dan WC :
 - e. Pembuangan air kotor :
 - f. Sumber air minum :
 - g. Pembuangan sampah :
 - h. Sumber pencemaran :
 - i. Risiko injuri :

Bab 6

Proses Keperawatan Lansia: Diagnosa dan Intervensi

6.1 Pendahuluan

Pemahaman seorang perawat mengenai proses keperawatan merupakan komponen penting dalam melaksanakan asuhan keperawatan, khususnya di populasi lansia. Proses keperawatan merupakan metode yang tersusun secara sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan dengan focus pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok terhadap masalah kesehatan baik aktual, risiko maupun potensial.

6.2 Diagnosis Keperawatan

Suatu penilaian klinis tentang tanggapan klien mengenai masalah kesehatan yang dialami, yang berlangsung secara nyata maupun potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi respon klien, keluarga terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan lanjut usia dilihat dari beberapa aspek yaitu fisik/biologis, dan aspek psikososial. Proses penegakan

diagnosa keperawatan melalui analisis data, identifikasi data dan terakhir perumusan diagnosis keperawatan.

Tabel 6.1: Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
1	Gangguan mobilitas fisik	Mobilitas fisik meningkat (L.05042)	Keseimbangan meningkat (L.05039)	Dukungan mobilisasi (1.05173)	Edukasi latihan fisik (1.12389)
		Gerak di area ekstremitas meningkat (5)	Meningkatnya kemampuan gerakan posisi duduk meningkat (5)	Observasi	Observasi
		Peningkatan kekuatan otot (5)	Berdiri seimbang meningkat (5)	Monitor nyeri atau keluhan fisik	Monitor kemampuan mendapatkan informasi
		Rentang gerak meningkat (5)	Posisi seimbang berjalan bertambah (5)	Pantau gerakan fisik yang ditoleransi	Terapeutik
		Penurunan skala nyeri (5)	Nyeri kepala berkurang (5)	Catat jumlah nadi dan tekanan darah (sebelum gerakan)	Sediakan perangkat dalam kegiatan edukasi kesehatan
		Kaku sendi berkurang (5)	Perasaan bergoncang	Observasi keadaan pasien saat gerakan/aktivitas	Buat jadwal edukasi berdasarkan kontrak
		Gerakan terbatas		Terapeutik	Fasilitasi kesempatan memberikan pertanyaan
				Sediakan sarana kegiatan dalam	Edukasi
					Informasikan manfaat

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
		menurun (5)	berkurang (5) Tersandung berkurang (5) Koordinasi pergerakan (L.05041) Kekuatan otot bertambah (5) Kontrol gerakan naik (5) Keseimbangan dalam bergerak bertambah (5) Kemantapan gerakan meningkat (5) Gerakan ke arah yang diinginkan meningkat (5) Kram otot	melakukan gerakan (pagar tempat tidur) Dukung lakukan mobilisasi (bila dibutuhkan) Libatkan support sistem untuk memaksimalkan pergerakan Edukasi Informasikan manfaat dan langkah gerakan Dukung aktivitas seawal mungkin Edukasi teknik gerak sederhana yang diperlukan	aktivitas fisik Edukasi jenis latihan yang adekuat (berdasarkan kemampuan) Informasikan jumlah, waktu, dan intensitas aktivitas fisik yang direncanakan Edukasi gerakan awal aktivitas fisik dan relaksasi Edukasi teknik pencegahan cedera (saat olahraga) Demonstrasikan cara pernafasan yang adekuat (mengoptimalkan serapan O ₂ selama latihan fisik).

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
			<p>menurun (5)</p> <p>Kecepatan gerakan membaik (5)</p> <p>Pergerakan sendi (L.05044)</p> <p>Punggung bertambah (5)</p> <p>Jari(kanan) optimal (5)</p> <p>Jari (kiri) bertambah (5)</p> <p>Pergelangan tangan (kanan) meningkat (5)</p> <p>Pergelangan tangan (kiri) meningkat (5)</p> <p>Pergelangan kaki (kanan)</p>	<p>(duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	<p>Teknik latihan penguatan sendi (1.05185)</p> <p>Observasi</p> <p>Pantau terbatasnya manfaat dan gerak sendi</p> <p>Observasi area, rasa tidak nyaman saat melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>Ajarkan teknik kendali nyeri pra-aktivitas</p> <p>Dukung posisi tubuh maksimal dalam rentang pasif atau aktif</p> <p>Dukung</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
			<p>meningkat (5)</p> <p>Pergelangan kaki (kiri) meningkat (5)</p> <p>Lutut (kanan) meningkat (5)</p> <p>Lutut (kiri) meningkat (5)</p> <p>Panggul (kanan) meningkat (5)</p> <p>Panggul (kiri) meningkat (5)</p> <p>Toleransi aktivitas (L.05047)</p> <p>Frekuensi nadi meningkat (5)</p> <p>Aktivitas sehari-hari</p>		<p>dalam pembuatan jadwal latihan aktif / pasif</p> <p>Fasilitasi gerak sendi secara kontinu dan mobilisasi sendi</p> <p>Berikan reinforcement positif (saat latihan bersama)</p> <p>Edukasi</p> <p>Informasikan tentang manfaat dan jadualkan latihan</p> <p>Motivasi pasien duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur/ di kursi, berdasarkan kemampuan</p> <p>Motivasi visualisasi gerak tubuh</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
			meningkat (5) Kecepatan berjalan bertambah (5) Jarak berjalan meningkat (5) Meningkatnya kekuatan tubuh (5) Keluhan lelah menurun (5) Perasaan lemah menurun (5) Frekuensi nafas membaik (5)		sebelum aktivitas dimulai Anjurkan mobilisasi, sesuai kemampuan pasien Terapi relaksasi otot progresif (1.05187) Observasi: Monitor lingkungan yang kondusif Pantau secara kontinu kondisi rileksnya otot Monitor indikator otot tidak rileks Terapeutik Atur lingkungan kondusif saat terapi

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
					<p>Beri posisi nyaman saat terapi</p> <p>Lakukan sesi relaksasi bertahap</p> <p>Beri kesempatan pasien mengemukakan perasaan saat dilakukan terapi</p> <p>Edukasi</p> <p>Arahkan menggunakan pakaian nyaman dan longgar.</p> <p>Dukung lakukan relaksasi otot rahang</p> <p>Dukung meregangkan otot 5-10 detik, lalu anjurkan otot merilekskan 20-30 detik, tiap detik 8-16</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
					<p>kali gerakan</p> <p>Bantu otot kaki ditegangkan tidak lebih dari 5 detik (mencegah kram)</p> <p>Anjurkan fokus pada sensasi ketegangan otot</p> <p>Motivasi untuk merasakan sensasi otot yang relaks</p> <p>Lakukan teknik relaksasi nafas dalam, lakukan secara perlahan</p> <p>Anjurkan latihan di antara sesi reguler bersama perawat</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
2	Gangguan rasa nyaman	Status kenyamanan meningkat (L.08064), dengan kriteria hasil: Keluhan tidak nyaman berkurang (5) Gelisah berkurang (5) Sulit tidur berkurang (5)	Tingkat ansietas menurun (L.09093) Keluhan kuatir dengan kondisi yang dialami menurun (5) Tingkat nyeri menurun (L.08066) Keluhan nyeri berkurang (5) Ekspresi sakit berkurang (5) Sikap protektif menurun (5)	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: Monitor Pantau rentang nyeri Observasi Pantau faktor yang meningkatkan dan meringankan rasa nyeri Monitor nyeri terhadap kualitas hidup Terapeutik: Berikan teknik non farmakologi (akupresure, terapi musik, pijat, aromaterapi, kompres hangat/dingin, terapi bermain)	Edukasi proses penyakit (I.12444) Observasi: Identifikasi kesiapan pasien mendapatkan informasi Terapeutik: Fasilitasi Buat jadwal edukasi Beri waktu untuk diskusi Edukasi Edukasi pemicu, faktor risiko penyakit Informasikan Jelaskan tanda dan gejala yang terlihat

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
				Atur lingkungan Bantu dukungan pemenuhan istirahat dan tidur Edukasi: Edukasi pemicu, dan periode nyeri Jelaskan cara meredakan nyeri Dukung monitor Edukasi	Edukasi faktor penyebab akibat lanjut bila tidak ditangani Informasikan cara mengurangi atau mengatasi gejala Konseling Nutrisi (I.03094) Observasi: Monitor kebiasaan makan dan perilaku makan yang perlu dirubah Monitor berat badan, dan asupan makanan Terapeutik: Bina

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
					<p>Kontrak waktu untuk konseling</p> <p>Gunakan s</p> <p>Pertimbangan faktor yang memengaruhi pemenuhan asupan gizi</p> <p>Latihan Pernapasan (I.01007)</p> <p>Observasi:</p> <p>Pantau indikasi dilakukan latihan</p> <p>Monitor frekuensi, irama, d</p> <p>Terapeutik:</p> <p>Dukung lingkungan kondusif</p> <p>Berikan area kondusif dan rileks</p> <p>Letakkan satu</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
					<p>tangan pada dada dan satu lagi di abdomen</p> <p>Pastikan tangan di dada mundur ke belakang dan telapak tangan di perut maju ke depan saat menarik napas</p> <p>Ambil napas dalam perlahan</p> <p>Hitungan k</p> <p>Edukasi:</p> <p>Informasikan manfaat, cara latihan pernapasan</p> <p>Motivasi latihan berulang 4-5 kali</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
3	Risiko jatuh	<p>Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Jatuh saat berdiri berkurang (5)</p> <p>Jatuh saat berjalan berkurang (5)</p> <p>Jatuh berkurang saat naik tangga (5)</p> <p>Jatuh di kamar mandi menurun (5)</p> <p>Saat membungkuk risiko jatuh menurun (5)</p>		<p>Pencegahan jatuh (1.14540)</p> <p>Observasi</p> <p>Pantau penyebab risiko jatuh</p> <p>Pantau risiko jatuh (minimal satu kali per shift)</p> <p>Monitor penyebab peningkatan risiko jatuh (lantai licin, penerangan minim)</p> <p>Nilai risiko jatuh (skala Fall Morse scale)</p> <p>Observasi kemampuan mobilisasi (tempat tidur ke kursi roda, dan sebaliknya)</p>	<p>Edukasi keselamatan lingkungan (1.12384)</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi penerimaan pasien mendapatkan informasi</p> <p>Monitor keperluan keselamatan pasien (dilihat dari fungsi fisik, kognitif), monitor bahaya keamanan di lingkungan (fisik, biologi, dan kimia)</p> <p>Terapeutik</p> <p>Fasilitasi perangkat untuk pendidikan</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
				Terapeutik Informasikan ruangan ke pasien dan keluarga Posisikan tempat tidur mekanis pada area terendah Gunakan alat bantu berjalan (walker, tripod) Edukasi Ingatkan pasien memakai alas kaki Informasikan pasien berkonsentrasi Edukasi pasien melebarkan jarak kedua kaki (meningkatkan	kesehatan Buat jadwal edukasi kesehatan sesuai kontrak Beri kesempatan untuk berdiskusi Edukasi Dukung pasien meminimalisir bahaya lingkungan Motivasi pasien/keluarga memfasilitasi alat bantu (pegangan tangan, keset anti slip) Anjurkan pasien/keluarga menyediakan alat pelindung (restrain, rel samping,

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran		Intervensi	
		Luaran utama	Luaran tambahan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
				n keseimbangan saat berdiri)	penutup pintu pagar, pintu gerbang) Informasikan kontak telepon yang dapat dihubungi Edukasi individu dan kelompok yang berisiko tentang bahaya lingkungan

Bab 7

Proses Keperawatan Pada Lansia: Implementasi dan Evaluasi

7.1 Pendahuluan

Implementasi merupakan langkah keempat dalam tahapan proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya dalam rencana tindakan keperawatan. Pada tahap implementasi perawat harus mengetahui berbagai hal yang berkaitan dengan lansia, seperti bahaya fisik dan perlindungan bagi lansia, metode serta teknik komunikasi yang sesuai dengan kondisi lansia, kemampuan dalam melaksanakan prosedur tindakan, memahami hak-hak lansia serta memahami tingkat perkembangan lansia (Kholifah,2016).

Implementasi keperawatan adalah segala bentuk kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi klien menuju status kesehatan yang baik sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Bentuk tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien seperti memberi dukungan dan pengobatan serta tindakan untuk memperbaiki kondisi serta pendidikan untuk klien dalam hal ini lansia dan keluarga. Selain itu

perawat juga melakukan tindakan preventif sebagai pencegahan terhadap terjadinya masalah kesehatan yang muncul di kemudian hari.

Implementasi keperawatan merupakan perwujudan dan pengelolaan atas rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien dalam bentuk dukungan, pengobatan, rehabilitasi, pendidikan untuk klien dan keluarga, serta tindakan untuk mencegah munculnya masalah kesehatan di kemudian hari. Agar implementasi keperawatan dapat terlaksana dengan baik, perawat harus memiliki kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam berkomunikasi secara terapeutik, dan keterampilan secara teknik dalam melakukan tindakan keperawatan (Supratti & Ashriady. 2018).

Evaluasi atau tahap penilaian merupakan tahap akhir dari proses keperawatan gerontik. Penilaian ini dilakukan dengan membandingkan kondisi lansia dengan tujuan yang telah ditetapkan pada rencana keperawatan (Kholifah, 2016). Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan sudah tercapai yang telah dilakukan perawat.

7.2 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada asuhan keperawatan gerontik diarahkan dengan tujuan untuk mengoptimalkan kondisi lansia agar dapat produktif dan mandiri dalam beraktivitas. Tahap ini perawat harus mempertimbangkan bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada lansia, teknik komunikasi dengan lansia, kemampuan lansia dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari lansia dan memahami tingkat perkembangan lansia.

Implementasi keperawatan juga memberikan kesempatan kepada perawat untuk memotivasi lansia dan keluarga dalam bentuk melakukan perhatian terhadap kesulitan, ketidaktahuan, dan ketidakmampuan lansia dan keluarga dalam melaksanakan perilaku hidup sehat. Teknik motivasi yang dapat dilakukan diantaranya dengan menumbuhkan perilaku positif tentang masalah kesehatan yang dialami keluarga, keyakinan keluarga dalam melihat akibat masalah kesehatan dan keyakinan keluarga dalam menilai keberhasilan tindakan yang dilakukan untuk meringankan permasalahannya.

Perawat juga harus memiliki keterampilan dalam melaksanakan implementasi keperawatan seperti keterampilan kognitif, interpersonal, dan psikomotor (teknis). Setiap keterampilan diperlukan untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan yang telah disusun. Perawat bertanggung jawab untuk mengetahui kapan salah satu dari metode ini lebih dibutuhkan dari metode lainnya dan mempunyai pengetahuan teoritis serta keterampilan psikomotor untuk mengimplementasikan setiap intervensi.

7.2.1 Pengertian Implementasi Keperawatan Gerontik

Implementasi keperawatan adalah realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan adalah tata kelola dan wujud dari rencana yang telah disusun pada tahap perencanaan oleh perawat.

7.2.2 Tahapan Pelaksanaan Keperawatan Gerontik

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat harus sesuai dengan tahap - tahap pelaksanaan implementasi keperawatan sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan
 - a. Menggali perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan profesional perawat
 - b. Perawat memahami perencanaan keperawatan dengan baik
 - c. Perawat menguasai keterampilan teknik keperawatan
 - d. Memahami rasional ilmiah dari tindakan yang dilakukan
 - e. Mengetahui dan mempersiapkan sumber daya yang diperlukan
 - f. Memahami kode etik dan aspek hukum yang berlaku dalam pelayanan keperawatan
 - g. Memahami standar praktek klinik keperawatan
 - h. Memahami efek samping dan komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan yang akan dilakukan
 - i. Mempersiapkan penampilan yang meyakinkan penuh percaya diri.
2. Tahap Pelaksanaan
 - a. Memberi informasi kepada lansia tentang tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat

- b. Memberi kesempatan kepada lansia untuk bertanya untuk mengekspresikan perasaannya terhadap penjelasan yang telah diberikan oleh perawat
 - c. Melaksanakan tindakan sesuai dengan prosedur teknis keperawatan
 - d. Memperhatikan energi lansia, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, privasi, kondisi lansia, respon lansia terhadap tindakan yang telah diberikan.
3. Tahap Terminasi
- a. Terus memperhatikan respon lansia terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan
 - b. Tinjau kemajuan lansia atas tindakan keperawatan yang telah diberikan
 - c. Merapikan semua peralatan dan lingkungan lansia
 - d. Lakukan terminasi
 - e. Lakukan pendokumentasian

7.2.3 Cara Mempertahankan Kemampuan Aktivitas Sehari - hari Pada Lansia

Strategi mempertahankan kebutuhan aktivitas pada lansia meliputi:

1. Olahraga bagi lansia sebagai individu/kelompok
Aktivitas fisik merupakan rangkaian kegiatan yang membutuhkan energi untuk melakukannya. Aktivitas fisik yang dilakukan oleh lansia terdiri atas aktivitas fisik ringan yang biasa dilakukan lansia yaitu seperti membaca, menonton televisi. Aktivitas fisik sedang yang biasa dilakukan lansia yaitu seperti, membuat kerajinan tangan, membaca, berkebun dan aktivitas fisik berat yang biasa dilakukan lansia yaitu mengerjakan pekerjaan rumah tangga, mengasuh cucu.
Olahraga adalah aktivitas fisik yang terencana dan terstruktur, melibatkan gerakan tubuh berulang yang bertujuan untuk meningkatkan kebugaran jasmani. Seperti halnya aktivitas fisik, aktivitas olahraga juga terbagi menjadi beberapa kategori, yaitu aktivitas olahraga dengan kategori ringan yang sering dilakukan

lansia adalah jalan kaki dan memancing. Selanjutnya, aktivitas olahraga dengan kategori sedang yang sering dilakukan lansia adalah bersepeda, tenis meja, dan aktivitas olahraga dengan kategori berat yang sering dilakukan lansia seperti jogging, angkat beban (latihan otot).

Manfaat olahraga bagi lansia yaitu:

- a. Meningkatkan kekuatan jantung sehingga sirkulasi darah meningkat,
- b. Menurunkan tekanan darah,
- c. Meningkatkan keseimbangan dan koordinasi,
- d. Mencegah jatuh dan fraktur
- e. Memperkuat sistem imunitas,
- f. Meningkatkan endorphen zat kimia di otak, menurunkan nyeri sehingga perasaan tenang dan semangat hidup meningkat,
- g. Mencegah obesitas,
- h. Mengurangi kecemasan dan depresi,
- i. Meningkatkan kepercayaan diri,
- j. Menurunkan risiko penyakit diabetes, hipertensi dan jantung,
- k. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan tidur,
- l. Mengurangi konstipasi,
- m. Meningkatkan kekuatan otot, tulang dan fleksibilitas.

Selain melakukan aktivitas fisik dan olahraga, terdapat beberapa lansia masih melakukan aktivitas bekerja. Aktivitas bekerja merupakan suatu aktivitas yang dilakukan manusia untuk tujuan tertentu yang dilakukan dengan cara baik dan benar

2. Senam aerobic

Irama musik pada senam aerobik menjadi daya tarik tersendiri untuk melakukan gerakan. Senam aerobik merupakan olahraga dengan beberapa gerak yang dipilih secara sengaja dengan cara mengikuti irama musik yang juga dipilih sehingga menghasilkan ketentuan ritmis, kontinuitas, dan durasi tertentu. Senam aerobik sangat bermanfaat untuk melatih otot jantung sehingga dapat bekerja dalam jangka waktu yang stabil.

Tujuan senam aerobik dapat tercapai apabila dilakukan secara teratur, kontinyu, dan terprogram. Untuk menunjang kebugaran jasmani yang menyehatkan untuk masyarakat dan lansia. Gerakan pada senam aerobik merupakan gerakan yang mudah ditiru sehingga kemungkinan cedera sangatlah minim. Senam aerobik juga biasanya dilakukan dengan banyak orang sehingga lansia tidak mudah jenuh. Untuk pelaksanaannya dapat mengikuti program latihan yang ada di sekitar atau dengan melakukan sendiri di rumah sesuai dengan aturan olahraga khusus lansia.

Senam aerobik dapat dirasakan manfaatnya apabila dilakukan secara benar dan dengan takaran yang tepat. Adapun manfaat yang dapat diperoleh yaitu:

- a. Meningkatkan daya tahan otot,
 - b. Peningkatan kekuatan sistem kardiovaskuler serta fungsi sistem tubuh lainnya,
 - c. Peningkatan fleksibilitas dan komponen kebugaran lainnya.
 - d. Meningkatkan kemampuan menerima, menerjemahkan isyarat maupun membedakannya karena dalam melakukan senam aerobik seseorang harus tetap mengikuti irama musik yang digunakan.
3. Latihan penguatan otot

Latihan penguatan otot merupakan kegiatan fisik yang dapat memperkuat dan menyokong otot dan jaringan ikat. Latihan ini dirancang untuk meningkatkan kekuatan otot agar mampu menahan beban serta bergerak seperti berdiri dari kursi yang ditahan dalam beberapa detik secara berulang-ulang atau latihan dengan model yang lainnya. Untuk memperoleh hasil yang maksimal idealnya dilakukan dua kali dalam satu minggu dan setiap sesi ada waktu istirahat. Untuk membentuk kekuatan otot menggunakan tahanan atau beban dengan 10-12 repetisi tiap latihan, intensitas dapat ditingkatkan seiring dengan penambahan kemampuan seseorang. Jumlah repetisi harus ditingkatkan sebelum menambahkan beban.

4. Fleksibilitas dan latihan keseimbangan

Kegiatan ini bertujuan untuk membantu lansia dalam mempertahankan rentang gerak sendi (ROM) agar dapat melakukan aktivitas fisik dan kegiatan sehari-hari dengan teratur. Latihan keseimbangan dilakukan untuk mencegah risiko lansia terjatuh. Beberapa contoh latihan keseimbangan yang dapat dilakukan oleh lansia seperti berjalan dengan tumit menyentuh ujung jari, berdiri dengan satu kaki, berjinjit, yoga dan yang lainnya. ROM sangat bermanfaat untuk membantu lansia yang mengalami kekakuan sendi (Lilik Pranata, dkk. 2019).

5. Terapi aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok (TAK) merupakan terapi yang dilakukan atas kelompok penderita bersama-sama dengan berdiskusi satu sama lain yang dipimpin atau diarahkan oleh seorang terapis.

Terapi aktivitas kelompok pada lansia digunakan untuk mengurangi rasa cemas ataupun depresi. Sebagai contoh, bila lansia kita ajak bermain, bernyanyi atau kita perdengarkan musik dan bertukar pikiran serta menyebutkan berbagai kegiatan kepada penderita gangguan depresi, mereka dapat menikmati atau dapat merasakan perubahan suasana hati dalam kesehariannya. Secara perlahan-lahan dan bertahap akan timbul rasa senang yang kemudian mengurangi kesedihan - kesedihan lansia melalui pertukaran pengalaman sesama lansia.

Ada beberapa tujuan yang didapatkan dari terapi aktivitas kelompok pada lansia, antara lain adalah:

- a. Mengembangkan stimulasi persepsi
- b. Mengembangkan stimulasi sensori
- c. Mengembangkan orientasi realitas
- d. Mengembangkan sosialisasi

7.2.4 Manfaat Terapi Aktivitas Kelompok Bagi Lansia

Ada beberapa manfaat yang bisa dirasakan bagi kaum lansia setelah mengikuti terapi aktivitas kelompok, diantaranya adalah:

1. Setiap peserta dalam kelompok tersebut merasa diakui, dimiliki, serta dihargai eksistensinya oleh anggota lainnya.
2. Setiap anggota kelompok dapat berhubungan satu sama lainnya dan merubah sikap dan perilaku yang maladaptif dan destruktif
3. Sebagai media untuk berbagi pengalaman serta saling memantau satu sama lainnya untuk menemukan solusi dalam menyelesaikan suatu masalah.

7.2.5 Prinsip Terapi Aktivitas Kelompok

Prinsip dalam memilih pasien yang ikut dalam terapi aktivitas kelompok adalah dengan homogenitas, diantaranya adalah:

1. **Gejala Yang Sama**
Setiap terapi aktivitas kelompok tentunya memiliki tujuan masing-masing yang spesifik untuk anggotanya. Setiap tujuan tersebut tentunya dapat dicapai jika semua peserta di dalamnya memiliki gejala atau masalah yang sama. Sehingga nantinya pasien - pasien di dalam kelompok tersebut dapat bekerja sama dalam proses terapi. Misalnya dikhususkan untuk pasien penderita depresi, halusinasi, atau lainnya.
2. **Kategori Sama**
Pasien yang dapat diikutkan ke dalam terapi aktivitas kelompok merupakan pasien yang akut dengan skor rendah hingga pasien pada tahap promotion. Bila dalam sebuah terapi pasien - pasien di dalamnya memiliki skor yang hampir sama tentu saja tujuan dalam terapi akan tercapai dengan mudah.
3. **Jenis Kelamin Sama**
Pengalaman dalam terapi aktivitas kelompok yang dijalani pasien dengan memiliki gejala yang sama, biasanya laki-laki akan

mendominasi dibandingkan dengan kaum perempuan. Sehingga akan lebih baik jika dibedakan.

4. Kelompok Umur Hampir Sama

Tingkat perkembangan pasien yang sama nantinya akan lebih memudahkan interaksi yang terjadi antara pasien satu sama lainnya.

5. Jumlah Anggota Yang Efektif

Jumlah anggota kelompok di dalam sebuah terapi harus efektif. Jumlah yang efektif sekitar 7-10 orang di dalam satu kelompok. Jika terlalu banyak terapis akan sulit untuk mengontrol dan tujuan terapi akan sulit untuk dicapai. Namun jika terlalu sedikit maka tentu saja interaksi yang terjadi akan terasa sepi dan tujuan juga menjadi sulit tercapai.

7.2.6 Tahapan Terapi Aktivitas Kelompok

1. Pre kelompok

Dimulai dari membuat tujuan, merencanakan, menentukan pemimpin, anggota, tempat dan waktu kegiatan, proses evaluasi terhadap anggota dan kelompok, menjelaskan sumber-sumber yang diperlukan kelompok seperti biaya dan fasilitas pendukung.

2. Fase awal

Fase ini kemungkinan akan terjadi tiga tahapan yaitu, orientasi, konflik, atau kebersamaan

3. Orientasi

Peserta mulai mengembangkan sistem sosial masing-masing, dan pemimpin mulai menunjukkan rencana terapi dan mengambil kontak dengan anggota.

4. Konflik

Fase ini menjadi masa sulit dalam proses kelompok, anggota mulai memikirkan siapa yang dominan dalam kelompok, bagaimana peran anggota, tugasnya dan akan terjadi saling ketergantungan.

5. Fase kerja

Pada tahap ini kelompok sudah menjadi tim. Hubungan saling percaya telah terbina sehingga perasaan positif dan negatif dapat

dikoreksi, saling bekerja sama untuk mencapai tujuan, kecemasan menurun, kelompok lebih stabil dan realistis, mengeksplorasi lebih jauh untuk mencapai tujuan dan menyelesaikan masalah yang kreatif.

6. Fase terminasi

Terminasi terbagi atas dua yaitu sementara dan akhir. Anggota kelompok bisa saja mengalami terminasi prematur, tidak sukses atau sukses.

Terdapat beberapa jenis terapi yang bisa diterapkan sebagai aktivitas kelompok pada lansia, diantaranya:

1. Stimulasi Sensori (Musik)

Jenis terapi ini dapat berfungsi untuk ungkapan perhatian, baik itu bagi pendengar maupun bagi pemusik. Kualitas dari musik sendiri memiliki andil terhadap fungsi - fungsi untuk mengungkapkan perhatian yang mana terletak pada struktur dan urutan matematis, yang mana mampu untuk menunjukkan pada ketidakberesan di dalam kehidupan seseorang. Peran sertanya akan nampak dalam sebuah pengalaman musikal, semisal menyanyi, menghasilkan integrasi pribadi yang dapat mempersatukan fisik, pikiran, dan roh. Ada beberapa manfaat yang diberikan musik di dalam proses stimulasi ini, antara lain adalah:

- a. Musik memberikan banyak pengalaman yang ada di dalam struktur
- b. Musik memberikan pengalaman untuk mengorganisasi diri
- c. Musik memberikan kesempatan yang digunakan untuk pertemuan kelompok yang mana di dalamnya individu telah mengutamakan kepentingan kelompok dibanding kepentingan individu.

2. Stimulasi Persepsi

Proses stimulasi ini para lansia akan dilatih mengenai cara mempersepsikan stimulus yang telah disediakan ataupun yang sudah pernah dialami. Kemampuan untuk mempersepsikan inilah yang akan dievaluasi dan ditingkatkan di dalam setiap sesinya. Tujuan dari proses ini diharapkan respon klien menjadi lebih adaptif dalam

berbagai stimulus. Aktivitas yang akan dilakukan berupa stimulus dan persepsi. Ada beberapa stimulus yang diberikan mulai dari membaca majalah, menonton televisi, pengalaman dari masa lalu, dan masih banyak lainnya. Stimulus dari pengalaman masa lalu yang menghasilkan proses persepsi lansia yang maladaptif atau destruktif seperti kemarahan atau kebencian.

3. Orientasi Realitas

Lansia diorientasikan pada kenyataan yang ada di sekitarnya, mulai dari diri sendiri, orang lain yang ada di sekitar klien, dan lingkungan yang pernah memiliki hubungan dengan klien. Hal ini juga berlaku pada orientasi waktu di saat ini, waktu yang lalu, hingga rencana di masa depan. Aktivitas yang dilakukan dapat berupa orientasi orang, tempat, waktu, benda, serta kondisi yang nyata.

4. Sosialisasi

Para peserta dalam hal ini lansia akan dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan lansia-lansia di sekitarnya. Sosialisasi akan dilakukan secara bertahap secara interpersonal, kelompok, maupun massa. Aktivitas dapat berupa latihan sosialisasi dalam kelompok.

7.2.7 Terapi Kognitif

Lanjut usia merupakan proses dari kehidupan dan akan dialami oleh setiap orang sehingga menjadi proses kehidupan yang tidak dapat dihindari. Pada lansia akan mengalami beberapa perubahan alamiah yang menyangkut beberapa aspek yaitu fisik, psikologis dan sosial. Secara fisiologis terjadi kemunduran beberapa aspek kognitif seperti kemunduran daya ingat (memori) terutama memori kerja yang sangat berperan dalam aktivitas sehari-hari. Selain itu juga terjadi kemunduran fungsi otak kanan sebagai pusat intelegensia dasar dan sisi otak kiri sebagai pusat intelegensia kristal yang memantau pengetahuan. Perubahan tersebut akan menyebabkan terjadinya depresi pada lansia karena ditambah lagi dengan berkurangnya kemampuan lansia dalam beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi.

Terapi kognitif adalah suatu terapi yang dilakukan untuk memberikan rangsangan pada lansia agar tetap fokus, aktif serta daya ingat lebih tajam. Terapi kognitif dilakukan untuk meningkatkan kinerja sistem kognitif seperti

cara berpikir, mengambil keputusan dan dengan cara tetap fokus, aktif dan meningkatkan daya ingat yang lebih baik.

Terapi kognitif merupakan salah satu terapi untuk mengatasi masalah depresi pada lansia. Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan teratur yang memberikan dasar berpikir pada lansia untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya serta mampu mengatasi perasaan negatifnya dan mampu memecahkan masalah tersebut.

Contoh kegiatan terapi kognitif yang dapat dilakukan pada lansia seperti mengisi teka-teki silang (TTS), cerdas cermat dan beberapa contoh permainan yang bisa untuk mengasah otak lansia seperti bermain catur, bermain kartu atau menyusun puzzle.

7.3 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan setelah perawat melakukan tindakan pengkajian, merumuskan diagnosa, menyusun rencana tindakan serta melaksanakan implementasi keperawatan. Kegiatan yang dilakukan yaitu melakukan evaluasi terhadap semua proses yang berlangsung dengan menggunakan metode SOAP (Subjective, Objective, Assesment, Plan) (Dewi Budiari, K., dkk. 2021). Penilaian dilakukan dengan membandingkan kondisi lansia setelah dilakukan tindakan dengan tujuan yang ditetapkan pada rencana. Evaluasi dilakukan secara terus-menerus dengan melibatkan lansia dan tenaga kesehatan yang lain (Kholifah.2016).

7.3.1 Pengertian Evaluasi Keperawatan Gerontik

Menurut kholifah (2016) evaluasi dalam keperawatan gerontik adalah kegiatan dalam mengimplementasikan rencana tindakan yang telah disusun yang bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan lansia secara komprehensif dan menganalisis pencapaian hasil dari proses keperawatan. Penilaian keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan lansia dengan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan.

Kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam tahap evaluasi yaitu:

1. Mengkaji ulang tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan
2. Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan
3. Menilai tujuan yang telah dicapai
4. Menyimpulkan hasil penilaian dan membuat keputusan
5. Merevisi atau melakukan modifikasi terhadap rencana keperawatan bila diperlukan.

7.3.2 Tujuan Evaluasi Keperawatan Gerontik

Tujuan utama evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam intervensi keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan pengkajian ulang setelah implementasi keperawatan dilakukan. Jika tujuan dalam intervensi keperawatan belum/tidak dapat tercapai maka perlu disusun kembali intervensi keperawatan baru yang sesuai.

Tujuan dari evaluasi keperawatan menurut *Pertami, S.B. (2022)* adalah:

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan,
2. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan atau,
3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Evaluasi dilakukan dengan tujuan agar setiap pemberi layanan kesehatan melakukan intervensi atau menerapkan asuhan keperawatan harus menilai kembali untuk memastikan hasil yang direncanakan. Penilaian ulang diperlukan tergantung kondisi lansia secara keseluruhan serta rencana perawatan dapat disesuaikan berdasarkan data terbaru dari lansia (*Yunike., dkk. 2022*)

7.3.3 Manfaat Evaluasi Keperawatan Gerontik

Manfaat dari dilakukannya evaluasi dalam proses keperawatan adalah:

1. Menentukan perkembangan kesehatan lansia
2. Menilai efektivitas, efisiensi dan produktivitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada lansia
3. Menilai pelaksanaan asuhan keperawatan

4. Sebagai umpan balik untuk memperbaiki atau menyusun rencana baru dalam proses keperawatan
5. Menunjang tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan keperawatan (Kholifah,2016).

7.3.4 Proses Evaluasi Keperawatan

Langkah-langkah evaluasi keperawatan menurut A. Burton & J. May Ludwig (2015) dalam Yunike., dkk. (2022) yaitu:

1. Mengumpulkan data
2. Membandingkan data yang dikumpulkan dengan hasil yang diinginkan
3. Menganalisis respon klien yang berkaitan dengan aktivitas keperawatan
4. Mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan rencana keperawatan
5. Melanjutkan, memodifikasi atau mengakhiri rencana asuhan keperawatan
6. Merencanakan asuhan keperawatan di masa depan.

7.3.5 Macam Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam proses keperawatan menurut Hartati, S.,Obar,Balqis, U.M. (2022) terdiri dari:

1. Evaluasi proses (formatif)
Evaluasi yang dilaksanakan oleh perawat setelah selesai melakukan tindakan keperawatan yang berorientasi pada etiologi. Evaluasi ini dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Evaluasi proses dapat dilakukan setiap saat sesuai dengan perubahan yang terjadi pada klien.
2. Evaluasi hasil (sumatif)
Evaluasi yang dilakukan setelah tindakan keperawatan dilakukan secara paripurna. Evaluasi ini berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan,

rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan.

Evaluasi keperawatan menurut Agustanti, D., dkk (2023) terdiri atas tiga tipe evaluasi yaitu

1. Evaluasi struktur
Terdiri atas sarana dan prasarana yang mendukung terlaksananya tindakan keperawatan seperti fasilitas fisik, persediaan kelengkapan, rasio perawat-lansia serta dukungan administrasi.
2. Evaluasi proses
Merupakan tindakan keperawatan dalam setiap bagian proses keperawatan yang mencakup: adekuasi yaitu jumlah dan kualitas perawat, kesesuaian yaitu relevan dengan setiap komponen dan situasi lansia, efektivitas yaitu kemampuan teknikal perawat, efisien yaitu konservasi waktu, energi dan sumber daya lansia serta tim kesehatan dan lembaga.
3. Evaluasi hasil
Merupakan respon dan fungsi lansia atas tindakan keperawatan yang telah diberikan. Respon tersebut dapat berupa respon fisiologis, respon psikologis, keterampilan psikomotor, pengetahuan tentang penyakit yang diderita, kemampuan untuk mengatasi berduka, melakukan aktivitas sehari-hari serta berolahraga.

7.3.6 Penilaian

Penilaian dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang diberikan kepada klien. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali pertemuan dengan lansia, sehingga perlu dilakukan secara bertahap sesuai dengan waktu, kondisi serta kesediaan dari lansia.

Penilaian dilakukan dengan menggunakan SOAP secara operasional.

1. *S(Subjective)* adalah segala yang diungkapkan lansia setelah dilakukan tindakan keperawatan. Misalnya: lansia mengatakan nyeri kepala berkurang

2. *O(Objective)* adalah segala yang ditemui perawat pada lansia setelah tindakan keperawatan dilakukan berupa hasil pengamatan, pengukuran serta penilaian. Misalnya: meringis nampak berkurang dan tanda-tanda vital dalam batas normal.
3. *A (Assessment)* yaitu analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada rencana tindakan, selanjutnya disimpulkan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi.
4. *P(Planning)* merupakan rencana tindakan keperawatan selanjutnya setelah melihat respon dari lansia atau berdasarkan hasil analisis.

Bab 8

Pelayanan Kesehatan untuk Lansia

8.1 Pendahuluan

Penuaan adalah suatu proses alami, yang menghadirkan tantangan unik untuk semua lapisan masyarakat. Meskipun definisi yang tepat dari kelompok usia lansia masih kontroversial, namun didefinisikan sebagai orang dengan usia kronologis 65 tahun ke atas. Dengan perbaikan bertahap dalam layanan pengiriman layanan kesehatan, harapan hidup telah meningkat dan dengan demikian persentase penduduk lanjut usia. Diperkirakan jumlah penduduk berusia 60 tahun ke atas akan meningkat menjadi 1,2 miliar pada tahun 2025 dan selanjutnya menjadi dua miliar pada tahun 2050. Selanjutnya, pada tahun 2025, hampir 75% dari populasi lanjut usia ini akan tinggal di negara berkembang, yang telah memiliki sistem pemberian pelayanan kesehatan yang terbebani. Transisi demografis ini pada dasarnya memerlukan pengalihan fokus global untuk memenuhi perawatan kesehatan preventif dan kebutuhan medis populasi lanjut usia (WHO, 2018).

Populasi yang menua cenderung memiliki prevalensi penyakit kronis, cacat fisik, penyakit mental, dan penyakit penyerta lainnya yang lebih tinggi. Kebutuhan kesehatan dan masalah terkait kesehatan lansia tidak dapat dilihat

secara terpisah. Berbagai faktor penentu seperti masalah sosial (yaitu anak-anak yang pindah dari rumah lansia mereka untuk mencari pekerjaan, membuat mereka terisolasi tanpa dukungan fisik dalam kegiatan sehari-hari); penganiayaan terhadap lansia; pengetahuan yang buruk dan kesadaran tentang faktor-faktor risiko; kebutuhan makanan dan nutrisi; kekhawatiran psiko-emosional (yaitu isolasi, tekanan mental, kesulitan menyibukkan diri); kendala keuangan (yaitu pengurangan pendapatan yang pasti setelah pensiun, sejauh hal itu dapat mengganggu kebutuhan hidup seperti nutrisi, pakaian, dan tempat tinggal yang memadai); faktor sistem perawatan kesehatan (yaitu sebagian besar negara tidak memiliki sistem asuransi kesehatan yang efektif untuk lansia ditambah dengan masalah aksesibilitas dan kekurangan dalam sistem perawatan kesehatan pemerintah); dan korelasi fisik; menentukan masalah medis dan dengan demikian berdampak signifikan pada kualitas hidup lansia (Tampi et al., 2022).

Pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan lansia memerlukan pendekatan multi pandangan yang menggabungkan kolaborasi aktif kesehatan, kesejahteraan sosial, pembangunan pedesaan/perkotaan dan sektor hukum. Program perawatan kesehatan geriatri berbasis komunitas harus dimulai dengan pengembangan kebijakan yang komprehensif sehingga tidak hanya mencakup aspek medis, tetapi juga faktor penentu lainnya. Komitmen politik yang kuat dan aksi sosial sangat penting untuk implementasi yang efektif dari kebijakan yang disesuaikan pada tingkat dasar (Byles, 2020). Langkah-langkah lain seperti peningkatan pengetahuan kesehatan lansia tentang faktor risiko potensial; langkah-langkah sosial seperti mengembangkan budaya di mana anak-anak secara sukarela mengambil tanggung jawab merawat lansia mereka yang lanjut usia; mekanisme pengaturan, yang mewajibkan untuk anggota masyarakat untuk merawat lansia mereka yang lebih tua; pengembangan skema asuransi kesehatan untuk menutupi kebutuhan perawatan kesehatan mereka; pengembangan skema pensiun dengan kontribusi dari karyawan, pemberi kerja dan pemerintah; advokasi pembangunan rumah/jalan/tangga ramah lansia; promosi pencegahan primer untuk menanamkan gaya hidup sehat di masa dewasa awal; strategi informasi, pendidikan dan komunikasi terhadap tiga kelompok besar yaitu lansia, paruh baya yang akan pindah ke kelompok usia lanjut usia dalam waktu dekat dan orang-orang muda yang merupakan penyedia perawatan potensial untuk lansia/kerabat lanjut usia mereka mengenai masalah kebersihan, nutrisi, latihan fisik, menghindari tembakau dan alkohol, tindakan pencegahan kecelakaan dan kesadaran tentang pengenalan tanda/gejala awal masalah

geriatri umum; pelatihan dan pelatihan ulang staf medis dan paramedis untuk memahami secara efektif kebutuhan kesehatan khusus lansia; layanan imunisasi; perlunya penilaian kesehatan berkala dalam deteksi dini kondisi; penyediaan prosthesis dan bantuan medis lainnya; pengembangan unit gerontologi; dan memastikan komunikasi yang efektif; dapat dilaksanakan secara strategis untuk mencapai hasil terbaik.

Penyediaan layanan perawatan kesehatan yang terjamin kualitasnya bagi populasi lanjut usia merupakan tantangan yang memerlukan pendekatan dan strategi bersama. Kegagalan memenuhi kebutuhan kesehatan hari ini dapat berkembang menjadi masalah yang mahal di kemudian hari.

8.2 Demografi Lansia

Saat ini terjadi perubahan demografi yang cepat. Pada saat tantangan kesehatan masyarakat tidak dapat diprediksi, satu hal yang pasti – populasi dunia cepat menua. Dari tahun 2015 hingga 2050, proporsi penduduk dunia yang berusia 60 tahun atau lebih hampir dua kali lipat (dari 12% menjadi 22%), dengan konsekuensi mendalam bagi sistem perawatan Kesehatan. Tingkat proporsi penduduk berusia 60 tahun atau lebih meningkat jauh lebih cepat daripada di masa lalu. Misalnya, proporsi orang Prancis populasi yang lebih tua dari 60 tahun naik dari 10% menjadi 20% selama hampir 150 tahun, sedangkan negara-negara seperti Cina dan India hanya memiliki sedikit lebih dari 20 tahun untuk menyesuaikan diri perubahan serupa dalam struktur umur populasi mereka. Seorang anak yang lahir di Brazil atau Myanmar pada tahun 2015 dapat berharap untuk hidup 20 tahun lebih lama dari yang lahir hanya 50 tahun yang lalu (WHO, 2018).

Kebutuhan perawatan kesehatan gerontik saat ini semakin beragam. Seiring bertambahnya usia, kapasitas intrinsik mereka (yaitu jumlah kapasitas fisik dan mental mereka) cenderung menurun sementara masalah kesehatan mereka menjadi lebih kronis dan kompleks. Multimorbiditas (yaitu adanya beberapa kondisi kronis pada saat yang sama) semakin lazim seiring bertambahnya usia (Nagaratnam, Nagaratnam and Cheuk, 2018). Orang yang lebih tua bisa mengembangkan sindrom geriatri seperti kelebihan, inkontinensia urin dan kecenderungan jatuh, yang tidak masuk ke dalam kategori penyakit diskrit. Tantangan dan kompleksitas penyediaan Kesehatan perawatan untuk populasi

yang lebih tua. Di seluruh dunia, sistem kesehatan sedang berjuang untuk menanggapi keragaman fisik dan kapasitas mental lansia, dan untuk mempromosikan lintasan positif penuaan yang sehat sejak dini kehidupan seterusnya. Kapasitas orang yang lebih tua dapat berubah dengan cepat – selama berjam-jam dalam beberapa kasus (Leik, 2018). Sistem perawatan berjuang agar cukup gesit untuk merespons dengan cepat perubahan kebutuhan seseorang. Banyak pekerja perawatan kesehatan mungkin terlibat dengan perawatan satu orang, terutama di negara-negara dengan ketersediaan dokter spesialis yang luas. Selain itu, sektor kepedulian sosial sering dilibatkan ketika orang lanjut usia mengalami penurunan yang signifikan dalam kapasitas mereka dan membutuhkan bantuan dalam aktivitas dari kehidupan sehari-hari. Layanan kesehatan dan perawatan sosial untuk orang lanjut usia biasanya disediakan dengan lebih beragam pengaturan dan dengan frekuensi yang lebih besar daripada yang khas untuk populasi yang lebih muda. Selain itu, keluarga dan pengasuh lain yang tidak dibayar sering memainkan peran pengasuhan yang substansial.

Banyak sistem perawatan kesehatan di seluruh dunia dirancang untuk populasi yang relatif muda. Mereka cenderung menekankan perawatan kuratif untuk kebutuhan kesehatan yang berbeda dari yang dihadapi oleh populasi saat ini. Di masa lalu, layanan sering terstruktur seputar diagnosis dan penyembuhan masalah kesehatan akut, menggunakan “temuan” biomedis itu dan memperbaikinya. Ini bekerja dengan baik ketika penyakit menular adalah yang paling umum masalah perawatan kesehatan. Saat ini, demografi populasi telah bergeser, namun ada sedikit fokus klinis pada masalah itu penting bagi lansia seperti nyeri kronis, dan pengelolaan kesulitan yang berkelanjutan dengan mendengar, melihat, berjalan atau melakukan sehari-hari kegiatan. Juga, sering ada kekurangan protokol untuk mencegah dan mengelola masalah geriatrik seperti kelemahan dan inkontinensia urin. Lebih awal penanda penurunan kapasitas intrinsik, seperti sebagai penurunan kecepatan berjalan atau kekuatan otot, sering tidak diidentifikasi, diobati atau dipantau, meskipun tindakan ini sangat penting jika terjadi penurunan kapasitas harus dibalik atau ditunda. Tantangan lain adalah kesehatan lansia masalah sering dikelola dalam terputus dan cara terfragmentasi, dan ada sedikit koordinasi antara penyedia perawatan, di antara yang berbeda pengaturan dan dari waktu ke waktu. Namun demikian, keterlibatan banyak tenaga Kesehatan dan penggunaan beberapa intervensi klinis memerlukan koordinasi yang tinggi, baik antara profesional kesehatan, dan dalam tingkat pengobatan dan pengaturan.

8.3 Pelayanan Kesehatan Terintegrasi untuk Lansia

Infrastruktur fisik yang ditujukan untuk perawatan kesehatan lansia masih perlu banyak yang dibenahi. Contoh masalah infrastruktur termasuk kurangnya toilet yang dapat diakses, antrian panjang, fisik hambatan akses, dan hambatan komunikasi akibat kurangnya informasi yang dapat diakses oleh orang-orang dengan gangguan pendengaran dan gangguan penglihatan. Kurangnya transportasi yang terjangkau untuk klinik adalah penghalang utama lainnya untuk mengakses perawatan kesehatan, khususnya untuk lansia yang tinggal di daerah pedesaan, karena layanan sering terkonsentrasi di kota-kota besar yang jauh dari panti jompo dan masyarakat Akhimya, perawatan kesehatan dan perawatan sosial biasanya terfragmentasi dari satu lain. Perbedaan yang mengakar dalam cara layanan ini dibiayai, diatur dan diatur menciptakan komplikasi untuk lansia yang menggunakan kedua jenis layanan tersebut. Anggaran terpisah dan insentif bersaing untuk berbagai organisasi tidak kondusif untuk menjaga koordinasi (Lindquist and Dresden, 2020).

Perbedaan dalam pendidikan dan professional budaya, dan ketidakbiasaan dengan cara kerja profesional lainnya, adalah hambatan tambahan. Perawatan kesehatan yang tidak dipersiapkan dengan baik pekerja Seperti halnya sistem perawatan kesehatan, petugas kesehatan sering kali tidak siap untuk secara efektif mengelola kebutuhan perawatan kesehatan lansia orang dewasa. Kebanyakan pendekatan pelatihan saat ini dikembangkan di abad ke-20, ketika kondisi akut dan menular adalah masalah kesehatan paling umum di dunia. Akibatnya, petugas Kesehatan sering dilatih untuk menanggapi masalah kesehatan yang mendesak, bukan secara proaktif mengantisipasi dan menangkal perubahan fungsi, dan mereka jarang siap untuk bekerja dengan lansia untuk memastikan bahwa mereka orang dapat meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka sendiri. Lebih-lebih lagi, meskipun sebagian besar pasien yang dirawat dalam sistem kesehatan berusia lebih tua orang, kurikulum pelatihan sering mengabaikan gerontologis dan pengetahuan dan pelatihan geriatrik, dan mungkin kurang panduan tentang manajemen masalah umum seperti multimorbiditas dan kelemahan. Reformasi yang berarti akan membutuhkan upaya bersama dan berkelanjutan dari pemimpin akademik dan kelompok profesional kesehatan; sejauh ini, ini belum terjadi dalam skala besar.

Perawatan terpadu untuk lansia Bukti menunjukkan bahwa perawatan terpadu untuk lansia adalah pendekatan terbaik untuk menerapkan spektrum kompleks intervensi yang diperlukan jika lebih tua orang harus mengalami hasil terbaik. Perawatan terpadu untuk orang lanjut usia mengacu pada layanan yang menjangkau perawatan kontinum, terintegrasi di dalam dan di antara berbagai tingkat dan lokasi perawatan dalam perawatan kesehatan dan sistem perawatan jangka panjang (termasuk dalam rumah), dan terintegrasi sesuai dengan kebutuhan manusia sepanjang hayat kursus (Extermann, 2020). Integrasi tidak berarti bahwa struktur harus menyatu; sebaliknya, itu menyiratkan bahwa beragam penyedia layanan harus bekerja sama secara terkoordinasi jalan. Sebagian besar program yang sukses telah mengambil pendekatan dari bawah ke atas perubahan, yang telah didukung oleh kebijakan tingkat yang lebih tinggi, dan oleh mekanisme untuk pembiayaan bersama dan akuntabilitas dalam tim. Jenis perawatan ini berpusat pada orang, yang berarti didasarkan pada perspektif bahwa lansia lebih dari pembuluh gangguan atau kesehatan mereka kondisi. Sebaliknya, mereka dipandang sebagai individu dengan pengalaman unik, kebutuhan dan preferensi. Itu juga memandang lansia dalam konteks keseharian mereka hidup, sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat.

Untuk mengilustrasikan unsur-unsur dari jenis perawatan ini, dalam laporan tahun 2015, (WHO) mengusulkan tindakan pada tiga tingkat:

1. Berfokus pada kebutuhan dan tujuan orang yang lebih tua. Semua elemen dari sebuah pendekatan perawatan terpadu untuk lansia berputar di sekitar setiap lansia kebutuhan dan tujuan unik seseorang.
2. Perawatan klinis terpadu. Integrasi pada tingkat perawatan klinis sangat penting bagi populasi yang lebih tua. Ini termasuk penilaian yang komprehensif, tujuan bersama dan rencana perawatan yang dibagikan ke semua penyedia.
3. Penyelarasan sistem kesehatan. Sistem kesehatan yang selaras dapat membuatnya lebih mudah untuk mengintegrasikan perawatan untuk lansia. WHO telah mengidentifikasi bangunan utama blok sistem kesehatan: penyampaian layanan; sumber daya manusia kesehatan; infrastruktur kesehatan, produk, vaksin dan teknologi; informasi dan data, kepemimpinan dan tata kelola; dan pembiayaan .

Dalam memberikan pelayanan Kesehatan pada lansia maka penyedia perawatan primer sebagai petugas kesehatan garis depan yang memberikan perawatan kepada lansia dapat melakukan beberapa hal langkah untuk memberikan layanan yang lebih terintegrasi.

Misalnya, mereka dapat:

1. Menggunakan strategi manajemen kasus, termasuk penilaian komprehensif,
2. Merencanakan perawatan dan tindak lanjut proaktif;
3. Menerapkan intervensi klinis berbasis bukti yang disesuaikan dengan tingkat kapasitas intrinsik;
4. Bekerja secara kolaboratif dengan penyedia lain.

Berbagai upaya pelayanan Kesehatan lansia dapat dilakukan melalui:

1. Strategi manajemen kasus

Manajemen kasus memerlukan penilaian kebutuhan individu dan pengembangan yang komprehensif rencana perawatan, kemudian mengorganisir layanan sehingga mereka bekerja secara kolektif menuju tujuan

mempertahankan kapasitas intrinsik. Melakukan penilaian yang komprehensif. Penilaian komprehensif merupakan aspek penting dari manajemen kasus. Mereka mengambil stok kapasitas intrinsik lansia dan lintasannya, kondisi spesifik, perilaku dan risiko yang dapat memengaruhi kapasitas ini di masa depan dan konteks lingkungan. Dengan demikian, penilaian komprehensif memberikan informasi yang diperlukan untuk memprioritaskan dan menyesuaikan intervensi.

Tetapkan tujuan perawatan bersama dengan orang yang lebih tua Sangat penting bahwa orang yang lebih tua terlibat dalam pengambilan keputusan dan penetapan tujuan dari awal, dan bahwa tujuan ditetapkan sesuai dengan kebutuhan dan kebutuhan unik orang yang lebih tua preferensi.

2. Mengembangkan dan menggunakan rencana perawatan terpadu
Rencana perawatan terpadu dikembangkan berdasarkan hasil penilaian komprehensif. Itu rencana perawatan berpusat pada tujuan orang yang lebih tua, bagaimana tujuan tersebut akan ditangani, peran yang akan dimainkan oleh berbagai sektor sistem kesehatan dan sosial, dan rencana untuk tindak lanjut dan penilaian. Setelah rencana perawatan dikembangkan, itu berfungsi sebagai peta jalan untuk tindakan terpadu dan merupakan cara mengukur kemajuan terhadap tujuan dan preferensi individu orang yang lebih tua.
3. Berikan dukungan manajemen diri yang sistematis
Penyediaan dukungan manajemen diri yang sistematis melibatkan penyediaan lansia dengan informasi, keterampilan dan alat yang mereka butuhkan untuk mengelola kondisi kesehatan mereka, mencegah komplikasi, memaksimalkan kapasitas intrinsik mereka dan menjaga kualitas hidup mereka. Ini tidak menyiratkan bahwa lansia akan diharapkan untuk "melakukannya sendiri", atau yang tidak masuk akal atau tuntutan yang berlebihan akan ditempatkan pada mereka. Namun, itu mengakui otonomi dan kemampuan mereka untuk mengarahkan perawatan mereka sendiri, dalam konsultasi dan kemitraan dengan penyedia layanan kesehatan, keluarga mereka dan pengasuh lainnya.
4. Berikan tindak lanjut yang teratur dan berkelanjutan
Tindak lanjut yang proaktif dan terencana adalah bagian dari sebagian besar pendekatan manajemen kasus. Ini mempromosikan deteksi dini komplikasi atau perubahan status fungsional, sehingga pencegahan yang tidak perlu darurat dan pemborosan terkait perawatan kesehatan. Ini juga menyediakan forum untuk memantau kemajuan hubungannya dengan rencana perawatan dan untuk memberikan dukungan tambahan sesuai kebutuhan.

8.4 Pelayanan Keperawatan Lansia

UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menjelaskan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis. Selain itu, Pemerintah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lanjut usia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif (Flynn, 2017). Menerapkan intervensi klinis berbasis bukti disesuaikan dengan tingkat kapasitas intrinsik Dalam populasi lansia mana pun, banyak yang akan mengalami kapasitas tinggi dan stabil, kapasitas menurun dan kehilangan kapasitas yang signifikan.

Masing-masing dari tiga periode ini membutuhkan tanggapan yang berbeda dari penyedia layanan kesehatan, seperti yang dibahas di bawah ini.

1. Tingkat kapasitas yang tinggi dan stabil

Untuk lansia dengan tingkat kapasitas yang tinggi dan stabil, tujuannya adalah untuk bangun dan pertahankan level ini selama mungkin. Penekanannya harus pada penyakit dan pencegahan risiko; mempromosikan peningkatan kapasitas perilaku; memastikan bahwa masalah akut ditangani secara memadai; Dan mendeteksi dan mengelola penyakit kronis dan tidak menular sejak dini

2. Kapasitas menurun

Bagi lansia yang mengalami penurunan kapasitas, tujuannya adalah untuk menunda, memperlambat atau bahkan membalikkan lintasan ini sebagian melalui intervensi yang ditargetkan di awal proses. Perilaku sehat tetap penting, tetapi fokus meluas dari pengurangan faktor risiko, untuk mencakup tindakan yang dapat secara langsung membantu mempertahankan kapasitas atau membalikkan hilangnya kapasitas intrinsik. Misalnya, latihan aerobik penting untuk penyakit kardiovaskular pencegahan, tetapi olahraga yang dapat membantu membangun massa otot, kekuatan dan keseimbangan menjadi semakin penting sebagai kapasitas seseorang menurun. Kebutuhan nutrisi juga berubah saat orang kehilangan kapasitas, dengan fokus bergeser ke kepadatan nutrisi, terutama protein asupan, vitamin D dan mikronutrien lainnya, meskipun asupan kalori juga target

penting. Pada saat ini, ada peningkatan fokus pada perawatan kronis dari berbagai kondisi, untuk mengurangi dampaknya terhadap kapasitas.

3. Kehilangan kapasitas yang signifikan

Untuk lansia yang mengalami kehilangan kapasitas yang signifikan, tujuan perawatan adalah untuk terus mengoptimalkan lintasan klinis dan untuk mengkompensasi untuk kerugian ini melalui penyediaan layanan perawatan sosial. Klinis intervensi harus terus fokus pada pemulihan dan pemeliharaan kapasitas, termasuk manajemen penyakit yang berkelanjutan, rehabilitasi, paliatif intervensi dan perawatan akhir hidup. Layanan rehabilitasi dapat membantu mencegah kecacatan fungsional permanen dan ketergantungan perawatan, dan dapat mengurangi penerimaan rumah sakit yang dapat dihindari dan pemulangan yang tertunda. Bekerja secara kolaboratif dengan penyedia lain Perawatan terpadu untuk lansia membutuhkan penyedia layanan kesehatan untuk berkolaborasi satu sama lain, dan dengan penyedia perawatan sosial. Ini adalah sebuah cara kerja yang berbeda untuk banyak penyedia. Perbedaan pendidikan dan budaya profesional, dan ketidakbiasaan dengan cara profesional lainnya kerja harus di atasi.

Bagaimana layanan perawatan primer dapat diatur dan terkirim Titik awal untuk menyelaraskan layanan untuk mendukung perawatan terpadu bagi lansia harus dipastikan bahwa perawatan yang lebih baik disediakan, daripada mengadopsi model organisasi tetap dengan yang telah ditentukan sebelumnya desain. Terlepas dari struktur organisasi, aspek penting dari pemberian layanan untuk lansia adalah penemuan kasus aktif, dan perawatan berbasis komunitas dan rumah, semuanya didukung oleh kinerja yang kuat dan tinggi perawatan kesehatan primer (PHC). Dukungan manajemen diri memberi lansia informasi, keterampilan dan alat yang mereka butuhkan untuk mengelola kondisi kesehatan mereka, mencegah komplikasi, memaksimalkannya kapasitas intrinsik dan mempertahankan kualitas hidup mereka. Keterlibatan masyarakat memanfaatkan sumber daya yang ada dan membantu untuk memberikan dukungan bagi lansia dan keluarga mereka.

Pendekatan yang berguna untuk mengatur primer perawatan diuraikan di bawah ini:

1. Gunakan tim multidisiplin

Tim multidisiplin berbagi tanggung jawab dan akuntabilitas untuk proses klinis dan hasil perawatan, untuk individu dan populasi tertentu. Agar berhasil, tim perlu bertemu secara teratur, berbagi informasi, secara eksplisit mendefinisikan peran klinis, dan melakukan fungsi yang saling melengkapi dan terkoordinasi untuk orang dan populasi.

2. Bagikan informasi di seluruh penyedia, pengaturan, dan waktu

Kemajuan pesat dalam teknologi informasi dan komunikasi (TIK) menawarkan banyak janji untuk berbagi informasi klinis yang relevan di seluruh penyedia, pengaturan dan waktu. Catatan kesehatan elektronik bisa mengatur informasi tentang individu dan seluruh populasi klinis lansia untuk membantu mengidentifikasi kebutuhan, merencanakan perawatan dari waktu ke waktu, memantau respons terhadap pengobatan dan menilai hasil kesehatan.

3. Menerapkan penemuan kasus aktif

Penjangkauan masyarakat dan penemuan kasus aktif dapat menjangkau lansia yang tidak hadir sendiri untuk Kesehatan pusat. Bergerak melampaui dinding klinik ke dalam komunitas memfasilitasi identifikasi, pemantauan dan pendampingan lanjut usia yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Memprioritaskan perawatan berbasis komunitas dan berbasis rumah Menempatkan layanan kesehatan yang dekat dengan tempat tinggal orang sangat penting bagi orang lanjut usia. Jarak ke pusat kesehatan yang mungkin masuk akal untuk populasi umum dapat di atasi untuk lansia orang dengan gangguan yang signifikan; karenanya, transportasi umum yang mudah diakses dan terjangkau untuk Kesehatan fasilitas perawatan harus tersedia. Dalam kasus di mana pelayanan kesehatan spesialis memerlukan jarak perjalanan yang jauh, layanan transportasi ramah usia dan terjangkau dapat ditawarkan. Kunjungan rumah disampaikan oleh pelayanan

Kesehatan penyedia dalam konteks program berbasis masyarakat dapat memiliki efek positif bagi lansia. Bagi mereka yang membutuhkan perawatan yang signifikan, layanan rumah sakit di rumah dapat menyediakan perawatan di rumah untuk orang-orang yang seharusnya dirawat di rumah sakit akut. Layanan ini melibatkan tim profesional kesehatan dan perawatan jangka panjang. Hasilnya adalah kepuasan klien dan pengasuh yang lebih tinggi, mengurangi kematian dan mengurangi tingkat penerimaan kembali dengan model ini dibandingkan dengan model "tradisional" rumah sakit. Sebagian besar layanan rehabilitasi dapat diberikan di luar lingkungan rumah sakit, di masyarakat atau di rumah.

4. Libatkan komunitas

Keterlibatan masyarakat memanfaatkan sumber daya yang belum dimanfaatkan dan membantu memastikan Kesehatan dan lingkungan fasilitatif untuk lansia. Masyarakat meliputi keluarga dan rumah tangga, pengusaha, organisasi keagamaan, lingkungan fisik dan sosial, dan organisasi komunitas dari berbagai jenis (misalnya asosiasi lansia, layanan sosial dan layanan pendidikan).

Layanan perawatan di rumah meliputi: Perawatan rumah tangga. Menjaga agar rumah tangga berjalan lancar membutuhkan banyak pekerjaan. Jika Anda merasa kesulitan untuk mengikutinya, Anda dapat melihat layanan binatu, belanja, berkebun, tata graha, dan tukang. Jika Anda mengalami kesulitan untuk tetap mengikuti tagihan dan janji temu, manajemen keuangan dan perawatan kesehatan juga dapat membantu. Angkutan. Transportasi adalah masalah utama bagi orang dewasa yang lebih tua. Mungkin Anda merasa sulit mengemudi atau tidak suka mengemudi di malam hari. Memiliki akses ke kereta api, bus, aplikasi berbagi tumpangan, taksi bertarif rendah, dan layanan transportasi senior dapat membantu memperpanjang kemandirian Anda dan menjaga jaringan sosial Anda. Modifikasi rumah. Jika mobilitas Anda menjadi terbatas, modifikasi rumah dapat membuat tempat tinggal Anda tetap nyaman dan mudah diakses. Modifikasi dapat mencakup hal-hal seperti

pegangan di kamar mandi, jalur landai untuk menghindari atau meminimalkan penggunaan tangga, atau bahkan memasang kamar mandi baru di lantai dasar. Perawatan Pribadi. Membantu aktivitas hidup sehari-hari, seperti berpakaian, mandi, atau menyiapkan makanan, disebut perawatan pribadi atau kustodian. Pembantu kesehatan di rumah dapat memberikan layanan perawatan pribadi yang berkisar dari beberapa jam sehari hingga perawatan langsung sepanjang waktu. Mereka juga dapat memberikan bantuan terbatas dengan hal-hal seperti mengukur tekanan darah atau menawarkan pengingat pengobatan. Kesehatan. Beberapa layanan kesehatan dapat diberikan di rumah oleh para profesional terlatih, seperti terapis okupasi, pekerja sosial, atau perawat kesehatan rumah. Periksa dengan asuransi atau layanan kesehatan Anda untuk mengetahui jenis pertanggungjawaban apa yang tersedia, meskipun Anda mungkin harus menanggung sejumlah biaya sendiri. Perawatan rumah sakit juga dapat diberikan di rumah. Program hari. Program harian atau tempat penitipan anak dewasa dapat membantu Anda tetap sibuk dengan aktivitas dan sosialisasi di siang hari, sambil memberikan waktu istirahat bagi pengasuh Anda. Beberapa program penitipan anak terutama bersifat sosial, sementara yang lain menyediakan layanan kesehatan terbatas atau berspesialisasi dalam gangguan seperti Alzheimer tahap awal.

Upaya untuk mewujudkan lanjut usia sehat yang memenuhi kriteria sehat fisik, jiwa, sosial dan spiritual, harus dimulai sejak pra lanjut usia dengan menggunakan pendekatan holistik dan komprehensif. Kegiatannya mencakup promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, di mana pengembangan dan pembinaannya terdiri dari program terkait kesehatan lanjut usia di Kementerian Kesehatan yaitu:

1. Pembinaan kesehatan jiwa untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa agar bahagia, mandiri dan produktif.
2. Stimulasi otak untuk mempertahankan fungsi kognitif.

3. Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut untuk mempertahankan agar jaringan gigi dan mulut dapat berfungsi baik untuk mengunyah, maupun bicara.
4. Kegiatan olahraga untuk menjaga stamina dan kebugaran.
5. Pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular.
6. Pembinaan gizi lanjut usia secara terpadu agar lanjut usia hidup. Berkualitas.
7. Perawatan kesehatan tradisional yang aman dan rasional.
8. Perawatan jangka panjang bagi lanjut usia yang sudah mengalami keterbatasan dalam melakukan kehidupan sehari-hari.
9. Pemberdayaan lanjut usia dalam upaya meningkatkan kesehatan dirinya, keluarga dan masyarakat sesuai dengan kondisi dan potensinya.
10. Pelayanan kesehatan haji dan umroh.
11. Pelayanan kesehatan keluarga dengan pendekatan siklus hidup sejak ibu hamil; bayi; balita; anak usia sekolah; remaja; usia reproduktif dan lanjut usia.
12. Promosi Kesehatan, agar lanjut usia dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan yang berguna bagi dirinya, keluarga dan masyarakat disekitarnya.
13. Penyediaan data dan informasi tentang kesehatan lanjut usia.
14. Pelayanan kesehatan bagi lanjut usia sesuai standar di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).
15. Jaminan Kesehatan yang menjangkau lanjut usia agar pelayanan kesehatan lanjut usia optimal.

Perawatan terpadu untuk lansia menghasilkan luaran yang lebih baik. Ini juga memungkinkan lansia untuk berpartisipasi dan berkontribusi sebagai anggota masyarakat yang produktif. Integrasi pada tingkat perawatan klinis khususnya penting bagi populasi yang lebih tua. Ini umumnya mencakup penilaian yang komprehensif, tujuan bersama dan rencana perawatan yang dibagikan di semua penyedia. Manajemen kasus yang sedang berlangsung, dipimpin oleh perawatan yang ditunjuk koordinator, membantu memastikan bahwa integrasi berlanjut dari waktu ke waktu.

Pengungkit utama sistem kesehatan adalah:

1. Kebijakan, rencana dan peraturan yang mendukung kerangka kerja;
2. Pengembangan tenaga kerja;
3. Investasi ;
4. Penggunaan anggaran gabungan, pembayaran gabungan dan insentif kontraktual untuk mendukung terintegrasi cara kerja.

PHC adalah kunci untuk mencapai perawatan terpadu tersebut individu yang lebih tua. Dari perspektif penyampaian layanan, perawatan primer sebagai bagian dari PHC menyediakan kontak pertama, perawatan komprehensif yang memenuhi kesehatan esensial kebutuhan orang yang lebih tua. Selain itu, PHC penting dalam koordinasi perawatan di berbagai tingkat kesehatan, serta kerjasama lintas sektoral (termasuk peran kepedulian sosial). Aksi menuju penyampaian perawatan terpadu untuk lanjut usia dapat terjadi di semua tingkat perawatan kesehatan: dari penyedia garis depan hingga pemimpin senior. Tindakan ini dapat memberikan kontribusi yang substansial menuju tercapainya Pembangunan Berkelanjutan Goals (SDGs), dengan mendorong pertumbuhan ekonomi yang inklusif, mencapai cakupan kesehatan universal untuk saat ini dan populasi masa depan, dan memastikan bahwa lansia memiliki kesempatan untuk berkontribusi, dan tidak ditinggalkan di belakang, pembangunan.

Bab 9

Peran Perawat dalam Pelayanan Kesehatan Lansia

9.1 Pendahuluan

Perawat adalah agens perubahan yang ideal untuk kemajuan pelayanan kesehatan masyarakat. Trend meningkatnya usia harapan hidup pada lanjut usia di Indonesia, membawa implikasi pada semakin banyaknya lanjut usia yang membutuhkan perawatan untuk mempertahankan status kesehatannya. Filosofi keperawatan pada lanjut usia adalah mempertahankan status kesehatan dengan adanya penurunan kemampuan pada lanjut usia baik fisik dan mental karena proses degeneratif sampai mengantarkan pada proses kematian sejahtera. Untuk menciptakan hal demikian diperlukan keterampilan perawat khususnya geriatric nurse (perawat lansia) untuk memberikan pelayanan keperawatan terbaik didasarkan pada pengetahuan yang kuat (strong knowledge). Selain mempertahankan status kesehatan peran perawat lansia disini adalah mengatasi masalah kesehatan yang dialami lansia di mana proses penuaan akan mengakibatkan terjadinya beberapa perubahan fisiologis, anatomi, psikologis, dan sosiologis. Timbulnya penyakit yang menetap seperti Alzheimer/Demensia, gangguan sclerosis multiple, gangguan endokrin, dan lain-lain akan meningkat dengan bertambahnya usia, dengan kompleks

penyakit lanjut usia maka diperlukan asuhan keperawatan yang khusus pula untuk mencapai kesembuhan yang paripurna.

Peran perawat gerontik secara garis besar dapat digolongkan menjadi dua macam, yaitu peran secara umum dan peran spesialis. Peran secara umum yaitu pada berbagai setting, seperti rumah sakit, rumah, nursing home, komunitas, dengan menyediakan perawatan kepada individu dan keluarganya (Hess, Touhy, & Jett, 2005). Perawat bekerja di berbagai macam bentuk pelayanan dan bekerja sama dengan para ahli dalam perawatan klien mulai dari perencanaan hingga evaluasi. Peran secara spesialis terbagi menjadi dua macam yaitu perawat gerontik spesialis klinis/gerontological clinical nurse specialist (CNS) dan perawat gerontik pelaksana/geriatric nurse practitioner (GNP). Peran CNS yaitu perawat klinis secara langsung, pendidik, manajer perawat, advokat, manajemen kasus, dan peneliti dalam perencanaan perawatan atau meningkatkan kualitas perawatan bagi klien lansia dan keluarganya pada setting rumah sakit, fasilitas perawatan jangka panjang, outreach programs, dan independent consultant. Sedangkan peran GNP yaitu memenuhi kebutuhan klien pada daerah pedalaman; melakukan intervensi untuk promosi kesehatan, mempertahankan, dan mengembalikan status kesehatan klien; manajemen kasus, dan advokat pada setting klinik ambulatori, fasilitas jangka panjang, dan independent practice.

9.2 Konsep Dasar Tugas Perawat dalam Proses Menua

Kemajuan ekonomi, perbaikan lingkungan hidup, dan majunya ilmu pengetahuan terutama karena kemajuan ilmu kedokteran, mampu meningkatkan umur harapan hidup (life expectancy) . Akibatnya, jumlah orang yang lanjut usia akan bertambah dan ada kecenderungan akan meningkat lebih cepat. Jumlah penduduk usia lanjut Indonesia saat ini terus meningkat. Permasalahan pada usia lanjut 38% adalah masalah kesehatan, disamping permasalahan lain seperti keuangan, kesepian, dan merasa tidak berguna lagi. Bertambahnya jumlah penduduk berusia lanjut akan menimbulkan berbagai masalah meliputi masalah medis teknis, mental psikologis, dan sosial ekonomi. Kebutuhan pelayanan kesehatan lebih dibutuhkan pada usia lanjut dari pada usia lain. Selain terjadinya perubahan

pola penyakit menjadi pola penyakit degeneratif, proses penyembuhannya sendiri memerlukan waktu lebih lama. Penanganan penyakit pada usia lanjut bersifat khusus. Hal itu dikarenakan penyakit pada usia lanjut biasanya tidak berdiri sendiri (multipatologi), fungsi organ tubuh sudah menurun, rentan terhadap penyakit atau stres, dan lebih sering memerlukan rehabilitasi yang tepat. Oleh karena itu, kelompok usia lanjut memerlukan perhatian dan upaya khusus di bidang kesehatan.

Perawat dalam menangani masalah lansia akan berperan sebagai Caregiver/Pemberi Asuhan kepada lansia yaitu tindakan pengkajian, perencanaan tindakan, pelaksanaan, dan evaluasi perawatan individu dan perawatan secara menyeluruh sesuai dengan wewenang keperawatan. Salah satu wewenang perawat dalam memberikan perawatan lansia adalah menyediakan fasilitas Long-Term Care (LTC) yang di mana perawat mampu memberi bantuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, misalnya berjalan, bangun dari kursi, mandi, sikat gigi, berpakaian, buang air, makan, dan lain-lain. Implementasi praktik keperawatan dilakukan di rumah sakit, klinik, puskesmas, rumah pasien, dan juga di panti wreda.

Perawat dituntut untuk memberikan pelayanan berstandar baik dan profesional terhadap orang-orang yang sedang sakit (pasien). Oleh sebab itu, perawat berperan penting dalam pelayanan medis terhadap para pasiennya dalam institusi terkait.

9.3 Lingkup, Peran, dan Fungsi Keperawatan Gerontik

Perawat geriatri umumnya memiliki lingkup, peran, dan tanggung jawab yang mencakup: (a) mengantisipasi keterbatasan pasien sebagai efek penuaan yang berlangsung alamiah, (b) merawat pemenuhan kebutuhan dari proses penuaan yang terjadi, dan (c) membantu proses pemulihan sebagai upaya mengatasi kebutuhan dari proses penuaan tersebut.

9.3.1 Lingkup Keperawatan Gerontik

Lingkup asuhan keperawatan gerontik menurut Maryam (2008) adalah pencegahan ketidakmampuan sebagai akibat proses penuaan, perawatan untuk

memenuhi kebutuhan lansia, dan pemulihan untuk mengatasi keterbatasan lansia.

9.3.2 Peran Keperawatan Gerontik

1. Peran keperawatan gerontik menurut Maryam (2008) sebagai berikut:
 - a. Sebagai care giver.
 - b. Sebagai pendidik klien lansia.
 - c. Sebagai motivator klien lansia.
 - d. Sebagai advokasi klien lansia.
 - e. Sebagai konselor klien lansia.
2. Peran perawat gerontik sesuai tingkat pencegahan pada lansia
Ada tiga peran perawat gerontik dalam pencegahan lansia, yaitu: pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.
 - a. Pencegahan primer yaitu meningkatkan kesehatan melalui kontak di klinik dan di rumah, memberikan informasi sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan, membuat klien dan keluarga sadar akan pilihan dan sumber-sumber yang ada, melibatkan klien dan keluarga sadar akan pilihan dan sumber-sumber yang ada, melibatkan klien dalam perkumpulan di masyarakat, dan mengajarkan klien untuk bertanggung jawab atas dirinya dalam kesehatan.
 - b. Pencegahan sekunder yaitu melaporkan penemuan kasus dan melakukan pendekatan untuk merujuk, mengkaji respon terhadap sakit dan kesesuaiannya dengan terapi, memberikan informasi tentang obat-obatan dan terapi, memberikan nasihat kepada klien dan anggota keluarga serta mengidentifikasi adanya ancaman penyakit.
 - c. Pencegahan tersier, yaitu memulai dengan strategi rehabilitasi selama fase aktif, mempertahankan komunikasi dengan jaringan kemasyarakatan, membantu dengan pelayanan tindak lanjut/follow up, memberikan program konsultasi dan pendidikan sebagai tanggung jawabnya terhadap perawatan pada lansia, serta

memberikan dukungan legislasi dan kebijaksanaan yang dapat memberi dampak terhadap lansia.

9.3.3 Fungsi Keperawatan Gerontik

Menurut Eliopoulous (2005), fungsi perawat gerontologi adalah:

1. Guide persons of all ages toward a healthy aging process (membimbing orang pada segala usia untuk mencapai masa tua yang sehat).
2. Eliminate ageism (menghilangkan perasaan takut tua).
3. Respect the right of older adults and ensure other dothesame (menghormati hak orang dewasa yang lebih tua dan memastikan yang lain melakukan hal yang sama)
4. Oversee and promote the quality of service delivery (memantau dan mendorong kualitas pelayanan).
5. Notice and reduce risks to health and well being (memerhatikan serta mengurangi risiko terhadap kesehatan dan kesejahteraan).
6. Teach and support care gives (mendidik dan mendorong pemberi pelayanan kesehatan).
7. Open channels for continued growth (membuka kesempatan untuk pertumbuhan selanjutnya).
8. Listen and support (mendengarkan dan memberi dukungan).
9. Offer optimism, encouragement and hope (memberikan semangat, dukungan, dan harapan).
10. Generate, support, use and participate in research (menghasilkan, mendukung, menggunakan dan berpartisipasi dalam penelitian).
11. Implement restorative and rehabilitative measures (melakukan perawatan restorasi dan rehabilitatif).
12. Coordinate and managed care (mengkoordinasi dan mengatur perawatan).
13. Assess, plan, implement and evaluate care in an individualized, holistic manner. (mengkaji, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi perawatan individu dan perawatan secara menyeluruh)

14. Link services with needs (memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan)
15. Nurture future gerontological nurses for advancement of the specialty (membangun masa depan perawat gerontik untuk menjadi ahli di bidangnya).
16. Understand the unique physical, emotional, social, spiritual aspect of each other (saling memahami keunikan pada aspek fisik, emosi, sosial, dan spritual).
17. Recognize and encourage the appropriate management of ethical concern (mengetahui dan mendukung manajemen etika yang sesuai dengan tempatnya bekerja).
18. Support and comfort through the dying process (memberikan dukungan dan kenyamanan dalam menghadapi proses kematian).
19. Educate to promote self care and optimal independence (mengajarkan untuk meningkatkan perawatan mandiri dan kebebasan yang optimal).

9.4 Persyaratan Perawat Gerontik

Menurut Sahar (2001), seorang perawat gerontik memiliki persyaratan sebagai berikut:

1. Memiliki Kemampuan membina hubungan terapeutik
2. Menghargai keunikan lansia
3. Memiliki keterampilan dasar/lanjut keperawatan gerontik
4. Memiliki keterampilan berkomunikasi yang baik
5. Memiliki pengetahuan tentang perubahan fisik.
6. Memiliki pengetahuan psikologik dan sosial lansia terkait bertambahnya usia
7. Memiliki kemampuan bekerjasama dalam tim.

9.5 Tugas-tugas Perawat dalam Setiap Teori Penuaan

1. Perawat dalam Teori Biologi

Menurut Teori Biologi tugas perawat adalah memperhatikan kesehatan objektif, kebutuhan kejadian-kejadian yang dialami klien lansia semasa hidupnya, perubahan fisik pada organ tubuh, tingkat kesehatan yang masih bisa dicapai dan dikembangkan, penyakit yang dapat dicegah atau ditekan progresifitasnya. Perawatan fisik secara umum bagi klien lansia dapat dibagi atas 2 bagian, yakni:

- a. Klien lansia yang masih aktif, di mana keadaan fisiknya masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sehingga untuk kebutuhannya sehari-hari masih mampu melakukan sendiri.
- b. Klien lansia yang pasif atau tidak dapat bangun, di mana keadaan fisiknya mengalami kelumpuhan atau sakit.

Perawat harus mengetahui dasar perawatan klien lansia ini, terutama hal – hal yang berhubungan dengan kebersihan perorangan untuk mempertahankan kesehatannya. Kebersihan perorangan sangat penting dalam usaha mencegah timbulnya penyakit/peradangan, mengingat sumber infeksi dapat timbul bila kebersihan kurang mendapat perhatian. Di samping itu, kemunduran kondisi fisik akibat proses penuaan dapat memengaruhi ketahanan tubuh terhadap gangguan atau serangan infeksi dari luar. Untuk klien lansia yang aktif dapat diberikan bimbingan mengenai kebersihan mulut dan gigi, kebersihan kulit dan badan, kebersihan kuku dan rambut, kebersihan tempat tidur serta posisinya, hal makan, cara memakan obat, dan cara pindah dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya. Komponen pendekatan fisik yang lebih mendasar adalah memperhatikan dan membantu para klien lansia untuk bernapas dengan lancar, makan (termasuk memilih dan menentukan makanan), minum, melakukan eliminasi, tidur, menjaga sikap tubuh waktu berjalan, duduk, mengubah posisi tiduran, beristirahat, kebersihan tubuh, memakai

dan menukar pakaian, mempertahankan suhu badan, melindungi kulit dari kecelakaan. Dari hasil rangkuman Pertemuan Kesehatan Persiapan Usia Lanjut oleh Depkes (1995) ditetapkan Penjaringan Kesehatan Lansia dengan cara sebagai berikut:

Gizi

- Pengamatan
 - D = disease
 - E = eating poorly
 - T = tooth loss
 - E = economic hardship
 - R = reduce sosial contact
 - M = multiple medicine
 - I = involuntary weight loss and gain
 - N = need assistance in self care
 - E = elder years
- Pendidikan gizi dan konseling diet.
- Prinsip gizi yang harus diikuti oleh lansia:
 - c. Kecukupan kalori 5 – 10% kurang dari usia 20 – 25 tahun.
 - d. Kecukupan lemak maksimal 25% diutamakan lemak tak jenuh.
 - e. Protein normal 10 – 12% dari kecukupan energi, berasal dari hewani.
 - f. Hidrat arang, gula murni dikurangi.
 - g. Vitamin dan mineral harus cukup, terutama vitamin B, Vitamin C, asam folat, kalsium, dan Fe.



Gambar 9.1: Perawatan Gizi

Olahraga

Latihan olahraga yang baik dan benar serta teratur harus memenuhi komponen sebagai berikut:

- a. Peregangan dan pemanasan 10 – 15 menit.
- b. Latihan Inti 15 – 60 menit
- c. Pendinginan 10 – 15 menit.

Faktor yang diperhatikan:

- a. Intensitas latihan.....pra usia lanjut 60 % - 80% DNM
- b. DNM (Denyut Nadi Maksimal): $220 - \text{usia} \times \text{menit}$
- c. Contoh: Bila usia 40 tahun $\text{DNM} = 220 - 40 = 180 \text{ x / menit}$
- d. Batas atas $85\% = 85\% \times 180 \text{ x/mnt} = 153 \text{ x/mnt}$
- e. Batas bawah $60\% = 60\% \times 180 \text{ x/mnt} = 108 \text{ x/mnt}$
- f. Frekuensi latihan ----- 3 - 5 x seminggu
- g. Lamanya latihan ----- 30 - 45 menit, tidak termasuk waktu pemanasan dan pendinginan.

Toleransi terhadap kekurangan O₂ sangat menurun pada klien lansia. Untuk itu kekurangan O₂ yang mendadak harus dicegah dengan cara posisi bersandar pada beberapa bantal, jangan makan terlalu banyak, jangan melakukan gerak badan yang berlebihan, dan sebagainya. Seorang perawat harus dapat memotivasi para klien lansia agar mau dan menerima makanan yang disajikan. Kurangnya kemampuan mengunyah sering dapat menyebabkan hilangnya nafsu makan. Untuk mengatasi masalah ini adalah dengan menghidangkan makanan lunak atau memakai gigi palsu. Waktu makan yang teratur, menu bervariasi dan bergizi, makanan yang serasi, serta suasana yang menyenangkan dapat menambah selera makan. Bila ada penyakit tertentu perawat harus mengatur makanan sesuai diet yang dianjurkan. Perawat perlu mengadakan pemeriksaan kesehatan terutama pada klien lansia yang diduga menderita penyakit tertentu atau secara berkala dilakukan bila terdapat kelainan tertentu, misalnya batuk-batuk dan pilek (terutama klien lansia yang tinggal di panti wreda). Perawat perlu memberikan penjelasan dan penyuluhan kesehatan, mengkaji penyebab keluhan, kemudian mengkomunikasikan dengan klien tentang cara pemecahannya. Perawat harus mendekati diri dengan klien lansia, membimbing dengan sabar dan ramah, sambil bertanya apa yang

dirasakan, bagaimana tentang tidur, makan, apakah obat sudah diminum, apakah mereka bisa melaksanakan ibadah, dan sebagainya. Sentuhan (misalnya genggaman tangan) terkadang sangat berarti bagi mereka.

2. Tugas Perawat dalam Teori Sosial

Perawat sebaiknya memfasilitasi sosialisasi antar lansia dengan mengadakan diskusi dan tukar pikiran serta bercerita sebagai salah satu upaya pendekatan sosial. Memberi kesempatan untuk berkumpul bersama berarti menciptakan sosialisasi antar manusia, yang menjadi pegangan bagi perawat bahwa orang yang dihadapinya adalah makhluk sosial yang membutuhkan orang lain. Hubungan yang tercipta adalah hubungan sosial antara wreda dengan wreda maupun wreda dengan perawat sendiri. Perawat memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada para wreda untuk mengadakan komunikasi, melakukan rekreasi seperti jalan pagi, menonton film, atau hiburan-hiburan lain karena mereka perlu dirangsang untuk mengetahui dunia luar. Dapat disadari bahwa pendekatan komunikasi dalam perawatan tidak kalah pentingnya dengan upaya pengobatan medis dalam proses penyembuhan atau ketenangan para klien lansia. Menurut Drs. H. Manan dalam bukunya *Komunikasi dalam Perawatan* mengatakan: "Tidak sedikit klien yang tidak bisa tidur karena stres. Stres memikirkan penyakitnya, biaya hidup, keluarga yang di rumah, sehingga menimbulkan kekecewaan, rasa ketakutan atau kekhawatiran, rasa kecemasan, dan sebagainya. Untuk menghilangkan rasa jemu dan menimbulkan perhatian terhadap sekelilingnya perlu diberikan kesempatan kepada mereka untuk antara lain ikut menikmati keadaan di luar, agar mereka merasa masih ada hubungan dengan dunia luar." Tidak jarang terjadi pertengkaran dan perkelahian di antara mereka (terutama bagi yang tinggal di panti wreda). Hal ini dapat diatasi dengan berbagai usaha, antara lain selalu mengadakan kontak sesama mereka, makan dan duduk bersama, menanamkan rasa kesatuan dan persatuan, senasib dan sepenanggungan mengenai hak dan kewajiban bersama. Dengan

demikian, perawat tetap mempunyai hubungan komunikasi, baik sesama mereka maupun terhadap petugas yang secara langsung berkaitan dengan pelayanan klien lansia di panti wreda.

3. Tugas Perawat dalam Teori Psikologi

Perawat mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lansia, perawat dapat berperan sebagai supporter ataupun interpreter terhadap segala sesuatu yang asing sebagai penampung rahasia yang pribadi dan sebagai sahabat yang akrab. Perawat hendaknya memiliki kesabaran dan ketelitian dalam memberikan kesempatan dan waktu yang cukup banyak untuk menerima berbagai bentuk keluhan agar mereka merasa puas. Pada dasarnya klien lansia membutuhkan rasa aman dan cinta kasih dari lingkungannya, termasuk perawat yang memberikan perawatan. Untuk itu perawat harus menciptakan suasana yang aman, tidak gaduh, membiarkan mereka melakukan kegiatan dalam batas kemampuan dan hobi yang dimilikinya.

Perawat harus dapat membangkitkan semangat dan kreasi klien lansia dalam memecahkan dan mengurangi rasa putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan, sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik dan kelainan yang dideritanya. Hal ini perlu dilakukan karena perubahan psikologi terjadi bersama dengan makin lanjutnya usia. Perubahan-perubahan ini meliputi gejala-gejala seperti menurunnya daya ingat untuk peristiwa yang baru terjadi, berkurangnya kegairahan atau keinginan, peningkatan kewaspadaan, perubahan pola tidur dengan suatu kecenderungan untuk tiduran di waktu siang, dan pergeseran libido. Perawat harus sabar mendengarkan cerita-cerita yang membosankan, jangan menertawakan atau memarahi bila klien lansia lupa atau bila melakukan kesalahan. Harus diingat, kemunduran ingatan akan mewarnai tingkah laku mereka dan kemunduran ingatan jangan dimanfaatkan untuk tujuan-tujuan tertentu. Bila perawat ingin mengubah tingkah laku dan pandangan mereka terhadap kesehatan, perawat bisa melakukannya secara perlahan-lahan dan bertahap, perawat harus dapat mendukung mental mereka ke arah pemuasan

pribadi sehingga pengalaman yang dilaluinya tidak menambah beban. Bila perlu diusahakan agar di masa lansia ini mereka tetap merasa puas dan bahagia.

Bab 10

Penyuluhan Kesehatan dan Sosial pada Lansia

10.1 Pendahuluan

Prevalensi penyakit kronis meningkat seiring bertambahnya usia, dan pengobatan penyakit ini kompleks pada orang lanjut usia karena berbagai penyakit penyerta, kehilangan kemandirian dan/atau kelemahan. Selain itu, masalah kognitif, demensia, gangguan sensorik juga sering terjadi. Penyuluhan pasien menjadi komponen penting dari manajemen penyakit kronis. Program pendidikan pasien bertujuan untuk memberikan informasi dan keterampilan kepada pasien untuk membantunya hidup dengan kondisi kronisnya (Pariel et al., 2013).

Orang yang berusia 50 tahun atau lebih cenderung mengalami banyak faktor risiko yang dapat menyebabkan atau memperburuk isolasi sosial atau kesepian, seperti hidup sendiri, kehilangan keluarga atau teman, penyakit kronis, dan gangguan sensorik. Selama perjalanan hidup, isolasi sosial dan kesepian dapat bersifat episodik atau kronis, tergantung pada keadaan dan persepsi individu (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Health and Medicine Division; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory

Sciences; Board on Health Sciences Policy; Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults, 2020). Kesepian sangat berkaitan dengan depresi dan penilaian diri terhadap kesehatan. Pada gilirannya, isolasi sosial yang lebih besar dan dukungan sosial yang lebih sedikit dikaitkan dengan kesepian yang lebih besar. Isolasi sosial dikaitkan dengan depresi dan peringkat kesehatan diri yang lebih rendah (Czaja et al., 2021). Penyuluhan tentang sosial penting diberikan bagi lansia untuk mengatasi dampak seperti isolasi sosial dan kesepian yang dapat memengaruhi kesehatan mental lansia.

10.2 Edukasi untuk lansia

10.2.1 Tidur

Penuaan dikaitkan dengan beberapa perubahan pola tidur. Lansia sering mengalami peningkatan prevalensi gangguan tidur primer termasuk insomnia, gangguan pernapasan saat tidur, sindrom kaki gelisah, gangguan perilaku tidur Rapid Eye Movement (REM), dan gangguan irama sirkadian (Tatineny et al., 2020). Insomnia pada lansia terjadi karena perubahan parameter tidur, disertai dengan peningkatan tidur siang. Banyak penelitian telah melaporkan bahwa rasa kantuk di siang hari atau tidur siang pada orang lanjut usia berpotensi menimbulkan efek serius seperti demensia dan penyakit terkait gaya hidup. Topik utama pendidikan kesehatan tidur yang dapat diberikan untuk lansia adalah sebagai berikut: Pengetahuan yang benar tentang mekanisme tidur, memahami pengaruh buruk tidur siang berlebihan, pengaruh cahaya pada ritme sirkadian dan dampak negatif kafein, alkohol dan televisi (Miyazaki and Nishiyama, 2015).

10.2.2 Kualitas Hidup

Kualitas hidup sering digambarkan dengan dimensi objektif dan subjektif. Mayoritas lansia menilai kualitas hidup mereka secara positif berdasarkan kontak sosial, ketergantungan, kesehatan, keadaan material, dan perbandingan sosial. Adaptasi dan ketahanan mungkin berperan dalam mempertahankan kualitas hidup yang baik. Meskipun tidak ada perbedaan budaya dalam dimensi subyektif dari kualitas hidup, dalam dimensi obyektif perbedaan tersebut ada. Dua faktor utama yang harus diperhatikan sehubungan dengan

kualitas hidup di usia tua adalah demensia dan depresi (Netuveli and Blane, 2008). Faktor-faktor yang biasanya memengaruhi penilaian kualitas hidup diri pada lansia yang mengalami demensia termasuk depresi, gangguan fungsional, dan polifarmasi (Burks et al., 2021). Penelitian lain juga menunjukkan depresi dapat meningkatkan risiko kematian dan secara negatif memengaruhi kualitas hidup (Sivertsen et al., 2015). Kematian dan kesehatan sangat erat kaitannya, sehingga perawat perlu memberikan edukasi kesehatan mengenai kematian untuk meningkatkan kualitas hidup orang lanjut usia. Pendidikan kesehatan menawarkan cara menghadapi akhir hidup melalui transmisi nilai dan praktik yang memungkinkan untuk mengantisipasi dan menyelesaikan situasi ketidakstabilan atau kecemasan. Menghadapi kematian secara alami dan hanya sebagai bagian lain dari kehidupan akan membantu memungkinkan penuaan yang sehat (Martínez-Heredia et al., 2021).

10.2.3 Olahraga

Aktivitas fisik merupakan faktor protektif untuk penyakit tidak menular seperti penyakit kardiovaskular, stroke, diabetes, dan beberapa jenis kanker dan dikaitkan dengan peningkatan kesehatan mental, keterlambatan timbulnya demensia, dan meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan lansia (Langhammer et al., 2018). Badan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mempertimbangkan intensitas Aktivitas Fisik dan juga frekuensi Aktivitas Fisik mingguan disesuaikan dengan usia. Oleh karena itu, orang dewasa berusia 18-64 tahun dan untuk orang dewasa > 65 tahun direkomendasikan minimal tujuh puluh lima menit aktivitas aerobik aktivitas fisik intensitas tinggi atau setidaknya 150 menit aktivitas aerobik intensitas sedang per minggu (World Health Organization, 2010). Sebuah penelitian menunjukkan bahwa program olahraga berbasis masyarakat dapat meningkatkan kekuatan tubuh bagian atas dan bawah, daya tahan aerobik, mobilitas, efikasi diri latihan, dan keseimbangan ditemukan pada orang yang berolahraga (Levy et al., 2020). Olahraga bersama dapat mempertahankan kemandirian diri dan tetap terhubung dengan orang lain (Mehra et al., 2016). Penelitian menunjukkan program olahraga yang menargetkan pasangan lansia yang menikah merupakan strategi yang berguna untuk mempertahankan kepatuhan berolahraga bahkan setelah program penelitian telah selesai (Osuka et al., 2017).

10.2.4 Pencegahan Penyakit

Penyakit kardiovaskular dan osteoporosis dan demensia adalah kondisi kronis umum pada usia 85 tahun. Osteoarthritis, diabetes, kelebihan berat badan dan kecacatan mobilitas terkait akan meningkat prevalensinya seiring bertambahnya usia populasi (Jaul and Barron, 2017). Temuan penelitian mengungkapkan bahwa jumlah literatur tentang promosi kesehatan untuk lansia telah meningkat, dan beberapa jenis intervensi tertentu masih disukai dalam upaya promosi kesehatan untuk lansia saat ini. Metode yang paling umum digunakan adalah promosi kesehatan, diikuti dengan skrining kesehatan, pencegahan primer, dan dukungan sosial (Chiu et al., 2020a). Jenis intervensi yang paling sering dilakukan untuk pencegahan penyakit pada lansia yaitu melalui pendidikan kesehatan terkait dengan penyakit, aktivitas modifikasi perilaku, dan komunikasi kesehatan (Duplaga et al., 2016).

10.2.5 Nutrisi

Proses penuaan ditandai dengan banyaknya perubahan pada tubuh yang berdampak negatif secara keseluruhan terhadap kesehatan dan gaya hidup lansia. Nutrisi patut mendapat perhatian khusus saat seseorang mencapai usia tua. Ini memainkan peran penting dalam memengaruhi kualitas hidup, termasuk kesehatan fisik, mental dan sosial. Penurunan fisiologis dalam asupan makanan sangat umum di antara usia yang lebih tua dan ini mengakibatkan kekurangan nutrisi. Kekurangan nutrisi yang meningkat ini merupakan faktor risiko utama untuk penyakit kronis tertentu dan kesehatan terkait usia yang memburuk. Perbaikan nutrisi diketahui membawa manfaat nyata bagi orang lanjut usia dan banyak penyakit dan kondisi yang berkaitan dengan usia dapat dicegah, dimodulasi atau diperbaiki dengan nutrisi yang baik (Kaur et al., 2019).

Dengan demikian, adopsi intervensi gizi dapat menjadi langkah untuk mengatasi situasi kekurangan gizi saat ini dan mempromosikan gaya hidup sehat. Mendorong lansia untuk menyiapkan makanan dapat meningkatkan nafsu makan dan asupan makanan, dan memberikan kesempatan bagi lansia untuk makan berbagai macam makanan, bersama-sama, merupakan strategi sederhana untuk meningkatkan asupan makanan (Clegg and Williams, 2018). Mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan yang optimal pada orang dewasa yang lebih tua membutuhkan pemahaman tentang bagaimana perubahan fisiologis memengaruhi status gizi, keakraban dengan alat tervalidasi yang tersedia untuk menilai status, identifikasi faktor predisposisi

orang dewasa yang lebih tua untuk kekurangan gizi, dan praktik berbasis bukti mengenai kebutuhan gizi orang dewasa yang lebih tua (Barkoukis, 2016).

Tabel 10.1: Rekomendasi Nutrisi Lansia Dietary reference intakes (DRI), (Barkoukis, 2016).

Nutrisi	DRI Rekomendasi \geq 51-70 Tahun	Landasan
Vitamin D	Usia \geq 70 wanita dan pria ditingkatkan sampai 800 IU	Perubahan penyerapan terkait usia; asupan makanan yang tidak mencukupi.
Vitamin B6	Usia \geq 51 tahun. Pria 1.7 mg/d, wanita 1.5 mg/d	Data terbatas pada orang dewasa yang lebih tua, tetapi peningkatan asupan diperlukan untuk mempertahankan plasma 5 piridoksal fosfat 20 nmol/L. Tingkatan plasma mencerminkan tempat penyimpanan jaringan.
Vitamin B12	Rekomendasi kuantitas identik sepanjang masa dewasa, tapi sumber kristal direkomendasikan untuk kedua jenis kelamin dewasa \geq 50 tahun	Sumber makanan alami dari B12 tidak mudah diserap seperti formulasi kristal dari vitamin. Direkomendasikan bahwa orang dewasa lebih tua dari 50 menelan makanan yang diperkaya dengan vitamin atau suplemen vitamin B12.
Kalsium	Usia \geq 51–70: Wanita: rekomendasi meningkat menjadi 1200 mg/hari; Usia \geq 70: Wanita dan pria: rekomendasi meningkat menjadi 1200 mg/hari.	Perubahan penyerapan terkait usia; asupan makanan yang tidak mencukupi.
Zat besi	Usia \geq 51: Wanita: rekomendasi diturunkan menjadi 5 mg/hari; Usia 19–70: Pria: rekomendasi tetap sama.	Menstruasi wanita paska menopause kerugian bulanan berhenti. Tidak ada mekanisme mengeluarkan zat besi pada orang dewasa.

10.2.6 Pengobatan

Lansia adalah kelompok populasi yang paling rentan karena meningkatnya prevalensi penyakit kronis dan konsumsi obat-obatan. Beberapa karakteristik penuaan dan pengobatan geriatri memengaruhi persepsi obat untuk lansia. Dengan demikian pemilihan farmakoterapi yang tepat untuk lansia menjadi proses yang kompleks dan menantang. Penelitian menunjukkan 51.1% lansia tidak patuh minum obat (Pasina et al., 2014). Faktor yang memengaruhi kepatuhan minum obat pada lansia adalah multimorbiditas, gangguan kognitif, rejimen kompleks dengan beberapa dokter yang meresepkan, dan masalah dengan penyimpanan atau formulasi obat (Smaje et al., 2018). Salah satu intervensi yang diberikan bagi lansia untuk mengatasi masalah ini yaitu dengan memberikan edukasi tentang pengobatan baik bagi lansia itu sendiri atau keluarga (Gupta and Agarwal, 2013). Hal-hal yang dapat dilakukan baik itu lansia, terapi, dan kesehatan masyarakat/masyarakat: (1) Penilaian Geriatri Komprehensif, (2) pendidikan pasien (dan pengasuh) untuk meningkatkan pemberdayaan pasien, (3) optimalisasi pengobatan, (4) penggunaan alat bantu kepatuhan, (5) pendidikan dokter dan tenaga kesehatan lainnya, (6) penilaian kepatuhan, (7) memfasilitasi akses obat melalui integrasi layanan. Untuk setiap intervensi, para ahli perlu menilai (a) populasi sasaran, (b) profesional kesehatan yang berpotensi terlibat dalam intervensi, (c) strategi/instrumen yang diperlukan untuk implementasi, dan (d) waktu intervensi. Intervensi yang menargetkan kepatuhan harus menggabungkan pendekatan berbeda yang menargetkan aspek kompleks lansia dalam pendekatan holistik (Marengoni et al., 2016).

10.3 Strategi Penyuluhan Kesehatan pada Lansia

Strategi promosi kesehatan untuk lansia umumnya memiliki tiga tujuan dasar: mempertahankan dan meningkatkan kapasitas fungsional, mempertahankan atau meningkatkan perawatan diri, dan merangsang jaringan sosial seseorang (Golinowska et al., 2016).

10.3.1 Teknologi

Jenis teknologi penyuluhan kesehatan yang dikembangkan untuk lansia adalah bahan cetak, perangkat lunak dan video, serta dukungan mock-up dan telepon. Studi telah menunjukkan bahwa jenis teknologi yang ditemukan layak untuk mempromosikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat lanjut usia (Sá et al., 2019). Teknologi eHealth tidak hanya sering digunakan pada ibu hamil (Tendean et al., 2021), tetapi juga dapat digunakan pada lansia. eHealth pada lansia dapat mencegah lansia jatuh dan untuk meningkatkan keamanan rumah, dan promosi kesehatan mental (Chiu et al., 2020b). Sebuah penelitian sistematis juga mengungkapkan bahwa penggunaan mendongeng digital efektif dapat mendukung ingatan, identitas, dan kepercayaan diri dan lansia (Rios Rincon et al., 2022). Selama beberapa dekade terakhir, teknologi yang muncul seperti Internet Of Things (IoT), Artificial Intellegent (AI), sensor, komputasi awan, teknologi komunikasi nirkabel, dan robot bantu telah memberikan visi untuk mengembangkan berbagai kehidupan Active Assisted Living (AAL) untuk mendukung lansia untuk hidup aman dan mandiri di lingkungan tempat tinggalnya dan berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari dan masyarakat, serta mendukung mereka untuk menjaga kesehatan fisik, mental, dan kualitas hidup mereka (Ganesan et al., 2019).

10.3.2 Seni

Sebuah penelitian sistematis menunjukkan bahwa keberadaan seni dapat meningkatkan kesehatan, kesejahteraan, dan kualitas hidup lansia (Curtis et al., 2018). Berbagai macam aktivitas seni telah terbukti dapat menjadi salah satu metode untuk pendidikan kesehatan dan sosial pada lansia. Penelitian melalui penguatan tari terbukti dapat mengoptimalkan latihan fisik pada lansia (López-Mateus et al., 2017). Temuan lainnya seperti seni tari, musik, nyanyian, teater, seni rupa, video, dan tutur kata dapat memberikan perasaan positif, pertumbuhan pribadi dan artistik, dan peningkatan interaksi sosial yang bermakna yang dapat mempromosikan kesejahteraan yang dialami lansia dan meningkatkan kualitas hidup lansia (Groot et al., 2021). Penelitian menunjukkan metode edukasi melalui lagu dapat meningkatkan pengetahuan lansia (McClelland et al., 2015). Selain itu, bernyanyi memiliki manfaat potensial bagi pasien mereka, seperti mengurangi kegelisahan, meningkatkan kenyamanan, kesejahteraan dan kegembiraan, meningkatkan kualitas tidur, dan percaya bernyanyi berpotensi mengurangi kebutuhan akan pengobatan dan mencegah kecelakaan di antara pasien mereka (Batt-Rawden and Stedje,

2020). Aktivitas seni lainnya yaitu sesi kegiatan berbasis seni partisipatif seperti Montreal Museum of Fine Arts (MMFA). Hasil penelitian menunjukkan MMFA memiliki efek positif multidimensi pada kesehatan mental dan fisik lansia. Hasil ini menunjukkan bahwa museum dapat menjadi mitra kunci dalam inisiatif kebijakan kesehatan masyarakat untuk pencegahan kesehatan pada populasi lansia (Beauchet et al., 2020).

10.3.3 Permainan

1. Video Game

Penelitian sistematis menunjukkan intervensi video game dapat dipertimbangkan untuk lansia untuk meningkatkan kinerja dan fungsi kognitif, terutama skor kognitif umum dan kecepatan pemrosesan. Game dengan interaktivitas dan stimulasi visual video yang lebih baik memiliki efek kuratif yang lebih baik (Yang et al., 2021). Permainan berbasis video game dapat bermanfaat sebagai rehabilitasi perhatian visual, kontrol diabetes, peningkatan emosi positif untuk pasien dengan depresi subthreshold, pelatihan kognitif dan tes memori, keterlibatan dalam program pelatihan, persepsi self-efficacy, motivasi dan emosi positif dari kondisi permainan sosial, peningkatan aktivitas fisik dan kemampuan menyeimbangkan, dan peningkatan kinerja belajar dan pengalaman otonomi (Koivisto and Malik, 2021).

2. Tabletop Games

Penggunaan Tabletop games memiliki karakteristik pelatihan kognitif dan interaksi interpersonal yang dapat meningkatkan fungsi kognitif lansia dengan kognisi utuh dan mereka yang mengalami gangguan kognitif ringan atau demensia meningkat. Untuk orang dewasa yang lebih tua, selain meningkatkan fungsi kognitif, permainan meja juga meningkatkan partisipasi dan interaksi sosial mereka (Chen et al., 2022). Table top games atau Permainan meja misalnya, catur, Go, dan Shogi bermanfaat untuk modifikasi perilaku, seperti promosi makan sehat, berhenti merokok (Nakao, 2019).

3. Exergames

Exergames merupakan kepanjangan dari exercise game. Penelitian menunjukkan exergames dapat meningkatkan keseimbangan dan

peningkatan fungsi kognitif pada lansia. Selain itu, menurunkan gejala depresi mereka, dan dapat meningkatkan kualitas hidup, dan pemberdayaan. Exergames membuat lansia merasa lebih terhubung dengan anggota keluarga, terutama cucu mereka (Verheijden Klompstra et al., 2014). Intervensi exergame yang diberikan berkisar antara 6 hingga 12 minggu, dengan program 8 minggu paling sering dapat memberikan efek positif pada suasana hati, pengurangan sikap apatis, kecemasan dan depresi, harga diri, dan kasih sayang (Fernandes et al., 2022).

10.4 Tips Promosi kesehatan pada Lansia

Berikut strategi yang dapat digunakan untuk promosi kesehatan pada lansia (Novieastari et al., 2019).

1. Jadwal melakukan promosi sebaiknya dilakukan pada pagi hari. Pagi hari biasanya tingkat energi lansia masih tinggi.
2. Hindari durasi promosi kesehatan yang terlalu lama. Apabila materinya panjang buat dalam beberapa hari.
3. Hindari penggunaan kata-kata yang kurang dimengerti lansia.
4. Berikan jeda waktu saat memberikan edukasi agar lansia dapat memproses setiap informasi dengan baik.
5. Hubungkan pengetahuan atau keterampilan baru ke pengalaman masa lalu yang dapat diidentifikasi dengan jelas. Mengenang kembali dan mendongeng membantu lansia berhubungan kembali dengan pengalaman yang dijalani dan berfungsi sebagai strategi yang berharga untuk memfasilitasi pembelajaran (misalnya, menjelaskan penggunaan perangkat bantuan dan meninjau apa yang terjadi ketika seorang pasangan harus mempelajari keterampilan yang serupa).
6. Buat konten yang praktis dan relevan dengan kegiatan sehari-hari, struktur sosial, dan fungsi fisik lansia. Tekankan keamanan dan mempertahankan kemandirian.

7. Bantu lansia tetap fokus pada setiap interaksi dengan meminimalkan gangguan. membatasi pesan ke beberapa (lima atau kurang) poin kunci penting dan menghindari informasi asing.
8. Berbicaralah perlahan, tetapi jangan terlalu lambat sehingga pasien menjadi terganggu atau bosan. Posisi berhadapan dan duduk pada posisi yang sama dengan pasien.
9. Dorong lansia untuk mengundang seorang anggota keluarga atau teman terpercaya untuk hadir dan berpartisipasi aktif dalam setiap sesi pengajaran

Bab 11

Evidences Based Practice dalam Keperawatan Gerontik

11.1 Pendahuluan

Praktik berbasis bukti sekarang diakui secara luas sebagai kunci untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan hasil pasien. Meskipun tujuan penelitian keperawatan (melakukan penelitian untuk menghasilkan pengetahuan baru) dan praktik keperawatan berbasis bukti (memanfaatkan bukti terbaik sebagai dasar praktik keperawatan) tampak sangat berbeda, semakin banyak studi penelitian yang dilakukan dengan tujuan menerjemahkan bukti secara efektif ke dalam praktek. Jelas, bukti dari penelitian (inovasi yang efektif) harus disertai dengan implementasi yang efektif, dan konteks yang memungkinkan untuk mencapai hasil yang signifikan. Pada bab ini memaparkan tentang hasil penelitian terkait keperawatan gerontik yang sudah terbukti efektif membantu kondisi lansia di berbagai negara.

11.2 Evidences Based practice Keperawatan Gerontik

11.2.1 Kelompok Baca Bersama pada Lansia dengan Dementia

Hasil penelitian Longden, et.al (2016) mengevaluasi kelompok membaca bersama yang dikembangkan oleh *The Reading Organization* pada 31 lansia dengan demensia di empat rumah perawatan Inggris. Untuk kelompok yang terdiri dari 6 hingga 10 orang ini, peserta memilih sendiri untuk menghadiri kelompok membaca selama 60 menit. Puisi sering digunakan dalam penelitian ini karena keringkasan bahasa dan rima kata mendorong peningkatan perhatian dan pemahaman. Setelah pembacaan, pemimpin memfasilitasi diskusi dan berbagi kenangan. Frekuensi kelompok adalah harian, tiga kali per minggu, atau mingguan selama periode enam bulan. Satu kelompok terdiri dari dua panti jompo, menunggu kelompok selama tiga bulan dan kemudian berpartisipasi selama tiga bulan, sedangkan kelompok dua panti lainnya berpartisipasi selama tiga bulan dan kemudian dipantau selama tiga bulan. Persepsi kualitas hidup diukur menggunakan DEMQOL-Proxy, sedangkan perilaku diukur menggunakan NPI-Q. Data menunjukkan peningkatan skor pada DEMQOL dan NPI-Q selama dan setelah intervensi, yang menunjukkan peningkatan kualitas hidup dan perilaku yang dirasakan.

11.2.2 Problem Solving Therapy (PST) pada lansia gangguan depresi mayor

PST perlu dipertimbangkan untuk merawat pasien dengan gangguan depresi mayor di komunitas, di klinik, dan di tempat lain dengan profesional medis. PST tidak memiliki efek samping yang diketahui, dan banyak penelitian telah menunjukkan bahwa PST dapat mengobati depresi secara efektif. Keterampilan pemecahan masalah yang dipelajari pasien melalui intervensi PST dapat mencegah kekambuhan depresi; dengan demikian, PST dapat digunakan dengan aman untuk pencegahan dini dan pengobatan gangguan depresi mayor yang terlambat. Selain itu, hasil menunjukkan bahwa PST lebih cenderung memiliki efek positif jika bertahan lebih lama dari 12 minggu untuk pengobatan gangguan depresi mayor. Tentu saja, efek PST pada pengobatan

gangguan depresi mayor juga dapat dikaitkan dengan faktor individu lainnya, seperti usia, keyakinan agama, tingkat pendidikan, dan faktor lain yang dapat memperparah atau meringankan gangguan depresi mayor (Shang, et.al, 2020).

11.2.3 Pelatihan Grup Musik sebagai Intervensi Kognitif Multimodal pada Lansia

Hasil penelitian MacAulay, et.al (2019) menunjukkan bahwa pelatihan grup musik memberikan aktivitas yang memperkuat secara intrinsik yang terkait dengan peningkatan fungsi kognitif dan ukuran kesejahteraan pribadi yang relevan pada lansia. Temuan lainnya mendukung pentingnya menyediakan aktivitas yang mempromosikan sosialisasi dan pembelajaran untuk kesehatan kognitif. Penting juga untuk diperhatikan intervensi remediasi kognitif tertentu yang berfokus pada teknik hafalan secara keseluruhan tampaknya tidak efektif, teknik hafalan ini tampaknya penting untuk pembelajaran keterampilan awal saja. Dengan demikian, tampak bahwa perolehan keterampilan yang nyata dipasangkan dengan stimulasi kognitif dan penekanan pada proses pembelajaran (seperti, meningkatkan kemampuan musik atau matematika) mungkin terbukti menjadi kombinasi yang optimal untuk intervensi perbaikan kognitif (Green & Bavelier, 2008). Penelitian di masa depan bermaksud untuk melakukan uji klinis acak untuk menentukan apakah efek ini khusus untuk kelompok pelatihan perekam musik atau dapat diperluas untuk memperoleh pengetahuan dalam literasi musik melalui kelompok mendengarkan musik. Uji klinis acak akan memungkinkan kami untuk mengevaluasi peran efek praktik pada tes kognitif dengan memasukkan kelompok kontrol. Kami juga bermaksud untuk memeriksa hubungan variabel psikososial tambahan yang penting (misalnya, kualitas hidup dan suasana hati) dengan pelatihan musik dibandingkan dengan kondisi mendengarkan musik.

11.2.4 Intervensi Terapi-Tango pada Lansia dengan Gangguan Kognitif yang Tinggal di Panti Jompo: Kualitas Hidup, Kemampuan Fisik, dan Cara Berjalan

Terapi Tango merupakan terapi dalam bentuk tarian berpasangan yang sepenuhnya berimprovisasi. improvisasi dan koneksi adalah inti dari tango. Oleh karena itu, tujuannya adalah untuk menyediakan struktur dan alat yang cukup untuk berimprovisasi dan terhubung, memberdayakan penari untuk menciptakan pengalaman mereka sendiri. Hasil penelitian Bracco, et. al (2023)

menunjukkan terapi tango telah terbukti layak dan sangat diterima untuk mendukung kesejahteraan lansia yang tinggal di panti jompo. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi berbasis tango berdampak positif pada kualitas hidup lansia, dan terutama dalam pandangan pengasuh tentang kualitas hidup lansia. Mengenai kemampuan fisik dan cara berjalan, terapi tango dapat berperan sebagai penstabil, tetapi penelitian baru diperlukan untuk mengembangkan hal ini. Terapi Tango lansia dan sangat bermanfaat bagi mereka yang menderita gangguan kognitif. Hasil yang diperoleh di sini mendorong kami untuk melanjutkan pencarian untuk memahami mekanisme yang digerakkan melalui tango dan hubungannya dengan kualitas hidup dan kapasitas fisik lansia dengan gangguan kognitif. Terapi Tango dengan kemungkinan sensorik-motorik mungkin hanya intervensi yang diperlukan untuk lansia di panti jompo untuk mencegah penurunan dan untuk menumbuhkan kegembiraan dan kesejahteraan.

11.2.5 Terapi Kognitif Perilaku pada Lansia dengan Insomnia dan Depresi

Kelemahan penting dalam uji coba ini diimbangi oleh kekuatan metodologis dan klinisnya. Penelitian ini menggunakan metode RCT. RCT ini dilakukan berdasarkan penelitian sebelumnya dengan menerapkan kriteria DSM-V dan memasukkan dua kondisi pengalaman dengan kontrol perbandingan aktif. Penilai pasca dan tindak lanjut dibutakan dan penelitian menunjukkan tingkat retensi/penyelesaian yang tinggi. Dari perspektif formulasi klinis dan aplikasi pengobatan, penelitian ini memberikan bukti baru yang menunjukkan terapi kognitif perilaku untuk insomnia dan terapi kognitif perilaku untuk depresi bermanfaat untuk lansia dengan komorbiditas kompleks yang saling terkait. Replikasi penelitian ini diperlukan dengan ukuran sampel yang lebih besar untuk meyakinkan apakah kedua intervensi memiliki efek yang berbeda atau setara. Layanan kesehatan mental yang menawarkan dan memberikan pengobatan untuk insomnia dengan terapi kognitif perilaku akan memberikan praktik terbaik berbasis bukti untuk orang lansia dengan insomnia dan depresi komorbiditas.

11.2.6 Terapi Yangsaeng (Manajemen Kesehatan) pada Lansia di Pantijompo Korea

Terapi Yangsaeng yang digunakan untuk intervensi terdiri dari salam selama lima menit, senam Meridian selama 15 menit, terapi Qi-gong (Pal-dan-gum) selama 20 menit, dan senam Meridian (pembungkus) selama 10 menit. Terapi Yangsaeng dilakukan oleh satu peneliti utama dan satu asisten instruktur (ahli terapi Yangsaeng) di pantijompo tempat lansia tinggal. Instruktur yang mengajar terapi Meridian dan Qi-gong (Pal-dan-gum) bersertifikat, dan instruktur tersebut telah mendidik dan melayani masyarakat selama bertahun-tahun. Untuk konsistensi terapi, pertama-tama mereka memastikan konsistensi gerakan terapi Yangsaeng.

Dalam penelitian ini, terapi Yangsaeng meningkatkan status kesehatan fisik orang dewasa yang lebih tua yang tinggal di pantijompo, menurunkan tingkat depresi, dan meningkatkan kepuasan hidup dan tingkat Yangsaeng. Profesional kesehatan akan dapat menerapkannya secara praktis dalam terapi Yangsaeng sebagai metode intervensi untuk pengelolaan kesehatan lansia yang tinggal di pantijompo.

11.2.7 Refleksi Terapi Musik Pada Lansia Dari Perspektif Etnografi

Proses terapeutik terapi musik pada lansia seperti dari hasil penelitian ini menggambarkan kebutuhan dan peluang untuk transformasi ritual. Melalui ritual terapi musik yang mapan, lansia di pantijompo ini bergerak melewati detasemen diri dan peran sebelumnya, melalui fase liminal transisi ke asuhan keperawatan dan reintegrasi identitas dan peran mereka dalam konteks baru ini. Aspek performatif terapi musik melibatkan warga sebagai peserta aktif dan agen dalam proses penyembuhan mereka sendiri. Narasi penyembuhan melibatkan aspek pribadi, diri sendiri, hubungan dan budaya lebih dari unsur fisik atau kemampuan fungsional.

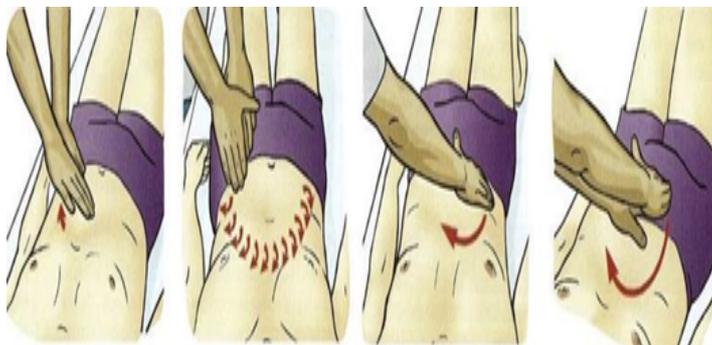
Implikasi teoritis dari refleksi terapi musik dengan lansia melalui perspektif etnografis menekankan kebutuhan mendasar lansia dan fokus terapeutik terkait. Lansia yang beralih ke tahap ini dalam hidup dan terutama ke pengalaman asuhan keperawatan sering menemukan diri mereka dalam fase liminal yang ditandai dengan kehilangan dan keterpisahan. Terapi musik dapat mengatasi kebutuhan ini dengan memfasilitasi transformasi ritual untuk

melewati fase liminal dan menjadi peran baru. Musik memainkan peran sentral dalam proses ini karena representasi budaya serta pertunjukan musik secara literal sebagai budaya. Terapis musik yang bekerja dengan lansia dapat menemukan perspektif teoritis ini informatif dalam memandu interpretasi mereka tentang perilaku dan kebutuhan klien, mengidentifikasi dan menangani tujuan terapeutik dan mendorong narasi penyembuhan.

Refleksi terapi musik ini dari perspektif etnografi mengeksplorasi peran praktik terapi ini dalam restrukturisasi identitas sosial dan komunitas orang dewasa yang lebih tua. Makna musik dan aspek performatif seni dan penyembuhan memfasilitasi proses transformasi dan transisi untuk lansia. Perspektif etnografis ini dapat memengaruhi pekerjaan terapi musik di masa depan dengan lansia dengan menyediakan kerangka kerja untuk memahami kebutuhan dan tujuan terapeutik klien ini.

11.2.8 Pengaruh Pijat Perut Terhadap Konstipasi Dan Kualitas Hidup Lansia

Dalam penelitian ini, diamati bahwa skor konstipasi lansia dalam kelompok eksperimen yang menerima pijat perut menurun dan kualitas hidup mereka meningkat; perbedaan antara skor pretest dan posttest adalah signifikan. Temuan studi konsisten dengan literatur dan menyarankan bahwa pijat perut diterapkan pada lansia dapat memfasilitasi evakuasi usus dengan menciptakan efek mekanik dan refleksi pada usus. Dalam studi ini, masalah konstipasi lansia dalam kelompok eksperimen, yang diberikan pijat perut, menurun dan kualitas hidup ditemukan lebih tinggi daripada individu dalam kelompok kontrol. Pijat perut adalah non-invasif, teknik ekonomis yang dapat digunakan untuk lansia tanpa efek samping. Namun, meskipun pijat perut telah dikenal selama beberapa tahun, penelitian mengenai pendekatan ini masih terbatas. Oleh karena itu, uji coba terkontrol secara acak diperlukan untuk menyelidiki efek pijat perut pada pencegahan konstipasi. Praktik keperawatan, seperti pijat perut dan terapi komplementer, bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup individu. Temuan penelitian ini menekankan bahwa pijat perut dapat digunakan oleh perawat sebagai metode non farmakologis untuk mengobati sembelit. Selain itu, mengajarkan pijat perut pada orang dewasa yang lebih tua memungkinkan mereka mengatasi sembelit tanpa ketergantungan pada perawat. Sangat penting bahwa hasil ini dikonfirmasi melalui uji coba terkontrol secara acak.



Gambar 11.1: Aplikasi Pijak Perut

11.2.9 Efek "The Tell Me About Me program" Persepsi Dukungan Sosial, Harga Diri, dan Kasih Sayang Diri pada Orang Dewasa yang Lebih Tua

Program Tell Me About Me memiliki tiga komponen dasar: harga diri, dukungan sosial, dan kasih sayang diri. Penulis mengembangkan program ini dan mengimplementasikannya seminggu sekali (setiap Selasa) antara pukul 1 siang. dan 16:00. selama 24 minggu untuk meningkatkan interaksi sosial, self-esteem, dan self-compassion penghuni panti jompo. Sesi dilakukan di ruang utama bersama oleh semua penghuni. Narasi otobiografi dari dua warga yang berbeda dipresentasikan pada setiap sesi. Narasi-narasi tersebut disusun dan ditulis oleh penulis (K.M.) saat wawancara dengan warga di kamar masing-masing dan meliputi: tempat lahir; pekerjaan; informasi tentang lansia dan saudara kandung; status pernikahan; informasi tentang anak dan cucu; foto dari album keluarga; dan karakteristik pribadi (misalnya, bagaimana mereka mendefinisikan diri mereka sendiri, apa yang mereka sukai, kompetensi mereka, hobi, sahabat di panti jompo, hal-hal yang membuat mereka bahagia, kenangan terindah mereka dalam hidup). Empat puluh empat narasi disajikan dalam bentuk presentasi PowerPoint® di sepanjang program.

Program ini juga mencakup kegiatan seperti perayaan ulang tahun, mengunjungi teman di rumah sakit, dan menulis surat kepada teman/anggota keluarga. Program *Tell Me About Me* efektif dalam meningkatkan persepsi dukungan sosial dan harga diri di antara lansia dan dapat direkomendasikan. Berbagai narasi otobiografi dalam kelompok berperan penting dalam membantu peserta lebih menghargai diri mereka sendiri dan mengalami peningkatan

harga diri. Sejak saat itu, interaksi sosial mereka meluas karena aktivitas tersebut.

Perawat harus menerapkan program Tell Me About Me untuk meningkatkan dukungan sosial dan harga diri di antara lansia, karena perawat memberikan perawatan penuh waktu di panti jompo ini dan berinteraksi paling dekat dengan penghuni. Perawat harus memastikan bahwa lansia yang tinggal di panti jompo diberikan suasana yang mempromosikan kesejahteraan psikososial dan memungkinkan mereka untuk mengekspresikan diri secara bebas dan efektif, mengorganisir kegiatan pada saat yang sama untuk meningkatkan interaksi antar penghuni.

11.2.10 Motivasi dan Psikoterapi pada Lansia dengan Depresi

Studi eksploratif ini menghasilkan gambaran yang berbeda tentang situasi motivasi hidup di rumah, lansia yang rentan dengan depresi yang mencari psikoterapi rawat jalan berdasarkan kedua indikator (General intake concerns (ICs) and patients' treatment goals (PTG)). IC yang disebutkan pada awal terapi ditemukan heterogen, dengan gejala gangguan depresi dan adaptasi/mengatasi situasi baru atau penyakit fisik yang disebutkan oleh sebagian besar peserta. PTG lansia yang rentan juga heterogen tetapi berbeda dari orang yang lebih muda. Kami merekomendasikan penilaian PTG untuk meningkatkan motivasi, komitmen, dan aliansi terapeutik di antara pasien. Lebih lanjut, praktisi yang melakukan psikoterapi harus menawarkan perawatan khusus pasien yang disesuaikan untuk meningkatkan motivasi pada lansia: PTG pasien lansia mencerminkan fokus yang lebih besar pada mengatasi masalah dan gejala spesifik (gejala depresi dan kecemasan) dan kerugian terkait usia (penerimaan keterbatasan fisik, kemandirian). Selain itu, tema tujuan interpersonal tampaknya relevan untuk lansia dengan kebutuhan perawatan.

Daftar Pustaka

- AA, M.P. And Boy, E. (2020) 'Prevalensi Nyeri Pada Lansia', *MAGNA MEDICA: Berkala Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 6(2), P. 138.
- Abondio, P. Et Al. (2019) 'The Genetic Variability Of APOE In Different Human Populations And Its Implications For Longevity', *Genes*, 10(3), P. 222.
- Adioetomo, S.M. Et Al. (2018) 'Menjadi Lansia: Antara Anugerah Dan Tantangan', *Memetik Bonus Demografi, Membangun Manusia Sejak Dini*. Depok: PT Raja Grafindo Persada [Preprint].
- Agustanti, D., Rahayu, D.Y.S., Festi, P., Hayati, W., Simanullang, P., Wicaksono, K.E. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.
- Artinawati, S. (2014) "Asuhan keperawatan gerontik", In *Media*, Bogor.
- Azizah & Lilik Ma'rifatul. (2011). *Keperawatan LanjutUsia*. Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Badan Pusat Statistik (2022) *Statistik Penduduk Lanjut Usia Tahun 2022*. Jakarta.
- Bandiyah. (2009). *Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Barker, Sue. (2019). *Keperawatan Gerontik Asuhan Keperawatan pada Lansia (Caring for Older in Nursing) (Cet.1)*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Barkoukis, H., (2016). *Nutrition Recommendations in Elderly and Aging*. *Med. Clin. North Am.* 100, 1237–1250.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.006>

- Batt-Rawden, K.B., Stedje, K., (2020). Singing as a health-promoting activity in elderly care: a qualitative, longitudinal study in Norway. *J. Res. Nurs. JRN* 25, 404–418. <https://doi.org/10.1177/1744987120917430>
- Beard, Henson. (2018). *Enhancing Older Adults' Well-Being and Quality of Life Through Purposeful Activity: A Systematic Review of Intervention Studies*
- Beauchet, O., Bastien, T., Mittelman, M., Hayashi, Y., Hau Yan Ho, A., (2020). Participatory art-based activity, community-dwelling older adults and changes in health condition: Results from a pre-post intervention, single-arm, prospective and longitudinal study. *Maturitas* 134, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.01.006>
- Bengtson, V.L. And Settersten, R. (2016) *Handbook Of Theories Of Aging*. Springer Publishing Company. Available At: <https://Books.Google.Co.Id/Books?Id=Xyuodaaqbaj>.
- Bracco, L.; Cornaro, C.; Pinto-Carral, A.; Koch, S.C.; Mourey, F. (2023). Tango-Therapy Intervention for Older Adults with Cognitive Impairment Living in Nursing Homes: Effects on Quality of Life, Physical Abilities and Gait. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 3521. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043521>
- Burks, H.B., des Bordes, J.K.A., Chadha, R., Holmes, H.M., Rianon, N.J., (2021). Quality of Life Assessment in Older Adults with Dementia: A Systematic Review. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 50, 103–110. <https://doi.org/10.1159/000515317>
- Byles, J. (2020) *Advanced age geriatric care: A comprehensive guide*, *Australasian journal on ageing*. doi: 10.1111/ajag.12778.
- Caroline Bunker & Mary Kowaiski. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Volume 5. Edisi 10. EGC: Jakarta
- Chen, P.-J., Hsu, H.-F., Chen, K.-M., Belcastro, F., (2022). Effects of Tabletop Games on Cognition in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Games Health J.* 11, 225–235. <https://doi.org/10.1089/g4h.2021.0132>
- Chiu, C.-J., Hu, J.-C., Lo, Y.-H., Chang, E.-Y., (2020a). Health Promotion and Disease Prevention Interventions for the Elderly: A Scoping Review from

- 2015-2019. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17, 5335. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155335>
- Clegg, M.E., Williams, E.A., (2018). Optimizing nutrition in older people. *Maturitas* 112, 34–38. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.001>
- Curtis, A., Gibson, L., O'Brien, M., Roe, B., (2018). Systematic review of the impact of arts for health activities on health, wellbeing and quality of life of older people living in care homes. *Dement. Lond. Engl.* 17, 645–669. <https://doi.org/10.1177/1471301217740960>
- Czaja, S.J., Moxley, J.H., Rogers, W.A., (2021). Social Support, Isolation, Loneliness, and Health Among Older Adults in the PRISM Randomized Controlled Trial. *Front. Psychol.* 12, 728658. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.728658>
- Dede Nasrullah. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan Nanda, Nic, Noc*. Trans Info Media: Jakarta
- Dewi Budiari, K., Natalia Beba, N., Yunestri Mukti, W., Tarigan, S. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Lansia Ny. W Dengan Arthritis Gout Dalam Penerapan Implementasi Senam Ergonomis Untuk Menurunkan Nyeri: Studi Kasus. In *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah* (Vol. 6, Issue 2).
- Dewi, S.U., dkk. (2022). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yayasan Kita Menulis.
- Dewi, S.U., dkk. (2022). *Keperawatan Gerontik*. Padang: Get Press
- Duplaga, M., Grysztar, M., Rodzinka, M., Kopec, A., (2016). Scoping review of health promotion and disease prevention interventions addressed to elderly people. *BMC Health Serv. Res.* 16, 278. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1521-4>
- Eddens, A. (2021) *Psychosocial Theories Of Aging*, Tudy.Com/Academy/Lesson/Psychosocial-Theories-Of-Aging-Activity-Theory-Continuity-Theory-Disengagement-Theory.Html#.
- Extermann, M. (2020) *Geriatric oncology, Geriatric Oncology*. doi: 10.1007/978-3-319-57415-8.
- Fernandes, C.S., Magalhães, B., Lima, A., Nóbrega, P., Silva, M., Santos, C., (2022). Impact of Exergames on the Mental Health of Older Adults: A

- Systematic Review and GRADE Evidence Synthesis. *Games Health J.* <https://doi.org/10.1089/g4h.2021.0229>
- Festy, P. (2018) *Lanjut Usia Perspektif Dan Masalah*. Umsurabaya Publishing.
- Flynn, B. (2017) *Dementia: Making a diagnosis and managing behavioural and psychological symptoms*, *Geriatric Medicine: A Problem-Based Approach*. doi: 10.1007/978-981-10-3253-0_6.
- Ganesan, B., Gowda, T., Al-Jumaily, A., Fong, K.N.K., Meena, S.K., Tong, R.K.Y., (2019). Ambient assisted living technologies for older adults with cognitive and physical impairments: a review. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* 23, 10470–10481. https://doi.org/10.26355/eurrev_201912_19686
- Gladyshev, V.N. (2014) ‘The Free Radical Theory Of Aging Is Dead. Long Live The Damage Theory!’, *Antioxidants & Redox Signaling*, 20(4), Pp. 727–731.
- Golinowska, S., Groot, W., Baji, P., Pavlova, M., (2016). Health promotion targeting older people. *BMC Health Serv. Res.* 16, 345. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1514-3>
- Green, C. S., & Bavelier, D. (2008). Exercising your brain: A review of human brain plasticity and training-induced learning. *Psychology and Aging*, 23, 692–701. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014345>
- Groot, B., de Kock, L., Liu, Y., Dedding, C., Schrijver, J., Teunissen, T., van Hartingsveldt, M., Menderink, J., Lengams, Y., Lindenberg, J., Abma, T., (2021). The Value of Active Arts Engagement on Health and Well-Being of Older Adults: A Nation-Wide Participatory Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18, 8222. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158222>
- Gupta, M., Agarwal, M., (2013). Understanding medication errors in the elderly. *N. Z. Med. J.* 126, 62–70.
- Hadi dan Kris. (2011). *Geriatrici (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi ke 4. Balai Penerbit FKUI: Jakarta
- Hartati, S., Obar, Balqis, U.M. (2022). *Buku Konsep Dasar Keperawatan II*. Solok: LPP Balai Insan Cendekia
- IPKKI. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan*. Jakarta : UI Press.
- Iwa, K.R., dkk. (2022). *Keperawatan Gerontik*. Bandung: Media Sains Indonesia,

- Jaul, E., Barron, J., (2017). Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population. *Front. Public Health* 5, 335. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00335>
- Juita, D.R. And Shofiyyah, N.A. (2022) 'Peran Keluarga Dalam Merawat Lansia', *Al-Mada: Jurnal Agama, Sosial, Dan Budaya*, 5(2), Pp. 206–219.
- Karlina, L. And Kora, F.T. (2020) 'Hubungan Peran Perawat Sebagai Care Giver Dengan Tingkat Kecemasan Pada Lansia', *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*, 11(1), Pp. 104–113.
- Karnain, A.N. (2022) 'Perancangan Novel Grafis Mengenai Kepribadian Lansia Untuk Meningkatkan Interaksi Serta Dukungan Sosial Antara Remaja Dengan Lansia', *Jurnal Nawala Visual*, 4(2), Pp. 72–80.
- Kaur, D., Rasane, P., Singh, J., Kaur, S., Kumar, V., Mahato, D.K., Dey, A., Dhawan, K., Kumar, S., (2019). Nutritional Interventions for Elderly and Considerations for the Development of Geriatric Foods. *Curr. Aging Sci.* 12, 15–27. <https://doi.org/10.2174/1874609812666190521110548>
- Kemendes RI (2014). *Situasi dan Analisis Lanjut Usia*. Pusat Data dan Informasi Kemendes RI. Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No 25 Tahun 2016 Tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019*. Retrieved From http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._25_ttg_Rencana_Aksi_Nasional_Kesehatan_Lanjut_Usia_Tahun_2016-2019_.pdf
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia(2010) , *Pedoman Pembinaan Kesehatan Lanjut Usia Bagi Petugas Kesehatan*, Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia(2016), *buku Kesehatan lanjut Usia*, Jakarta
- Kholifah, Siti Nur, Dwisatyadini, Mutimanda. (2016). *Keperawatan Gerontik : Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan* . Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Koivisto, J., Malik, A., (2021). Gamification for Older Adults: A Systematic Literature Review. *The Gerontologist* 61, e360–e372. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa047>

- Komisi Nasional Lanjut Usia (2007), Kumpulan Kesepakatan Internasional bidang Lanjut Usia, Jakarta
- Komisi Nasional Lanjut Usia (2010) , Profil Penduduk Lanjut Usia 2009, Jakarta
- Komisi Nasional Lanjut Usia, (2007) Menua Secara Aktif, Kerangka Kebijakan , Jakarta : 15.
- Langhammer, B., Bergland, A., Rydwick, E., (2018). The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *BioMed Res. Int.* 2018, 7856823. <https://doi.org/10.1155/2018/7856823>
- Leik, M. T. C. (2018) *Adult Gerontology Nurse Practitioner Certification Intensive Review*, Springer Publishing Company.
- Lin, W. Et Al. (2021) 'Reactive Oxygen Species In Autoimmune Cells: Function, Differentiation, And Metabolism', *Frontiers In Immunology*, 12, P. 635021.
- Lindquist, L. A. and Dresden, S. M. (2020) *Geriatric Emergencies A Case-Based Approach to Improving Acute Care*.
- Longden, D., Davis, P., Carroll, J., Billington, J., & Kinderman, P. (2016). An evaluation of shared reading groups for adults living with dementia: Preliminary findings. *Journal of Public Mental Health*, 15(2), 75–82.
- López-Mateus, M.C., Hernández-Rincón, E.H., Correal-Muñoz, C.A., Cadena-Buitrago, G.P., Galvis-Díaz, I.J., Romero-Prieto, G.E., (2017). An educational strategy that promotes healthy habits in elderly people with hypertension in a municipality of Colombia: a participatory action research study. *Medwave* 17, e7072. <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.08.7072>
- MacAulay, R. K., Edelman, P., Boeve, A., Sprangers, N., & Halpin, A. (2019). Group music training as a multimodal cognitive intervention for older adults. *Psychomusicology: Music, Mind, and Brain*, 29(4), 180–187. <https://doi.org/10.1037/pmu0000239>
- Marengoni, A., Monaco, A., Costa, E., Cherubini, A., Prados-Torres, A., Muth, C., Melis, R.J.F., Pasina, L., van der Cammen, T.J.M., Palmer, K., Pecorelli, S., Onder, G., (2016). Strategies to Improve Medication Adherence in Older Persons: Consensus Statement from the Senior Italia

- Federanziani Advisory Board. *Drugs Aging* 33, 629–637.
<https://doi.org/10.1007/s40266-016-0387-9>
- Martínez-Heredia, N., Soriano Díaz, A., Amaro Agudo, A., González-Gijón, G., (2021). Health Education as a Means of Addressing Death in the Elderly. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* 18, 6652.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18126652>
- Maryam, R.S. Et Al. (2008) *Mengenal Usia Lanjut Dan Cara Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- McClelland, J.W., Jayaratne, K.S.U., Bird, C., (2015). Use of song as an effective teaching strategy for nutrition education in older adults. *J. Nutr. Gerontol. Geriatr.* 34, 22–33.
<https://doi.org/10.1080/21551197.2014.998327>
- Meiner S.E. (2015). *Gerontologic Nursing*. Mosby: Elsevier Inc.
- Mert, K, & Aker, A.T. (2019). Effects of the tell me about me program: Perception of social support, self-esteem, and self compassion in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 15 (10), 39-46.
- Miller, C.A. (2016). *Nursing for wellness in older adults: theory and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin
- Miyazaki, S., Nishiyama, A., (2015). Sleep health education for elderly people. *Nihon Rinsho Jpn. J. Clin. Med.* 73, 987–991.
- Mubarroh, N. R., Susanto, I. H., & Mustar, Y. S. (2021) "Aktivitas fisik dan aspek kekhawatiran lansia pada masa pandemi Covid-19". *Altius: Jurnal Ilmu Olahraga Dan Kesehatan*, 10(1), 97–111.
<https://doi.org/10.36706/altius.v10i1.14140>
- Muhith dan Siyoto. (2016). *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta
- Nagaratnam, N., Nagaratnam, K. and Cheuk, G. (2018) *Geriatric diseases: Evaluation and management*, *Geriatric Diseases: Evaluation and Management*. doi: 10.1007/9783319334349.
- Nakao, M., (2019). Special series on "effects of board games on health education and promotion" board games as a promising tool for health promotion: a review of recent literature. *Biopsychosoc. Med.* 13, 5.
<https://doi.org/10.1186/s13030-019-0146-3>

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Health and Medicine Division; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Board on Health Sciences Policy; Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults, 2020. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. National Academies Press (US), Washington (DC).
- Netuveli, G., Blane, D., (2008). Quality of life in older ages. *Br. Med. Bull.* 85, 113–126. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>
- Noor Rochmah. (2021). *Keperawatan Gerontik- Lansia Dan Permasalahannya*. Duta Media Publishing: Jawa Timur
- Novieastari, E., Ibrahim, K., Ramdaniati, S., Deswani, D., (2019). *Fundamentals of Nursing Vol 1- 9th Indonesian Edition*. Elsevier Health Sciences.
- Nugroho. (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta : EGC
- Okuyan, C.B., & Bilgili, N. (2019). Effect of abdominal massage on constipation and quality of life in older adults: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 47 (2019), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102219>
- Padila. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Pariel, S., Boissières, A., Delamare, D., Belmin, J., (2013). Patient education in geriatrics: which specificities? *Presse Medicale Paris Fr.* 1983 42, 217–223. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.12.002>
- Pasina, L., Brucato, A.L., Falcone, C., Cucchi, E., Bresciani, A., Sottocorno, M., Taddei, G.C., Casati, M., Franchi, C., Djade, C.D., Nobili, A., (2014). Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging* 31, 283–289. <https://doi.org/10.1007/s40266-014-0163-7>
- Pertami, S.B. (2022). *Konsep Dasar Keperawatan*” Jakarta: Bumi Medika
- Pranata, L., Koerniawan, D., & Daeli, N. E. (2019). Efektivitas ROM terhadap Gerak Rentang Sendi Lansia. *Proceeding Seminar Nasional Keperawatan*, 110–117
- Putri, D.R. (2022) ‘Perubahan Kepribadian Pada Masa Usia Lanjut’, *Jurnal Talenta*, 11(2), Pp. 49–57.

- Raposo, S. Et Al. (2020) *Age And Emotional Well-Being: The Varied Emotional Experience Of Family Caregivers*, Stanford Center On Longevity.
- Ratnawati, E. (2020) "Asuhan keperawatan gerontik", Pustaka Baru Press, Yogyakarta.
- Reny Yuli. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Aplikasi Nanda, Nic dan Noc*. Trans Info Media: Jakarta
- Republik Indonesia (1998) *Undang-Undang (UU) Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*, Pemerintah Pusat. Indonesia.
- Republik Indonesia (2021) *Peraturan Presiden (PERPRES) Tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan*, LN.2021/No.221, Jdih.Setneg.Go.Id : 10 Hlm. Indonesia.
- Retnaningsih, D. (2018) "Buku referensi keperawatan gerontik," In Media, Bogor.
- Ridwan, R., & Febriani, I. (2022). *Terapi Aktivitas Kelompok terhadap Depresi pada Lansia*. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 708–714. <https://doi.org/10.31539/jks.v5i2.3287>
- Rijanta, R., Listyaningsih, U. And Amri, Y. (2022) 'Faktor Sosial Dan Demografi Yang Berhubungan Dengan Pekerja Lansia Di Indonesia', *Jurnal Litbang Sukowati: Media Penelitian Dan Pengembangan*, 5(2), Pp. 1–11.
- Rios Rincon, A.M., Miguel Cruz, A., Daum, C., Neubauer, N., Comeau, A., Liu, L., (2022). *Digital Storytelling in Older Adults With Typical Aging, and With Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Systematic Literature Review*. *J. Appl. Gerontol.* 41, 867–880. <https://doi.org/10.1177/07334648211015456>
- Sá, G.G. de M., Silva, F.L., Santos, A.M.R. dos, Nolêto, J. dos S., Gouveia, M.T. de O., Nogueira, L.T., (2019). *Technologies that promote health education for the community elderly: integrative review*. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3171.3186>
- Sadler P, McLaren S, Klein B, Harvey J, Jenkins M. (2018). *Cognitive behavior therapy for older adults with insomnia and depression: a randomized*

- controlled trial in community mental health services. *Sleep*. 2018 Aug 1;41(8). doi: 10.1093/sleep/zsy104. PMID: 29800468.
- Safaria, T. (2021). *Terapi Kognitif Untuk Anak*. Yogyakarta: UAD Press.
- Sarif La Ode (2012). *Asuhan Keperawatan Gerontik Berstandar Nanda, NIC, NOC, Dilengkapi dengan Teori dan Contoh Kasus Askep*. Jakarta: Nuha Medika
- Schneible, B.K., Gabriel, J.F. and Bradt, J. (2021), "Reflections on music therapy with older adults from an ethnographic perspective", *Quality in Ageing and Older Adults*, Vol. 22 No. 1, pp. 26-39. <https://doi.org/10.1108/QAOA-03-2021-0031>
- Shang, P., Cao, X., You, S. et al. (2021) Problem-solving therapy for major depressive disorders in older adults: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Aging Clin Exp Res*, 33, 1465–1475. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01672-3>
- Simon, S., Tinungki, Y. L., & Tuwohingide, Y. E. (2016) "Gambaran Aktivitas Fisik pada Lansia di Kampung Kumai Kecamatan Tabukan Tengah" (Overview of Physical Activity of The Elderly in The Village of Kuma I District of Central Tabukan). *Jurnal Ilmiah Tindalung*, 2(2), 76–79
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G.H., Engedal, K., Selbæk, G., Helvik, A.-S., (2015). Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 40, 311–339. <https://doi.org/10.1159/000437299>
- Smaje, A., Weston-Clark, M., Raj, R., Orlu, M., Davis, D., Rawle, M., (2018). Factors associated with medication adherence in older patients: A systematic review. *Aging Med. Milton NSW* 1, 254–266. <https://doi.org/10.1002/agm2.12045>
- Sok, S.R.; Kim, S.; Jeong, D.U.; Cho, Y. (2020). Effects of Yangsaeng (Health Management) Therapy for Korean Older Adults in Nursing Home. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 7507. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207507>
- Stanhope M. & Lancaster J. (2016). *Public Health Nursing*, 9th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Stanhope, M. And Lancaster, J. (2021) *Foundations For Population Health In Community/Public Health Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

- Stanley, M & Beare, P.G. (2007). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Ed.2. Jakarta: EGC
- Stibich, M. (2020) What Is The Genetic Theory Of Aging? How Genes Affect Aging And How You May 'Alter' Your Genes, Verywell Health.
- Stibich, M. (2022) The Wear-And-Tear Theory Of Aging, Verywell Health.
- Sumandar. (2019) "Pengantar keperawatan gerontik dengan pendekatan asuhan keperawatan", Deepublish CV Budi Utama, Yogyakarta.
- Sunaryo dkk. (2016). Asuhan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta : Andi Yogyakarta
- Sunaryo, Rahayu Wijayanti, dkk. (2015). Asuhan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Sunaryo, Rahayu Wijayanti, Kuhu,... & Kuswati, A. (2016). Asuhan keperawatan gerontik. Yogyakarta: Andi Offset
- Sunaryo. (2016). Asuhan Keperawatan Gerontik. Jakarta : ANDI.
- Supratti, Ashriady. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. Jurnal Kesehatan Manarang
- Tabloski, P.A (2014). Gerontological Nursing. Third Edition.. Upper Saddle, New Jersey
- Tambayong, J. (2000) Patofisiologi Untuk Keperawatan. 1st Edn. Edited By M. Ester. Jakarta: EGC.
- Tampi, R. R. et al. (2022) Essential Reviews in Geriatric Psychiatry, Essential Reviews in Geriatric Psychiatry. doi: 10.1007/978-3-030-94960-0.
- Tantut Susanto. (2013). Keperawatan Gerontik. Digital Repository. Universitas Jember.
- Tatineny, P., Shafi, F., Gohar, A., Bhat, A., (2020). Sleep in the Elderly. Mo. Med. 117, 490–495.
- Tendean, A.F., Dewi, A., Wirasto, A., (2021). The Implementation of Antenatal Care with Telehealth Towards Pregnant Women's Mental Health. JMMR J. Medicoeticolegal Dan Manaj. Rumah Sakit 103–118.

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik.Edisi 1. Cetakan III (Revisi). Jakarta: PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan.Edisi 1. Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria hasil Keperawatan.Edisi 1. Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- Tumanggor, R.O. (2023) ‘Landasan Filosofis Well-Being’.
- Verheijden Klompstra, L., Jaarsma, T., Strömberg, A., (2014). Exergaming in older adults: a scoping review and implementation potential for patients with heart failure. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 13, 388–398. <https://doi.org/10.1177/1474515113512203>
- Wahyudi Nugroho. (2015). Buku Keperawatan Gerontik dan Geriatrik. Edisi 3. EGC: Jakarta
- WHO. (2018). Integrated Care For Older People. Realigning Primary Health Care To Respond To Population Ageing. Retrieved From <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326295/WHO-HIS-SDS-2018.44-eng.pdf>
- Wolf, A.M. (2021) ‘The Tumor Suppression Theory Of Aging’, *Mechanisms Of Ageing And Development*, 200, P. 111583.
- Yang, C., Han, X., Jin, M., Xu, J., Wang, Y., Zhang, Yajun, Xu, C., Zhang, Yingshi, Jin, E., Piao, C., (2021). The Effect of Video Game-Based Interventions on Performance and Cognitive Function in Older Adults: Bayesian Network Meta-analysis. *JMIR Serious Games* 9, e27058. <https://doi.org/10.2196/27058>
- Yunike.,dkk.(2022). Buku Ajar Metodologi Keperawatan. Malang: CV Literasi Nusantara Abadi
- Yusamah, U.B. (2020) ‘Layanan Dukungan Psikososial Bagi Lanjut Usia Di Panti Sosial Tresna Werdha DKI Jakarta (Studi Kasus Di PSTW Budi Mulya 3, DKI Jakarta)’, *Jurnal Pembangunan Dan Administrasi Publik [Preprint]*.

Zaninotto, P. And Steptoe, A. (2019) 'Association Between Subjective Well-Being And Living Longer Without Disability Or Illness', JAMA Network Open, 2(7), Pp. E196870–E196870.

Biodata Penulis



Yeni Yulistanti lahir di Gunungkidul pada 28 Juli 1978 dan saat ini menetap di Kota Magelang. Penulis sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang pada Program Studi Keperawatan. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di PAM Keperawatan Depkes Yogyakarta tahun 1999, S1-Ners di PSIK FK UGM tahun 2007 dan menyelesaikan S2 Terapan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2019. Selain mengajar, saat ini penulis aktif dalam penulisan buku, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis juga aktif sebagai pengurus organisasi PPNI Kota Magelang.



Yanti Anggraini Lahir di Jakarta, pada tanggal 06 September 1984, anak pertama dari dua bersaudara. Dibesarkan dalam keluarga Aritonang-Silalahi, Ayah Brant Aritonang (Wiraswasta) dan Ibu Netty Silalahi (Pensiunan Pegawai Negeri). Menyelesaikan pendidikan TK Tirta Sari tamat tahun 1990, SD Advent Anggrek tamat tahun 1996, SMP Advent Anggrek tamat tahun 1999, SMA Advent 1 Jakarta tamat tahun 2002, S1 Keperawatan Universitas Advent Indonesia, Bandung tamat tahun 2007, Program Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Advent Indonesia, Bandung tamat tahun 2009 dan S2 Keperawatan Medikal Bedah STIK Carolus tahun 2015. Pengalaman dibidang pelayanan keperawatan sebagai perawat pelaksana di RS Advent Bandung tahun 2007-2010. Sejak tahun 2016 hingga saat ini sebagai dosen tetap di Program studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi serta memiliki karya ilmiah berupa hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta book chapter.

Email penulis: yanti.anggraini@uki.ac.id



Neneng Kurwiyah lahir di Indramayu, pada 14 Maret 1975. Ia tercatat sebagai lulusan Kasetsart University Thailand. Wanita yang kerap disapa Neneng ini adalah anak dari pasangan H. Ikhwanuddin (ayah) dan Hj. Daemah (ibu). Neneng merupakan salah seorang tim pengajar dari Departemen Keilmuan Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta Ia juga sebagai anggota pada bidang keilmuan yaitu Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) dan anggota profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Pada akhir tahun 2020 diberi sebuah amanah sebagai Kepala Program Studi Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.



Karyatin, lahir di TulungAgung pada 10 November 1961, merupakan lulusan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta, Sarjana Keperawatan dan Ners di STIK St. Carolus Jakarta. Meniti karier sebagai perawat klinik mulai tahun 1981-1984, selanjutnya mengajar di SPK Sumber Waras sejak tahun 1985-1999. Dosen Mengajar mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah di STIKes Sumber Waras Jakarta sejak 2000 sampai sekarang.



Ns. Dely Maria P,M.Kep.,Sp.Kep.Kom lahir di Pontianak tanggal 25 Desember 1978. Penulis bertempat tinggal di Bekasi. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Poltekes Cirebon (tahun 2000) kemudian Ners di STIK Sint Carolus (2004) dan Magister Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2015).

Penulis memulai karirnya sebagai dosen tetap di Akper Yatna Yuana Lebak Rangkasbitung tahun

2004-2006, Akademi Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Jakarta (2007 – Juni 2021). Saat ini aktif di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia.

Aktif sebagai pengurus IPKKI DKI Jakarta tahun 2017 – sekarang. Penulis juga aktif menulis buku buku keperawatan, dan berkontribusi di dunia keperawatan dengan menjadi pembicara dalam pelatihan dan workshop yang diadakan oleh Suku Dinas Kesehatan dan PPNI.



I Made Sudarta lahir di Bali, pada tanggal 10 November 1983. Ia merupakan alumni S1 Keperawatan dan Profesi Ners STIKES GIA Makassar dan S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Sejak Tahun 2019 sampai saat ini menjadi dosen tetap di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju. Adapun mata kuliah yang diampuh yaitu Konsep Dasar keperawatan, Dokumentasi Keperawatan, Keperawatan Maternitas dan Keperawatan Gerontik. Selain itu juga dipercaya mengajar mata kuliah Keterampilan Dasar Praktik kebidanan (KDPK) di Jurusan

Kebidanan Poltekkes Kemenkes Mamuju sejak 2022.



Ressa Andriyani Utami Lahir di Sumedang, pada 3 Februari 1989. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Universitas Padjajaran, Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia. Penulis sudah menjadi dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada sejak tahun 2012. Penulis aktif melakukan tridharma penelitian yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Sebelumnya penulis

pernah menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (2016-2018), Ketua Program Studi S1 Administrasi Kesehatan (2018-2020). Saat ini Ressa menjabat sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes RS Husada (2020-sekarang). Pada 2018 lalu, penulis

berhasil meraih Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemenristekdikti RI dan pada tahun 2022 mendapat Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemdikbud RI.



Keperawatan.

Devin Prihar Ninuk, S.Kep.,Ns.,M.Kep lahir di Jombang , pada 28 desember 1988. Lulus Sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2012. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya dan lulus pada tahun 2017. Adapun mata kuliah yang diampu adalah : Keperawatan Gerontik, Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Promosi Kesehatan dan Kesehatan Keselamatan Kerja



Angelia Friska Tendean lahir di Manado, pada 28 Maret 1991. Ia tercatat sebagai lulusan terbaik prodi magister keperawatan peminatan komunitas dari Universitas Muhamamdiyah Yogyakarta. Wanita yang kerap disapa Angel ini adalah anak dari pasangan Djonni Tendean (ayah) dan Ansyé Montolalu (ibu). Saat ini Angel aktif sebagai dosen di salah satu universitas swasta di Manado yaitu Universitas Klabat di Fakultas Keperawatan. Angel saat ini juga aktif dalam organisasi PPNI sebagai bendahara di DPK PPNI UNKLAB.



Ns. Riska Amalya Nasution, M.Kep., Sp.Kep.J. Lahir di Padang, 30 April 1991. Lulus S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas tahun 2013, lulus program profesi ners Fakultas Keperawatan Universitas Andalas tahun 2015, lulus S2 Peminatan Keperawatan Jiwa di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2018, dan lulus Spesialis

Keperawatan jiwa di Program Ners Spesialis Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2019. Saat ini adalah Dosen Tetap Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi. Selain itu, saat ini sebagai founder platform online Peduli Jiwa (ig: pedulijiwa.id). Pernah bekerja sebagai dosen di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun Februari 2019-Januari 2021. Aktif menulis artikel ilmiah nasional maupun internasional dan aktif menjadi narasumber serta fasilitator di beberapa pelatihan dan seminar. Pernah Tampil di 6 konferensi Internasional, 2 kali di Indonesia, 3 kali di Luar Negeri. Aktif menulis buku dan sudah menerbitkan 10 buku ber-ISBN.

KEPERAWATAN GERONTIK

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kepada lanjut usia tentunya harus memahami berbagai informasi tentang lanjut usia. Pengetahuan dan pemahaman perawat sebagai dasar berpikir kritis dalam pengambilan keputusan akan berguna dalam menyelesaikan permasalahan pasien lanjut usia. Buku ini menghadirkan informasi-informasi penting seputar lanjut usia dan perawatannya. Buku ini bersumber dari berbagai literatur yang terpercaya dan berguna untuk menambah pengetahuan dan wawasan dalam melakukan perawatan lanjut usia.

Adapun materi yang dapat dipelajari pada buku ini meliputi:

Bab 1 Konsep Lansia Dan Penuaan

Bab 2 Konsep Dasar Keperawatan Gerontik

Bab 3 Perubahan Fisik Pada Lansia

Bab 4 Perubahan Psikososial Lansia

Bab 5 Proses Keperawatan Pada Lansia: Pengkajian Keperawatan

Bab 6 Proses Keperawatan Lansia: Diagnosa Dan Intervensi

Bab 7 Proses Keperawatan Pada Lansia: Implementasi Dan Evaluasi

Bab 8 Pelayanan Kesehatan Untuk Lansia

Bab 9 Peran Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan Lansia

Bab 10 Penyuluhan Kesehatan Dan Sosial Pada Lansia

Bab 11 Evidences Based Practice Dalam Keperawatan Gerontik



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-751-7

